

11217  
55  
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA NO.3  
E MEDICINA

CENTRO MEDICO "LA RAZA"

ABR. 19 1992

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SECRETARIA DE SERVICIOS ESCOLARES  
DEPARTAMENTO DE POSGRADO  
MDMR

"EL PAPEL DE LA CERVICOVAGINITIS  
COMO CAUSA DE AMENAZA DE PARTO  
PRETERMINO Y SU REPERCUSION EN LOS  
RESULTADOS DEL EMBARAZO"



Tesis de Postgrado

PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN:

CENTRO MEDICO LA RAZA  
Calle de la Salud y Vida  
P.O. Box 10000, Mexico D.F.

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

DR. OTONIEL ESCOBAR ESPINOSA

ASESOR: DRA. ELIZABETH PEREZ OCHOA



MEXICO, D. F.

FEBRERO 1994

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

Con todo respeto a mis padres:

Esperanza y Eudaldo.

Por el apoyo incondicional que siempre he recibido de ellos, por sus consejos y buen ejemplo, los cuales me sirvieron para inspirarme en el logro de este objetivo.

A mis maestros:

Por haberme enseñado el arte de la Gineco-Obstetricia, por sus conocimientos transmitidos y por que me han servido de ejemplo para superarme cada dia más.

A mis hermanos:

Por la confianza que han depositado en mí y el apoyo moral que me han demostrado.

A Mary y a mi hijo:

Por el sacrificio durante estos años,  
la comprensión y el apoyo en los -  
momentos más difíciles, y el cari-  
ño que me han brindado, por lo que  
he podido redoblar esfuerzos para  
seguir adelante.

A la Dra. Elizabeth:

Por su confianza y su orienta-  
ción en el desarrollo de esta tesis.

## INDICE

Introducción	1
Planteamiento del problema	11
Objetivos	12
Hipotesis	13
Material y método	14
Resultados	16
Discusión	28
Conclusiones	30
Referencias Bibliograficas	31

## INTRODUCCION

El parto pretermino es un problema obstetrico común. A pesar de los avances en medicina, los partos preterminos no han disminuido en las ultimas 3 decadas en los Estados Unidos, habiendo 300.000 nacimientos pretermino cada año.

Ocurre aproximadamente en 10% de todos los embarazos, pero la mayor importancia es que ese porcentaje de nacimientos contribuye en un 80% de morbilidad perinatal (2.4,5,20).

El feto es quien está expuesto al mayor riesgo y no la embarazada, quizá por tal motivo el parto pretermino a menudo no se le trata como urgencia real; sin embargo, el hecho de que la propia madre no este en peligro en tal circunstancia, no debe ser motivo para que el problema se trate con rapidez y eficacia.

La morbilidad de los prematuros es alta, siendo determinantes importantes el peso y la edad gestacional, se ha demostrado que son buenas las posibilidades de supervivencia desde 1000 g. o 28 semanas (38 a 91%), antes de esa fecha o peso, la supervivencia cambia rapidamente con arreglo al tiempo y al intervalo ponderal, pero aún es satisfactoria hasta llegar a productos pequeños que se consideran abortos.

A pesar de todo no hay duda de que la practica obstetrica ha cambiado y refleja la mayor supervivencia de fetos con ments de 28 sem. (1.4.5,7,8).

Los prematuros se enfrentan a enormes problemas en la vida extrauterina y los más comunes incluyen insuficiencia respiratoria por enfermedades de membrana hialina, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrosante, y a largo plazo pueden tener diversas complicaciones como displasia broncopulmonar y neumopatía crónica, ceguera, sordera y lesión neurológica o alguna minusvalía como parálisis cerebral.

Otra complicación frecuente, sobre todo en casos con RPM es la infección neonatal, su ocurrencia está inversamente relacionado a la edad gestacional, incrementándose de 0.6% en Recien Nacido a término, a 16.6% entre los nacidos antes de las 28 semanas (10,11,12,14,20).

El parto pretermino frecuentemente se asocia a RPM (20 - 40%), en estos casos el riesgo de corioamnioitis es alto y si no se hace el diagnóstico en las primeras horas, aumenta el riesgo tanto para la madre como para el producto, después de las 24 hrs. la incidencia de infección puerperal en estos casos es de 27%, el cual se incrementa hasta 41% con periodo de latencia mayor de 24 hrs. (10,13).

Por todo esto es importante saber con exactitud si se han roto las membranas de una embarazada, pues este problema cambia considerablemente el tratamiento y el pronóstico de parto pretermino. Muchas mujeres señalan como dato típico la expulsión de un chorro de líquido.

La causa más común de datos falsamente positivos sería la expulsión involuntaria de orina.

La exploración detallada permite diferenciar esta situación, de la rotura real de membranas. En el examen con espejuelo, si ha habido rotura de las membranas, se advierte a menudo un cúmulo de líquido en el fondo de saco posterior de la vagina. Con la maniobra adicional de Valsalva a menudo se advierte que el líquido sale directamente del orificio cervical. Cuando se le estudia, debe reaccionar con papel de Nitracina que indica PH alcalino y si se deja secar en una laminilla de vidrio se observará el típico patrón en helecho. En caso de duda del diagnóstico puede ser útil el USG que demuestre disminución de líquido amniótico (10,13,16,18,20).

Existe un número de factores que están asociados al parto prematuro en el 40% de casos (Embarazo múltiple, Placenta previa, RPM, Polihidramnios, I.I.C., Miomatosis uterina, etc.) y el otro 60% de casos ocurre sin causas aparentes, aunque estudios recientes en los últimos años indican que un gran número de estos están relacionados con infecciones ascendentes de genitales, específicamente la vaginosis bacteriana parece predisponer al desarrollo de infecciones ascendentes hacia al Corioamnios o al líquido amniótico y posiblemente hacia la placenta, produciendo una inflamación y producción local de Prostaglandinas que desencadenan trabajo de parto. Por otra parte los microorganismos son capaces de producir Fosfolipasa A2, una enzima que inicia la síntesis de prostaglandinas a partir del Ac. Araquidónico.



Ciertas bacterias como los bacteroides y estreptococos del grupo B producen proteasa que es una enzima que reduce la fuerza de las membranas in vitro, por lo que se supone que causa Ruptura Prematura de Membranas (1,2,3,11,12,15,20).

La vaginosis bacteriana es una de las más frecuentes infección vaginal en la mujer sexualmente activa, se encuentra en un 15 a 20% de mujeres embarazadas, siendo más frecuentemente detectada en caso de RPM, Amenaza de parto pretermino y Parto Pretermino (49%), y es la causa más común de descarga vaginal anormal en todas las mujeres (1,3,5,9,12,21).

Vaginitis inespecifica fué el nombre que se aplicó originalmente a este problema puesto que se creía que las causas eran diversos microorganismos intestinales. En 1955, Gardner y Duker describieron por primera vez un microorganismo anaerobio que se encontraba a menudo en las secreciones vaginales anormales. Llamaron a este microorganismo Haemophilus Vaginalis, pero más tarde se reclasificó como Corynebacterium Vaginalis y ultimamente se dió el nombre de Gardnerella Vaginalis, este es un cocobacilo no móvil, pleomorfo y muy exigente, es facultativo, anaerobio y de coloración de Gram variable

Aunque se consideró al principio que era el único agente causal de este tipo de vaginitis, investigaciones ulteriores demostrarán un proceso infeccioso más complejo. En la actualidad se supone que ocurre una relación sinérgica que abarca G. Vaginalis y a diversos

microorganismos anaerobios (Bacteroides, Peptoestreptococos, Mycoplasma Hominis, Lactobacilos anaerobios, etc.). Esta conclusión encuentra apoyo en el olor a amina de "Pescado" característico de esta vaginitis que producen los anaerobios, por tanto son inapropiados los terminos vaginitis inespecifica o vaginitis por Gardnerella, además como no es un aspecto prominente la inflamación del epitelio vaginal, se ha favorecido el termino de Vaginosis Bacteriana. En estos casos la flora normal dominada por Lactobacilos tiende a quedar sustituido por concentraciones incrementadas de G. Vaginalis y otras bacterias anaerobias, aún no se ha podido aclarar la función precisa de este microorganismo en la etiología, de la vaginosis puesto que, en condiciones normales es parte de la flora local de algunas mujeres. El microorganismo se aísla rara vez en mujeres prepúberes y la prevalencia elevada que se ha informado entre compañeros sexuales masculinos de mujeres infectadas ha hecho que muchos investigadores creen que es un patógeno transmitido sexualmente. Aunque los anaerobios se encuentran en genitales de mujeres sanas, se descubren numeros incrementados en pacientes infectadas, por tanto estos microorganismos estan probablemente distribuidos con amplitud, a menudo como comensales inucuos de baja virulencia con patogenicidad leve (1,3,4,5,21).

La piedra angular de la Vaginosis Bacteriana es la restitución de las secreciones normales por una secreción vaginal ligeramente incrementada, que es diluida, homogénea, de color blanco grisáceo, de

mal olor, no irritativa y adherente de manera uniforme a las paredes vaginales. El PH del líquido en estos casos se encuentra elevado, por lo general dentro de los límites de 4.7 a 5.5. Tiende a ser particularmente intenso el olor a "Pescado" característico que se encuentra durante la menstruación y después de la actividad sexual. Algunas pacientes que no se quejan de problemas tendrán secreción durante la exploración pélvica sistemática, el volumen de este exudado variará entre escaso y abundante, pero es más a menudo el olor fétido y no la cantidad que hace que la paciente solicite atención médica. Con poca frecuencia se quejan de prurito, disuria y dispareunia, a la exploración física suele tener aspecto normal la vagina, cuello uterino y vulva (1.2.3.21).

El diagnóstico se hace cuando se encuentra 3 de los 4 signos: 1) líquido vaginal con PH mayor de 4.7, 2) descarga pegosa de color blanco grisáceo homogénea característica, 3) presencia de células indicadoras (células claves), que suelen representar por lo menos 20% de las células epiteliales vaginales y 4) emisión de olor a aminas de pescado cuando el líquido vaginal se mezcla con KOH al 10%.

Las células indicadoras son células vaginales epiteliales descamadas, tachonadas por microorganismos cocobacilares tan abundantes que ocultan los bordes celulares. Además de las células indicadoras, la preparación húmeda con solución salina revelará unos cuantos leucocitos polimorfonucleares, escasos lactobacilos y pequeños baston

-cillos gramnegativos pleomorficos como flora predominante (1,2,21)."

VALORACION INICIAL DE UNA MUJER CON POSIBLE AMENAZA DE  
PARTO PRETERMINO.

Evitar el parto pretérmino obliga el diagnóstico rápido y el tratamiento inmediato de la forma espontanea, que a su vez necesita que el médico sospeche decididamente su presencia. El diagnóstico en cuestión debe ser descartado con gran cuidado en toda mujer que acude al facultativo o al hospital con una infección de vías urinarias, expulsión de sangre por vagina, secreción vaginal anómala o dorsalgia. Otro grupo de mujeres en quienes el diagnóstico no es fácil, son las que acuden a visitas clinicas regulares y programadas en vez de acudir a la sala de urgencias. Siempre es importante investigar sintomas que no señalen las pacientes, esto es particularmente valido en mujeres con mayor riesgo de prematuréz por diversos factores obstetricos, médicos o de la anamnesis. Se hace el diagnóstico cuando ocurre contracciones uterinas dolorosas por lo menos cada 10 minutos, acompañado por cambios cervicales antes de las 37 semanas de gestación. Aunque no es raro que las embarazadas normales presenten una contracción inmediatamente después de asumir el decúbito desde la posición sedente.

De manera típica, la mujer acude quejandose de contracciones uterinas que a menudo son indoloras y se describen como "Espasmos", puede acompañarse de sensación de presión en la parte baja del abdo -

men, arriba del púbis o en la vagina, o de dorsalgia, y quizá sean los únicos signos y síntomas que no tienen contracciones uterinas reconocidas. Es necesario revisar con enorme cuidado a toda persona con estas manifestaciones, en particular, surge la necesidad de la evaluación rápida cuando hay un incremento repentino en la expulsión de moco o manchas de sangre por vagina, porque estos signos pueden traducir cambios en el cuello uterino.

La evaluación debe abarcar tacto digital vaginal para valorar el cervix, así como la vigilancia del latido fetal por medios electrónicos y de las contracciones uterinas, es extraordinariamente importante saber si se han roto las membranas (3.4.11.20).

Para hacer el Dx. de Amenaza de Parto Pretermino se debe advertir una dilatación cervical de 2 cm. o más o borramiento de 80% o más, si el borramiento o la dilatación no alcanzan tales cifras puede hacerse el Dx. solo después de un lapso de observación seguido por una nueva valoración, cuando se advierte cambios progresivos en el cervix. Por lo común, el examen se hace 30 min. a 2 hrs. después del primero, según los datos del examen inicial, el patrón de contracciones y el grado de molestias de la mujer. Si en las dos primeras horas de observación no se advierten cambios del cuello, pero aparecen en un lapso mayor de tiempo, ello cumplirá con los criterios para hacer el Dx. Una excepción importante para que se documenten los cambios en la exploración cervical sería el caso de la mujer con RPM,

ya que los tactos están relativamente contraindicados por el riesgo de infección intraamniótica, por tal causa la estimación del estado del cuello debe hacerse por inspección directa con espéculo estéril. En estos casos, toda sospecha de actividad uterina debe tratarse como parto pretérmino, una vez que se confirma el Dx. de APP con ruptura de membranas o sin ella debe iniciarse la conducta terapéutica (20).

Uno de los objetivos primordiales es evitar los partos preterminos y sus complicaciones. Dentro del manejo integral de estas pacientes incluye el uso de tocolíticos, cuando no existe contraindicación al fármaco, ni para prolongar el embarazo, siempre que se trate de un feto sano, con edad gestacional menor de 36 semanas, pero mayor de 20 semanas, con una dilatación menor de 4 cm. y en ausencia de hemorragia vaginal notable.

La mujer en trabajo de parto pretérmino están predispuestas al nacimiento de un prematuro, razón por la cual es beneficioso preparar el feto para la vida extrauterina administrando durante un lapso breve altas dosis de esteroides, disminuyendo de esta forma la incidencia del síndrome de membrana hialina del neonato, en productos mayores de 28 semanas y menores de 34 semanas (17,20).

La intención del manejo es prolongar el embarazo para ofrecerle mejor pronóstico al producto a su nacimiento, por lo que se debe investigar una causa para tratarla.

En casos de Vaginosis Bacteriana se han hecho múltiples estudios en que se utilizan tratamiento antimicrobiano para eliminar específicamente microorganismos del tracto genital bajo. Se ha utilizado Eritromicina en un curso de 6 semanas previo al parto en casos en los cuales se aísla *U. Urealyticum*, *Mycoplasma H.* o ambos, con buenos resultados (5,17).

Existen otros estudios que reportan disminución de RPM y parto pretermino cuando se utiliza Penicilina, también se ha utilizado Amoxicilina o Clindamicina durante 6 semanas anteparto con buenos resultados (4,5,13,14).

El tratamiento recomendado en la actualidad en mujeres no embarazadas consiste en 500 mg. de Metronidazol por vía oral 2 veces al día durante 7 días, esta sustancia tiene actividad principal contra microorganismos anaerobios, pero esta contraindicado en las embarazadas. Los diversos medicamentos son menos eficaces, pero son los únicos que se pueden utilizar durante el embarazo (21).

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente uno de los objetivos primordiales en Perinatología es reducir el número de nacimientos prematuros.

El 7% de todos los nacimientos son prematuros, pero ellos colaboran con un 80% a la morbilidad perinatal.

Aproximadamente el 40% de nacimientos prematuros se asocian a causas conocidas de parto pretermino, pero el 60% restante ocurre sin causa aparente.

Estudios recientes indican que una gran proporción de prematuridad idiopática se relaciona con infección genital ascendente. La cervicovaginitis parece predisponer el desarrollo de una infección ascendente del corioamnios y el líquido amniótico, y ocasionalmente de la placenta condicionando parto pretermino o RPM.

En el HGO3 del CMR la mayor morbilidad materno-fetal lo sigue constituyendo el parto pretermino, secundario a la ruptura prematura de membranas y asociado a proceso infeccioso.

Por lo anterior es imperiosa la necesidad de investigar el papel que juega la cervicovaginitis en estos casos, conocer los gérmenes más frecuentemente asociados a la amenaza de parto pretérmino en pacientes que son atendidas en este hospital y conocer los resultados materno-fetales de esta entidad.



OBJETIVOS

- 1)- Determinar la incidencia de Cervicovaginitis en casos de Amenaza de parto pretermino.
- 2)- Determinar cuales son los germenés causales más frecuentes en estos casos.
- 3)- Conocer los resultados materno-fetales de los embarazos con antecedentes de Amenaza de Parto Pretermino y Cervicovaginitis.

HIPOTESIS

" La incidencia de cervicovaginitis es alta en casos de Amenaza de parto pretermino".

" La incidencia de Cervicovaginitis es baja en casos de Amenaza de Parto Pretermino".

### MATERIAL Y METODO

El presente estudio se realizó en el Hospital de Gineco-Obstetricia #3 del Centro Médico "La Raza". En forma retrospectiva se revisó 100 expedientes clínicos elejidos al azar de pacientes que cursaban con Amenaza de Parto Pretermino, que ingresarón durante el periodo de Mayo a Diciembre de 1993.

Se incluyeron en este estudio aquellas pacientes con embarazo de 28 a 36 semanas de gestación con diagnóstico de Amenaza de parto pretermino, con un índice tocolítico de igual o menor de 3 (Baungarter y Gruber).

Además se investigaron los siguientes parametros:

- Edad materna- La cual se dividió en 5 grupos: Menor de 20 años; Entre 20 y 24 años; De 25 a 29 años; Entre 30 y 34 años. y Mayores de 35 años.

- Paridad - Se agruparon como Primigestas, Secundigestas, Trigestas y Multiparas (Aqueilas con 4 o más gestaciones).

- Sintomas de Cervicovaginitis o I.V.U.

- Características de la Leucorrea.

- Exudado Cervicovaginal.

- Tinción de Papanicolaou.

- Cultivo de secreción vaginal.

- Edad del producto al nacer, para lo cual se formo tres grupos: Menor de 32 semanas; Entre 32-36 semanas y de 37 semanas o más.

- Vía de resolución del Embarazo: Parto o Cesarea.
- Ruptura Prematura de Membranas.
- Deciduitis.
- Datos de Infección en el Recién Nacido.

## RESULTADOS

Se analizaron 100 expedientes de pacientes con Embarazo de 28 a 36 semanas de gestación con diagnóstico de Amenaza de Parto Pretermino que fueron ingresadas en el HGO3 CMR ingresadas durante el periodo de Mayo a Diciembre de 1993.

De acuerdo a los parametros analizados. la Edad materna varió desde 16 a 37 años, siendo el promedio de 24.5 años. 20 pacientes eran menores de 20 años; 36 pacientes de 20 a 24 años; 22 pacientes de 25 a 29 años; 16 de 30 a 34 años y 6 mayores de 35 años (figura 1).

En cuanto a la paridad se encontró que 26 eran primigestas, 42 secundigestas, 19 trigestas, y 13 multigestas (11 con G:IV y 2 con G:V). figura 2

62 pacientes presentaron sintomas de Cervicovaginitis y 38 sintomas de Infección de Vias Urinarias (figura 3), 19 pacientes tenian ambas patologias, de este ultimo grupo 14 pacientes presentaron en 2 o más ocasiones Amenaza de Parto Pretermino.

En cuanto a las características de la Leucorrea, 30 pacientes presentaron Leucorrea blanca, grumosa; 19 Amarillenta, no fétida; y 13 verde, fétida.

El exudado Cervicovaginal reportó en 28 casos (45.1%) Cocobacilos; en 26 casos (41.8%) Bacilos y en 8 casos (13.1%) Tricomonas.

(fig.4)

La tinción de Papanicolaou fué reportado como clase I en 46 casos y clase II en 54 casos (fig.5).

Se cultivaron en 19 casos (32%) E. Coli; en 15 pacientes (21%) Candida Albicans; en 12 casos (19%) Lactobacilos; en 4 (9%) Peptococcus, y 12 casos (19%) se reportaron Sin desarrollo (Fig.6).

La edad del producto al nacer en 5 casos fueron menores de 32 semanas, 27 entre 32-36 semanas (32 nacidos prematuros) y 68 mayores de 37 semanas (fig. 7).

De las 62 pacientes que presentaron Vaginitis; 23 (37.1%) tuvieron parto pretermino y 39 (62.9%) Parto con productos maduros (figura 8).

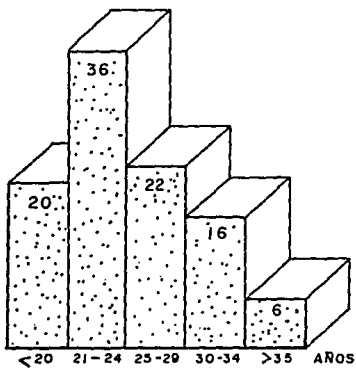
El 56% de partos preterminos estuvo relacionado con RPM (fig.9).

Se presentaron 18 casos de RPM; de estas, 16 (88%) tenían el antecedente de Vaginitis y 2 pacientes (12%) no tuvieron el antecedente (figura 10). 11 casos (61%) se presentaron antes de las 36 semanas y 7 casos (39%) después de las 37 semanas.

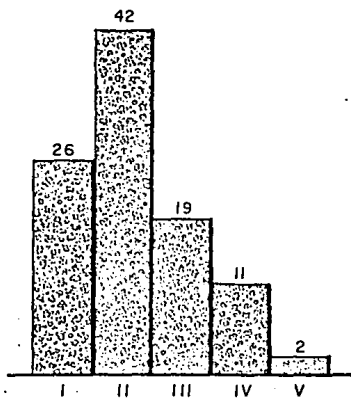
6 pacientes presentaron datos de Deciduitis, todas tuvieron RPM con periodo de latencia mayor de 8 horas y antecedente de Cervicovaginitis. No hubo datos de infección en el Recien Nacido.

Se presentaron 2 casos de muertes neonatales de productos nacidos prematuramente (uno de 1.300 Kg. de peso y otro de 1.400Kg) esto debido a RPM y las muertes por inmadurez organica (6%).

**Gráfica I. EDAD DE PACIENTES ESTUDIADAS**



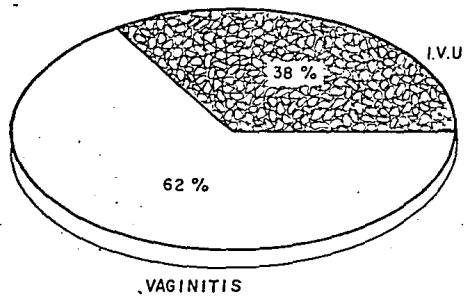
Gráfica 2. NUMERO DE GESTAS



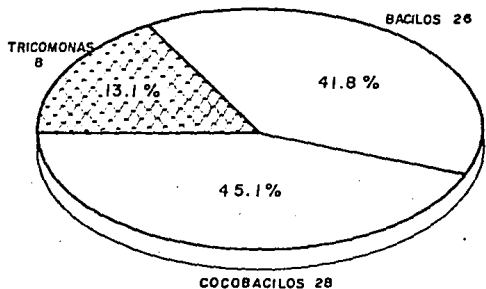


**Gráfica 3. PORCENTAJE DE PAC. CON VAGINITIS EN  
CASOS DE AMENAZA DE PARTO PRETERMINO**

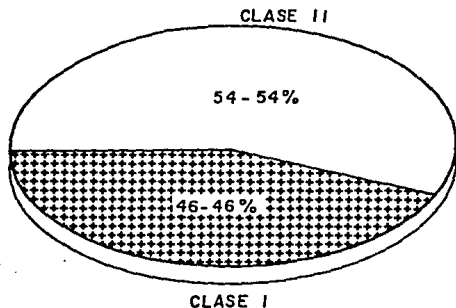
100 CASOS



**Gráfica 4. RESULTADOS DE EXUDADOS CERVICOVAGINALES DE PAC. CON VAGINITIS Y AMENAZA DE PARTO PRETERMINO.**

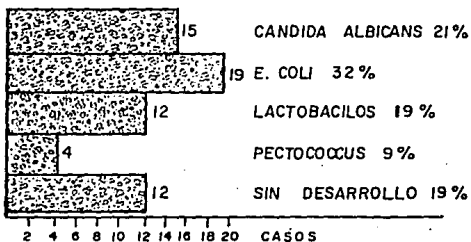


Gráfica 5. RESULTADOS DE PAPANICOLAOU DE PAC.  
CON AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

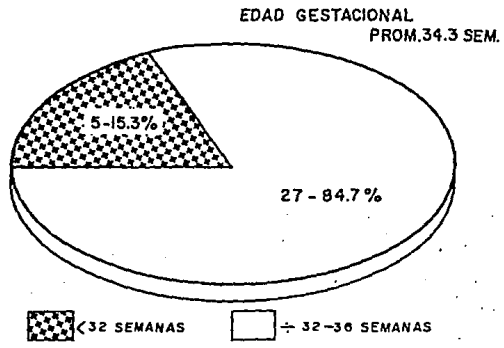


Gráfica 6. RESULTADOS DE LOS CULTIVOS DE PAC.  
CON VAGINITIS Y A.P.P.

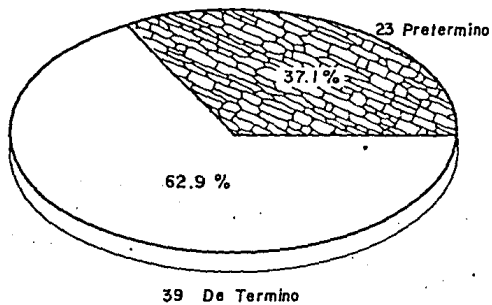
TOTAL 62 Casos



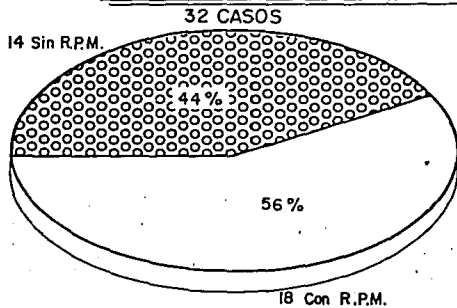
Gráfica 7. % NACIMIENTOS PRETERMINO.



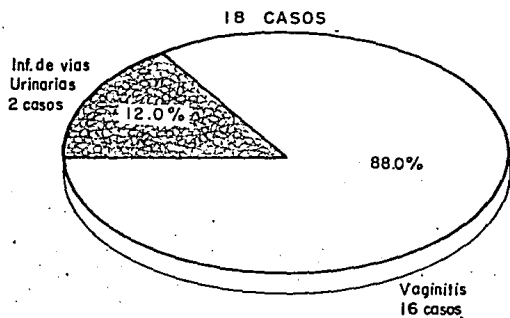
**Gráfica 8. EDAD GESTACIONAL AL NAC. EN  
PACIENTES CON VAGINITIS.**



Gráfica 9. CASOS DE PARTO PRETERMINO Y SU RELACION CON R.P.M.



**Gráfica 10. PORCENTAJE DE R.P.M. Y RELACION CON VAGINITIS.**





## DISCUSION

El 60% de los casos de amenaza de parto pretérmino ocurre sin causa aparente, aunque en los últimos años estas se han relacionado con infecciones ascendentes de genitales (1,2,3), en el presente estudio se encontró que el 62% de casos de APP era causado por cervicovaginitis, corroborándose con esto el alto porcentaje existente.

Específicamente la Vaginosis Bacteriana parece predisponer al desarrollo de infecciones ascendentes hacia corioamnios, líquido amniótico o placenta, produciendo una inflamación y producción local de Prostaglandinas que desencadenan trabajo de parto, por otro lado los microorganismos son capaces de producir Fosfolipasa A2 una enzima que inicia la síntesis de Pg a partir del Ácido Araquidónico. Otras bacterias producen proteasa que es una enzima que reduce la fuerza de las membranas in vitro, por lo que se supone que causa Ruptura Prematura de Membranas. Se ha reportado que se detecta Vaginosis Bacteriana en 49% de casos con Amenaza de Parto Pretermino, Parto Pretermino y Ruptura prematura de membranas (2,3,5,9,12,21).

En nuestra serie se encontró un 37.7% de partos preterminos en pacientes con vaginitis, siendo este porcentaje menor que lo reporta do en la literatura, considerándose que esto se debe a que no todos los casos de infección vaginal fueron específicamente Vaginosis Bacteriana.

Se observó que 14 pacientes presentaron 2 o más episodios de Amenaza de Parto Pretermino. 8 de las cuales no llegaron al termino del embarazo por parto pretermino debido a RPM, todas ellas con antecedente de cervicovaginitis, demostrandose de esta forma el papel tan importante que juega esta patología. En total se presentaron 18 casos de RPM de los cuales 16 casos (88%) cursaban con vaginitis, de estas, 13 (72%) clinicamente cursaban con Vaginosis Bacteriana, pero unicamente 4 (22%) se comprobaron por reporte de cultivo, esto probablemente por que no en todos los casos se utilizaron medios de cultivos especificos .

6 pacientes (9.6%) presentaron datos de Deciduitis, de las cuales todas cursaron con RPM con periodo de latencia mayor de 8 horas y antecedentes de Cervicovaginitis, representando un porcentaje menor que el reportado en otros estudios que es del 27% (10,13); considerandose que es debido al manejo apropiado con doble esquema de antimicrobiano.

Las dos muertes perinatales fueron atribuidas a la inmadurez organica y representa el 6%.

## CONCLUSIONES

1.- El 62% de casos de Amenaza de Parto Pretérmino cursan con Cervicovaginitis.

2.- Se determinó que el 37.1% de parto pretermino es secundario a Cervicovaginitis.

3.- El 56.1% de las pacientes con Parto Pretérmino presentarán Ruptura Prematura de Membranas.

4.- El 88% de las pacientes con Ruptura Prematura de Membranas tenían el antecedente de Cervicovaginitis manifiesta.

5.- El microorganismo aislado más frecuentemente fué la E. Coli (32%), y en segundo lugar (9%) Peptococcus.

6.- El 33% de las pacientes con parto pretérmino y RPM presenta rón Deciduitis.

7.- Se observó 6% de mortalidad perinatal debido a inmadurez organica de los productos.

Debido al gran porcentaje de Cervicovaginitis asociado a parto pretérmino, RPM y complicaciones maternas es indispensable el diagnóstico temprano de esta patología y su manejo adecuado con antimicrobia no local y/o sistémico dependiendo de la severidad del cuadro, siendo ideal el análisis citológico de la leucorrea y el cultivo de dicha secreción para un tratamiento específico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Martius et Eschenbach A. The role of bacterial vaginosis as a cause of amniotic fluid infection, chorioamnionitis and prematurity - a review. Arch Gynecol Obstet 1990, 247: 1-13.
- 2.- Martius J. et al. Relationships of vaginal lactobacillus species, cervical Chlamydia Trachomatis and Bacterial vaginosis to preterm birth. Obstet Gynecol 1988; 71: 89-95.
- 3.- Kurki T. et al. Bacterial Vaginosis in early pregnancy and pregnancy outcome. Obstet Gynecol 1992; 80: 173-177.
- 4.- Gravett M. et al. Preterm labor associated with subclinical amniotic fluid infection, and with Bacterial Vaginosis. Obstet Gynecol 1986; 67: 229-237.
- 5.- Mc. Gregor J. et al. Cervicovaginal microflora and pregnancy outcome: results of a double blind, placebo controled trial of Erytromycin treatment. Am J Obstet Gynecol 1990; 163: 1580-1591.
- 6.- White D. et al, The Etiology of preterm labour. Br J Obstet Gynecol 1986; 93: 733-738
- 7.- López B. et al. Prostaglandin E production by the fetal membranes in unexplained preterm labour associated with Chorioamniotitis. Br J Obstet Gynecol 1989; 96:1133-1136.
- 8.- Main D. et al. Prospective evaluation of a risk scoring system for predicting preterm delivery in black inner city women. Obstet Gynecol 1987; 69: 61-65.

- 9.- Hay et al. Diagnosis of bacterial vaginosis in a ginecol clinic.  
Br J Obstet Gynecol 1992; 99: 63-66.
- 10.- Evaldson G. et al. Premature Rupture of the membranes. Acta  
Obstet Gynecol Scand 1980; 59: 385-387.
- 11.- Kyung S. et al. Preterm Birth is associated with increased risk  
of maternal and neonatal infection. Obstet Gynecol 1992; 79: 75-  
80.
- 12.- Gravett M. Indepent associations of bacterial vaginosis and  
Chlamydia Trachomatis infection with adverse pregnancy outcome.  
JAMA 1986; 256: 1889-1903.
- 13.- Regan J. Premature Rupture of membranes, preterm delivery, and  
group B streptococcal colonization of mothers. Am J Obstet  
Gynecol 1981; 141: 184-186.
- 14.- Yancey M. Assesment of rapid identification test for genital  
carriage of group B streptococci. Obstet Gynecol 1992; 80: 1038-  
1047.
- 15.- Romero R. et al. The value and limitations of the gram stain  
examination in the diagnosis of the intraamniotic infection. Am  
J Obster Gynecol 1988; 159: 114-119.
- 16.- Romero R. et al. Intramniotic infection and the onset of labor  
in preterm premature of the membranes. Obstet Gynecol 1988; 159:  
661-666.
- 17.- Main D. et al. Can preterm deliveries be prevent? Am J Obstet

1985; 151: 892-898.

- 18.- Ekwo E. Unfavorable Outcome in penultimate pregnancy and premature rupture of the membranes in successive pregnancy. *Obstet Gynecol* 1992; 80: 166-172.
- 19.- Mc Donald et al. Group B streptococcal colonization and preterm labour. *Aust NZ Obstet Gynecol* 1989; 29: 291-293.
- 20.- Wilkins I. and creasy R. Parto Pretérmino. *Clinicas Obstetricas y Ginecologicas*. 1990; 3: 491-502.
- 21.- Rosenfeld W y Clark J. Vulvovaginitis y Cervicitis. *Clinicas Pediatricas de Norteamerica*. 1989; 3: 523-548.