



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

***“ASOCIACION DE VAGINOSIS BACTERIANA- CERVICOVAGINITIS CON PARTO
PRETERMINO”***

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

PRESENTADO POR
DRA. REBECA LUNA NAVARRO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DIRECTOR DE TESIS
DR. ALFONSO CASTAÑEDA SANCHEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

A mis padres,

A quienes sin escatimar esfuerzo alguno han sacrificado gran parte de su vida para formarme y educarme.

A quienes nunca podré pagar todos sus desvelos ni aún con las riquezas más grandes del mundo.

A mis hermanos,

Por su gran apoyo, los quiero mucho.

A Humberto,

Por su apoyo incondicional, por dedicarme gran parte de su tiempo, por su paciencia y comprensión.

Dr. Octavio Pérez, Dr. Alfonso Castañeda, Dr. Armando Chávez, Dra.

Lourdes García, Dr. Victoria,

Mis maestros, por sus enseñanzas y dedicación, ejemplo a seguir.

Dra. Gutiérrez † por alentarme a seguir en el camino.

INDICE

RESUMEN

I. INTRODUCCIÓN	1
II. MATERIAL Y MÉTODOS	7
1. MÉTODO ESTADÍSTICO	11
2. RESULTADOS	11
III. ANÁLISIS DE DATOS	16
IV. DISCUSIÓN	17
V. CONCLUSIONES	19
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20

RESUMEN

En este estudio se evaluó la asociación entre la presencia de vaginosis bacteriana – cervicovaginitis y parto pretérmino en pacientes embarazadas que acudieron a consulta de urgencias del Hospital Materno Infantil Inguarán del periodo comprendido del 1 de mayo al 31 de mayo de 2007. Para obtener dicha información se aplicó una escala de detección de riesgo de parto pretérmino y las pacientes que calificaron con alto riesgo fueron incluidas en el estudio, efectuando una historia clínica completa y los diferentes exámenes clínicos y de laboratorio necesarios para establecer el diagnóstico.

De las 56 pacientes 27.7% fueron primigestas y el restante 72.3% multigestas, el 100% de las pacientes de ambos grupos negó el antecedente de infección de transmisión sexual.

De las pacientes con vaginosis bacteriana el 50% presentó parto pretérmino a una edad gestacional de 32 semanas, de las pacientes con cervicovaginitis el 22.2% presentó parto pretérmino a una edad gestacional promedio de 33 semanas. De las pacientes que presentaron parto pretérmino en ausencia de infección, la edad gestacional promedio del parto fue 36 semanas. De los recién nacidos pretérmino del grupo de pacientes con vaginosis bacteriana 1(50%) requirió hospitalización por sufrimiento fetal agudo secundario a desprendimiento prematuro de placenta y corioamnioitis. Del grupo de pacientes con cervicovaginitis y parto pretérmino y del grupo sin infección y parto pretérmino en todos los recién nacidos se decidió alojamiento conjunto y egresaron junto con la madre.

Por los hallazgos del estudio se recomienda que a toda paciente con riesgo de parto pretérmino se le realicen pruebas de tamizaje para detección de infecciones vaginales y dar tratamiento oportuno y eficaz una vez identificado el agente causal.

Palabras clave:

Parto pretérmino, vaginosis bacteriana, cervicovaginitis.

INTRODUCCIÓN

El trabajo de parto pretérmino es el problema obstétrico más grave en 7 a 12% de los embarazos y la causa aislada más importante de morbilidad y mortalidad perinatal. Setenta por ciento de las muertes neonatales y de lactantes se pueden atribuir a partos pretérmino. (nacimiento del producto de la concepción después de la semana vigésima de la gestación y antes de la semana 37. (1)(2)

Veinte por ciento de los partos pretérmino son producto de intervención obstétrica por indicaciones maternas o fetales; 80% son espontáneos después de trabajo de parto pretérmino, rotura prematura de membranas o hemorragia vaginal. (1)

De las numerosas y diversas características maternas vinculadas con un mayor riesgo de parto pretérmino, se señaló la importancia de un trastorno infeccioso viral o bacteriano desde etapas tan tempranas como el decenio de 1940. Este concepto de una causa infecciosa fue apoyado por un estudio realizado hace 40 años, que mostró menor incidencia de partos pretérmino en mujeres tratadas con antibióticos por bacteriuria. Hay una cantidad creciente de pruebas que vinculan a las infecciones de vías urinarias, las intrauterinas y a la microflora vaginal, de las que es ejemplo la vaginosis bacteriana, con un mayor riesgo de parto pretérmino espontáneo. (1)(3)

La vaginosis bacteriana es una infección vaginal superficial polimicrobiana que incluye una reducción en la cantidad de lactobacilos productores de peróxido de hidrógeno y un sobrecrecimiento de anaerobios y bacterias Gram-negativas. Gardnerella ha sido reportada en más del 50% de mujeres con vaginosis bacteriana asintomática; de este modo, el hallazgo de Gardnerella no es diagnóstico definitivo de vaginosis bacteriana. Parece que la disminución de los lactobacilos, contrario al incremento de otros microorganismos, influye la flora vaginal normal y puede ser el predictor más importante del desarrollo subsecuente de vaginosis bacteriana. (3)

La vaginosis bacteriana se ha encontrado en 15-23% de las mujeres embarazadas, la mitad de las cuales son asintomáticas. Las mujeres embarazadas con infección vaginal llámense vaginosis bacteriana o cervicovaginitis son consideradas con un riesgo incrementado de parto pretérmino, infantes con bajo peso al nacer, ruptura prematura de membranas, corioamnioitis, y endometritis post cesárea y post parto. Muchos de los microorganismos causales de infección se piensa que llegan desde la vagina, especialmente en mujeres con vaginosis bacteriana y / o cervicovaginitis. Los mecanismos que pueden iniciar el nacimiento pretérmino en estas circunstancias no son del todo conocidas, se cree que las bacterias pueden inducir la síntesis de prostaglandinas en las células amnióticas mediante varias vías. Muchos organismos del tracto genital asociados con vaginosis bacteriana (pero no lactobacilos) sintetizan fosfolipasa A2, una enzima que libera ácido

araquidónico. La bacteria puede inducir la síntesis de prostaglandinas vía directa por invasión de las membranas extraplacentarias, lo cual puede llevar a disrupción de las células amnióticas y liberación de fosfolipasa lisosomal. Un tercer posible mecanismo que puede iniciar el trabajo de parto es la migración de células inflamatorias maternas que metabolizan ácido araquidónico. Las interleucinas 1 y 6 y el factor de necrosis tumoral –producto de secreción de los macrófagos que se ha encontrado en grandes cantidades en el líquido amniótico infectado- han sido implicadas en la síntesis de prostaglandinas y el parto. Finalmente, muchas de las especies de Bacteroides que producen proteasa, junto con otros microorganismos que producen colagenasa, llevan a una reducción en la fuerza y elasticidad de las membranas corioamnióticas. (4)

El diagnóstico de vaginosis bacteriana se basa en la presencia de al menos tres de los cuatro criterios clínicos propuestos por Amsel y colaboradores en el “Simposio Internacional de Vaginosis Bacteriana” en Estocolmo, y establecidos como estándares para indicar la presencia de la enfermedad:

1. El flujo vaginal blanco o grisáceo – blanco, homogéneo, fluido y que puede extenderse desde el vestíbulo hasta el periné y que al examen con espejuelo vaginal la secreción aparece como si un vaso de leche se hubiese vaciado en la vagina.
2. El pH vaginal en ausencia de sangre o semen es superior a 4.5 y debe ser medido de la secreción vaginal alejado del medio cervical ya que el moco del cuello uterino es alcalino.
3. La alcalinización del medio vaginal con hidróxido de potasio al 10% produce un olor comparado a pescado en mal

estado como consecuencia de la liberación de aminas: putrescina, cadaverina y trimetilamina. 4. La presencia de numerosas bacterias fijadas sobre la superficie de las células epiteliales vaginales que llegan a oscurecer su borde constituyen lo que se ha llamado células guía o clue cells (en el estudio en fresco al microscopio). (5)

A nivel internacional en 1988 el departamento de ginecoobstetricia de la Universidad Federal de Brasil realizó un estudio en 100 mujeres embarazadas encontrando que el 20 % de las pacientes presentaban secreciones vaginales, de estas el 14 % tenía como diagnóstico vaginosis bacteriana por laboratorio con una prevalencia del 23 % para *Gardnerella vaginalis*. (6)

En 1999, McDonald y colaboradores en la revisión cochrane sobre intervenciones para el tratamiento de la vaginosis bacteriana durante el embarazo, encontraron que el tratamiento de esta patología en el embarazo parece reducir el nacimiento pretérmino. (7)

En el 2002, Subtil D, Denoit V y colaboradores, estudiaron la asociación entre el trabajo de parto pretérmino y la vaginosis bacteriana en el departamento de ginecología y obstetricia del "Centro hospitalario Regional de Lille, Francia, en 102 pacientes con vaginosis bacteriana y 102 pacientes sin ella (control).

Concluyeron en este estudio de casos y controles que la vaginosis bacteriana está asociada con el trabajo de parto pretérmino, pero no parece predecir el nacimiento pretérmino entre las pacientes. (8)

En el ámbito nacional en el Hospital Juárez de México se efectuó un estudio durante un periodo de 2 años de 1997 a 1999 para conocer la frecuencia con que se aislaron agentes patógenos en mujeres con datos clínicos de vulvovaginitis que acudieron a consulta al servicio de ginecología encontrando una tasa de 22.65% para *Gardnerella vaginalis* y el segundo agente causal de infección *Cándida spp* con una tasa de 7.8% y sólo de 1.59% para *Trichomona vaginalis*. (7)

A pesar de numerosos avances en el campo de la obstetricia, el parto pretérmino sigue siendo causa de más del 70% de la mortalidad perinatal en fetos sin anomalías. Todos los años nacen en el mundo alrededor de 13 millones de niños prematuros. La mayor parte de esos nacimientos ocurren en países en desarrollo y contribuyen la proporción más extensa de la morbilidad y la mortalidad perinatales que se registra anualmente en todo el mundo. (8)

Por otra parte, el nacimiento pretérmino se relaciona con gastos importantes de salud pública. (9)

Las infecciones vaginales durante el embarazo son relativamente comunes aún en la población de bajo riesgo representando un problema de salud pública

importante por las complicaciones que producen tanto en la madre como en el feto. (10)(6)

Aunque los diversos estudios existentes no demuestran una evidencia concluyente sobre realizar exámenes de detección a todas las mujeres embarazadas si se recomienda llevarlos a cabo en aquellas pacientes con amenaza de parto pretérmino o riesgo de parto pretérmino. (11)

Las infecciones vaginales son susceptibles de ser tratadas durante el embarazo disminuyendo la tasa de nacimientos pretérmino y secundariamente la morbimortalidad perinatal en el Hospital Materno Infantil Inguarán donde estas constituyen causas importantes de ingreso al servicio de alto riesgo obstétrico y la UCIN, disminuyendo consigo los gastos institucionales que implican días de estancia hospitalaria del recién nacido y apoyo ventilatorio entre otros, así como los gastos que tienen que solventar las parejas afectadas y de mayor importancia aún las secuelas para el neonato, por lo que el identificar la asociación entre vaginosis bacteriana-cervicovaginitis y parto pretérmino fue el objetivo principal de este estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, de cohorte, descriptivo, transversal y prospectivo en el periodo comprendido del 1 de mayo al 31 de mayo de 2007 en el Hospital Materno Infantil Inguarán donde se les aplicó una escala para detección de riesgo de parto pretérmino a todas las pacientes embarazadas que acudieron a consulta de urgencias , primigestas o multigestas sin importar la edad con embarazo actual mayor de 20 semanas, se seleccionaron a quienes calificaron como alto riesgo (más de 10 puntos en la escala de Papiernik) y que aceptaron participar en el estudio previa firma de consentimiento informado, se les realizó una historia clínica completa que incluyó exploración ginecológica con especuloscopia para visualización de las características del cérvix y la presencia de secreción vaginal en búsqueda de criterios diagnósticos de vaginosis bacteriana (criterios de Amsel) y/o criterios sugestivos de cervicovaginitis, toma de muestra para cultivo vaginal así como examen en fresco de secreción vaginal.

Se aplicó la escala de Papiernik para detección de riesgo de parto pretérmino, calificando como alto riesgo con más de 10 puntos:

PUNTAJE	NIVEL SOCIOECONÓMICO	ANTECEDENTES	HÁBITO DIARIO	EMBARAZO ACTUAL
1	2 niños en casa Nivel bajo	Un aborto en menos de 1 año del parto anterior	Trabaja fuera de casa	Fatiga inusual Ganancia de 12 Kg. a las 32 SDG
2	Madre soltera Menor de 20 años Mayor de 40 años	2 abortos	Fuma más de 10 cigarrillos	Albuminuria Hipertensión Bacteriuria
3	Muy bajo nivel 150 cm. O menos 45Kg. o menos	3 abortos	Trabajo pesado	Pélvico a las 32 semanas Pérdida de peso de 2Kg. Cabeza encajada
4	18 años o menos	Pielonefritis		Fiebre STV después de las 12 SDG Borramiento Dilatación Actividad uterina
5		Anormalidad uterina Aborto del segundo trimestre Exposición a DES		Placenta previa Hidramnios
10		Aborto habitual del segundo trimestre Parto pretérmino		Embarazo gemelar Cirugía abdominal

MÁS DE 10 PUNTOS ALTO RIESGO PARA PARTO PRETÉRMINO.

Procedimientos

Previa firma de consentimiento informado, en las pacientes que aceptaron participar en el estudio, al efectuar la exploración ginecológica, se les colocó un espejo vaginal desechable sin lubricante visualizando las características del cérvix, haciendo diagnóstico clínico de cervicovaginitis al observar un cérvix eritematoso o con puntillero, eritema vulvar así como la presencia de secreción fétida acompañados de prurito o ardor y como uno de los criterios diagnósticos para vaginosis bacteriana la presencia de una secreción adherente, blanca o grisácea y homogénea, negativa para ambas entidades la presencia de secreción hialina, filante, no fétida.

Se aplicó una gota de hidróxido de potasio al 10% (proporcionado por el laboratorio del Hospital Materno Infantil Inguarán) a una muestra de secreción calificando como criterio diagnóstico positivo para vaginosis bacteriana la liberación de aminas manifestada por la percepción de un olor semejante a “pescado”.

Se efectuó medición del pH vaginal con tira reactiva para pH-Fix 0-14 Macherey-Nagel en muestra de fondo de saco o paredes vaginales calificando como criterio diagnóstico para vaginosis bacteriana la detección de un pH mayor de 4.5.

Se efectuó toma de muestra de secreción vaginal con hisopo estéril y transporte en una solución de cloruro de sodio al 0.9% a temperatura de 36-37 grados centígrados para examen en fresco al microscopio en búsqueda de “células guía” (células epiteliales vaginales con numerosas bacterias adheridas a su superficie) criterio diagnóstico para vaginosis bacteriana.

Se tomó muestra de secreción vaginal con hisopo estéril y cultivo en medio Car y Blair para tinción de Gram.

Criterios de exclusión y eliminación:

Se excluyeron pacientes que cursaban con infección vaginal en tratamiento por la posibilidad de falsos negativos en los resultados de laboratorio, pacientes con embarazo múltiple, preeclampsia y diabetes gestacional ya que en estas pacientes habitualmente es necesaria la interrupción del embarazo antes de término así como embarazo con producto óbito.

VARIABLES

VARIABLE (índice / indicador)	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACION	FUENTE (en forma genérica)	ANÁLISIS / CONTROL
Edad	De contexto	Años de vida	Cuantitativa	1 o más	Hoja de recolección de datos	media
Estado civil	De contexto	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco que establece ciertos derechos y deberes	Cualitativa	Soltera Casada	Hoja de recolección de datos	%
Edad gestacional	De contexto	Semanas de embarazo calculadas de acuerdo a la fecha de última menstruación o por ultrasonido	Cuantitativa continua	1 a 40	Hoja de recolección de datos	media
Gestas	De contexto	Número de embarazos	Cuantitativa	1 o más	Hoja de recolección de datos	%
Prueba de aminas	De contexto	Aplicación de una gota de solución de KOH al 10% a una muestra de secreción vaginal	Cualitativa	Positiva liberación de aminas-olor a pescado Negativa ausencia de olor a pescado	Hoja de recolección de datos	%
Especuloscopia	De contexto	Colocación de espejo vaginal para visualizar características del cérvix y de la secreción vaginal	Cualitativa	Positiva o negativa para vaginosis bacteriana	Hoja de recolección de datos	%
pH de la secreción vaginal	De contexto	Ph: logaritmo negativo de la concentración de iones hidrógeno.	Cuantitativa	De 0 A 14	Hoja de recolección de datos	%

Células guía	De contexto	Células epiteliales vaginales con múltiples bacterias adheridas a su superficie	Cualitativa	Presentes o ausentes	Hoja de recolección de datos	%
Parto pretérmino	Compleja	Nacimiento del producto de la concepción después de la semana 20 de gestación y antes de la semana 37	Cualitativa	Sí o no	Hoja de recolección de datos	%
Tipo de patógeno causal de la infección	De contexto	Bacteria o protozooario causal de la infección vaginal	Cualitativa	Resultado del cultivo	Hoja de recolección de datos	%

MÉTODO ESTADÍSTICO Y PROCEDIMIENTOS MATEMÁTICOS

Se creó una base de datos empleando el programa de Excel para la captura y el análisis de los mismos y se empleó el modelo estadístico de Chi cuadrada para evaluar la relación entre las variables con un nivel de confianza (p) de 0.05.

RESULTADOS

De 56 pacientes incluidas en el estudio que calificaron como alto riesgo para parto pretérmino, se estableció diagnóstico de infección vaginal en 22 pacientes (39.28%), de las cuales 4 pacientes (7.14%) cursaron con vaginosis bacteriana y 18 pacientes (32.1%) con cervicovaginitis; el promedio de edad en el grupo de vaginosis bacteriana fue de 29.2 años y en el grupo de pacientes con cervicovaginitis de 22.1 años, cuadro I.

Cuadro I. Presencia de infección vaginal y edad promedio de presentación

Infección vaginal	Casos	Edad
	%	Años
Cervicovaginitis	32.1	22.1
Vaginosis bacteriana	7.14	29.2

Fuente. Formato de captura de datos H.Materno Infantil Inguarán-2007.

Del grupo de pacientes con vaginosis bacteriana 75% correspondió a pacientes multigestas y 25% a primigestas, del grupo de pacientes con cervicovaginitis 27.7% correspondió a pacientes primigestas y el restante 72.3% a pacientes multigestas, el 100% de las pacientes de ambos grupos negó el antecedente de infección de transmisión sexual,

Respecto al estado civil, 50% de las pacientes con vaginosis bacteriana eran casadas, 25% vivía en unión libre y el otro 25% eran solteras; a diferencia del grupo de pacientes con cervicovaginitis donde el 50% correspondió a pacientes que vivía en unión libre, el 38.8% eran solteras y el 11.1% casadas. En el grupo de pacientes sin infección vaginal el 47% eran pacientes que vivía en unión libre, 17.6% pacientes solteras y 35.2% casadas, cuadro II.

Cuadro II. Estado civil en pacientes con infección vaginal y en pacientes con ausencia de infección vaginal.

Estado civil	Vaginosis bacteriana		Cervicovaginitis		Ausencia de infección	
	No	%	No	%	No	%
Casada	2	50	2	11.1	12	35.2
Soltera	1	25	7	38.8	6	17.6
Unión libre	1	25	9	50	16	47.0

Fuente. Formato de captura de datos, H.Materno Infantil Inguarán –2007.

Del grupo de pacientes con vaginosis bacteriana el 50% presentó parto pretérmino a una edad gestacional de 32 semanas, de las pacientes con cervicovaginitis el 22.2% presentó parto pretérmino a una edad gestacional promedio de 33 semanas. De las pacientes que presentaron parto pretérmino en ausencia de infección, la edad gestacional promedio del parto fue 36 semanas, cuadro III.

Cuadro III. Frecuencia de parto pretérmino y edad gestacional en las pacientes con infección vaginal

Infección vaginal	Parto pretérmino		Edad gestacional al momento del parto
	No.	%	semanas
Vaginosis bacteriana	2	50	32
Cervicovaginitis	18	22.2	33
Ausencia de infección vaginal	34	8.8	36

Fuente.- Formato de captura de datos, H. Materno Infantil Inguarán – 2007.

Cabe mencionar que de los recién nacidos pretérmino del grupo de pacientes con vaginosis bacteriana (n=2) el 50% requirió hospitalización por sufrimiento fetal agudo secundario a desprendimiento prematuro de placenta y corioamnioitis evolucionando favorablemente durante su estancia hospitalaria y hasta su egreso; del grupo de pacientes con cervicovaginitis y parto pretérmino en todos los recién nacidos se decidió alojamiento conjunto y egresaron junto con la madre; del grupo de pacientes con parto pretérmino en ausencia de infección vaginal también egresaron junto con la madre sin complicaciones.

El agente patógeno identificado en todos los casos de vaginosis bacteriana fue *Gardnerella vaginalis*, pero en el grupo de pacientes con cervicovaginitis fueron varios los patógenos identificados, cuadro IV.

Cuadro IV. Agentes causales de cervicovaginitis y su relación con parto pretérmino.

Agente patógeno	Casos No.	Parto pretérmino %
Providencia rustigianni	1	100
Cándida spp.	8	37.5
Cándida albicans	1	0
Escherichia coli	3	0
Staphilococcus aureus	4	0

Fuente. Formato de captura de datos. H.Materno Infantil Inguarán-2007.

De importancia es mencionar que hubo una paciente dentro del grupo de pacientes con ausencia de infección que tuvo un parto a término a las 40 semanas de gestación con un producto de bajo peso y con polidactilia del dedo pulgar de la mano derecha.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los resultados obtenidos en este estudio se analizaron con la prueba estadística de Chi cuadrada en una tabla de contingencia de 2 x 2 para las variables vaginosis bacteriana-cervicovaginitis y parto pretérmino.

Chi cuadrada sin corrección = 3.37 (p=0.06).

Con los resultados de este estudio se encontró mayor frecuencia de presentación de parto pretérmino en el grupo de pacientes con vaginosis bacteriana lo que concuerda con la literatura mundial, la edad gestacional al momento del parto pretérmino fue similar en el grupo de pacientes con vaginosis bacteriana y el grupo de pacientes con cervicovaginitis; se observó la presencia de parto pretérmino a pesar de ausencia de infección vaginal sin embargo la edad gestacional al momento del parto fue mayor que en los grupos antes mencionados.

El patógeno causal de vaginosis bacteriana en todos los casos fue *Gardnerella vaginalis* y el agente causal más frecuente de cervicovaginitis fue *Cándida sp*,

Contrario a lo reportado en la mayoría de la literatura la mayor frecuencia de vaginosis bacteriana se observó en pacientes casadas, no así en el grupo de pacientes con cervicovaginitis donde la gran mayoría vivía en unión libre.

El promedio de edad en el grupo de pacientes con vaginosis bacteriana fue mayor que en el grupo de pacientes con cervicovaginitis.

DISCUSIÓN

Se acepta la hipótesis de investigación por lo que los resultados sugieren que la presencia de cervicovaginitis-vaginosis bacteriana incrementa el riesgo de parto pretérmino y de acuerdo al riesgo relativo calculado en este estudio, el riesgo se incrementa en 3 veces.

A pesar de la presencia de parto pretérmino en pacientes con ausencia de infección vaginal, la edad gestacional al momento del parto en las pacientes de este estudio fue mayor que en los grupos con vaginosis bacteriana-cervicovaginitis lo que podría sugerir el mejor pronóstico para los recién nacidos pretérmino hijos de mujeres por lo demás sanas.

Respecto al estado civil, hubo diferencias entre el grupo de pacientes con vaginosis bacteriana donde el 50% eran casadas y el grupo con cervicovaginitis donde el 50% vivía en unión libre, sin embargo el 47.05% de las pacientes sin infección vaginal vivía en unión libre, aunque no fue el propósito de este estudio investigar la influencia del estado civil los resultados obtenidos nos sugerirían

que el estado civil no es factor de riesgo para parto pretérmino ya que la monogamia no asegura reducción en el riesgo de adquirir una infección vaginal.

De 56 pacientes estudiadas solo se encontró vaginosis bacteriana en 4 casos (7.1%) y no tan frecuente como se reporta en la literatura que es esta patología, para investigaciones ulteriores sería importante investigar la frecuencia de presentación además en pacientes no embarazadas.

En el presente estudio se tomó como escala para evaluación de riesgo de parto pretérmino la ya descrita por Papiernik y casi en desuso, sin embargo ya que el parto pretérmino puede ser multifactorial de utilidad sería evaluar la eficacia de dicha prueba y mejor aún la búsqueda de una nueva escala de evaluación.

CONCLUSIONES

Con objeto de prevenir los nacimientos pretérmino y las complicaciones que con ellos se asocian, es importante identificar a las embarazadas con alto riesgo

para esta patología y efectuar la búsqueda de procesos infecciosos del tracto genital. Como parte del control prenatal en toda paciente con riesgo de parto pretérmino, debería incluirse dentro de los exámenes de laboratorio un cultivo vaginal ya que los casos identificados podrían beneficiarse con intervenciones oportunas.

Es importante orientar a los médicos familiares en la identificación de pacientes de riesgo para parto pretérmino ya que en muchos de los casos representan el primer contacto de la paciente que inicia su control prenatal.

Educar a la paciente sobre el cuidado de la salud durante el embarazo también mejoraría el pronóstico para el recién nacido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramírez Niño L, Rodríguez Manzanero Z, Carroz Urdaneta J, García Martínez V, Víctor y Nammour M. Vaginosis bacteriana: evaluación de algunos métodos diagnósticos. **Kasmera**. 2004; 32: 43-51.
2. Gamiño Arroyo A, Barrios Ceballos M, Cárdenas de la Peña L, Anaya Velázquez F, Padilla Vaca F. Flora normal, probióticos y salud humana. **Acta universitaria**. 2005; 15: 34-40.
3. Nelson D, Macones G, Bacterial vaginosis in pregnancy: current findings and future directions. **Epidemiol rev**. 2002; 24: 102-108.
4. Eliezer Shalev MD, Ingestión of probiotics: optional treatment of bacterial vaginosis in pregnancy. **IMAJ**. 2002; 4: 357-360.
5. Beverly E. Sha, Hua Y. Chen, Qiong J. Wang M, Reza Zariffard, Mardge H. Cohen, Gregory T. Spear. Utility of Amsel criteria, Nugent score and quantitative PCR for Gardnerella vaginalis, Mycoplasma hominis and Lactobacillus spp. for diagnosis of bacterial vaginosis in human immunodeficiency virus infected women. **Obstetrics and gynecology**. 2005; 43:4607-4612.
6. Huiza Lilia, Pacora Percy, Santivañez Alvaro, Castro Gladys, Ayala Máximo. La enfermedad perinatal y la prematuridad pertenecen a un síndrome clínico multifactorial: Participación de la herencia de enfermedad vascular, la flora microbiana vaginal y el estado nutricional. **Anales de la facultad de Medicina**; 64: 26-35.
7. Marrazzo Jeanne M y cols. Risk for cervicitis among women with bacterial vaginosis. **The Journal of infectious diseases**. 2006; 193: 617-624.
8. Cram Lorie F. Zapata María Isabel, Toy Eugene C, Baker Bentan. Genitourinary infections and their association with preterm labor. **American family physician**. 2002; 65:241-248.
9. Arouthcheva Alla A, Simaes José A, Behbakht Kian, Faro Sebastian. Gardnerella vaginalis isolated from patients with bacterial vaginosis and from patients with healthy vaginal ecosystems. **Clinical infectious diseases**. 2002; 33: 1022-1027.
10. Gutman Robert E, Peipert Jeffrey F, Weitzen Sherry, Blume Jeffrey. Evaluation of clinical methods for diagnosing bacterial vaginosis. **Obstetrics and gynecology**. 2005; 105: 551-556.

11. Subtil Damien, Denoit Valérie, Le Goueff Françoise, Husson Marie Odile, Trivier Dominique, Puech Francis. Papel de la vaginosis bacteriana en el trabajo de parto y en el parto pretérmino: Estudio de casos y controles. **Obstetrics and gynecology**. 2002; 2: 251-256.
12. Hakakha Michele M, Davis Jane, Korst Lisa M, Silverman Neil S. Leucorrhoea and bacterial vaginosis as in office predictors of cervical infection in High risk women. **Obstetrics and gynecology**. 2002; 100: 808-812.
13. Wilks Mark and cols. Identification and H₂O₂ production of vaginal lactobacilli from pregnant women at high risk of preterm birth and relation with outcome. **Journal of Clinical Microbiology**. 2004; 42: 713-717.
14. Myziuk Linda, Romanowski Barbara, Johnson Stephen C. BVBlue test for diagnosis of bacterial vaginosis. **Journal of Clinical Microbiology**. 2003; 41: 1925-1925.
15. Althabe Frenando, Carroli Guillermo, Lede Roberto, Belizán José M, Althabe Omar H. El parto pretérmino: detección de riesgos y tratamientos preventivos. **Revista Panamericana de Salud Pública**. 2003;5:373-385.