

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**VAGINOSIS BACTERIANA Y AMENAZA DE PARTO
PRETERMINO. HOSPITAL NACIONAL REGIONAL
DE ESCUINTLA. JULIO-DICIEMBRE 2010.**

NICOLAS ERVIN PÉREZ DE LEÓN

Tesis

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Para obtener el grado de
Maestro en ciencias en Ginecología y Obstetricia**

Junio 2013



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El Doctor: Nicolas Ervin Pérez de León

Carné Universitario No.: 100018995

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro en Ciencias en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis **"Vaginosi; bacteriana y amenaza de parto pretermino, Hospital Nacional Regional de Escuintla. Julio - diciembre 2010"**.

Que fue asesorado: Dr. Ricardo Cruz Arocha

Y revisado por: Dr. Edgar Fernando Chinchilla Guzmán

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para junio 2013.

Guatemala, 06 de junio de 2013


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado



Dr. Ricardo Walter García Manzo MSc.
Coordinador General a.i.
Programa de Maestrías y Especialidades


/lamo

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Escuintla, Enero 2,013

Doctor

Edgar Fernando Chinchilla Msc.

Docente Responsable

Maestría Ginecología y Obstetricia

Hospital Regional de Escuintla

Por este medio le envío informe final de Tesis. "Vaginosis bacteriana y amenaza de parto pretérmino" perteneciente al Dr. Nicolás Ervin Pérez de León. El cual ha sido

Asesorado por:

Dr. Ricardo Cruz Arocha

Sin otro particular, de usted deferentemente.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Ricardo R. Cruz Arocha
Ginecólogo y Obstetra
Col. No. 8418

Asesor Dr. Ricardo Cruz Arocha

Ginecólogo y Obstetra

Hospital Nacional Regional de Escuintla

Escuintla, Enero 2,013

Doctor

Luis Alfredo Ruiz Cruz Msc.

Coordinador General

Programa de Maestrías y Especialidades

Por este medio le envío informe final de Tesis. "Vaginosis bacteriana y amenaza de parto pretérmino" perteneciente al Dr. Nicolás Ervin Pérez de León. El cual ha sido

Revisado por:

Dr. Edgar Fernando Chinchilla Msc.

Sin otro particular, de usted deferentemente.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

DR. EDGAR F. CHINCHILLA G.
GINECOLOGO
COLEGIADO No. 8434

Dr. Edgar Fernando Chinchilla Guzmán Msc.
Coordinador Especifico de Postgrados
Jefe del departamento de Ginecología y Obstetricia
Hospital Nacional Regional de Escuintla

AGRADECIMIENTO

Agradezco a DIOS por darme la fuerza y sabiduría necesaria en la ardua pero reconfortante tarea de brindar salud a la mujer.

A los maestros de maestros, Dr. Edgar Fernando Chinchilla, Dra. Brenda Montoya, Dr. Mario Acevedo y Dr. Mazariegos por sus sinceras enseñanzas y por ser un ejemplo a seguir. Y al Dr. Ricardo cruz por su apoyo en la realización de este trabajo.

A todos los médicos de nuestro Hospital, que de alguna u otra forma nos ayudan a diario brindándonos el pan de la sabiduría.

Al hospital mismo y todo su personal por permitirme crecer en el maravilloso mundo de la ginecología y obstetricia.

A mis amigos y compañeros de estudio, cuando la amistad es verdadera el tiempo y la distancia no importan.

RESUMEN

Se estudia vaginosis Bacteriana en mujeres con amenaza de parto pretérmino. El objetivo de este trabajo fue determinar la prevalencia de vaginosis bacteriana en amenaza de parto pretérmino en mujeres embarazadas atendidas en el servicio de complicaciones perinatales del Hospital Nacional Regional de Escuintla en el período julio-diciembre 2010.

La muestra estuvo representada por (535) pacientes embarazadas con edad gestacional entre 28 a 36 semanas más seis días, por fecha de última regla y ultrasonido obstétrico. Para la recolección de la información se realizó un cuestionario tipo encuesta y para el diagnóstico de vaginosis bacteriana se tomaron muestras de exudado vaginal, las cuales fueron procesadas con técnica de Gram y examen en fresco. Resultados: En el estudio se encontró (47.29. %) padece de vaginosis bacteriana. De las pacientes con Vaginosis Bacteriana se determinó lo siguiente: El (35.41%) tenía entre 20-24 años, el (19%) con un solo embarazo, el (35%) refirió tener 2 o más parejas en toda su vida. El (53.00%) tuvo su primera relación sexual antes de los 18 años; Conclusiones: Se concluye que entre los factores de riesgo asociado a amenaza de parto pretérmino se encuentran las infecciones vaginales las cuales representan una de las principales causas, destacándose la vaginosis bacteriana, por lo que se hace necesario orientar a la población femenina que acuda a temprana edad de su embarazo a sus controles prenatales así mismo al equipo médico tomar en cuenta una evaluación completa y así poder tratar estas patologías durante el embarazo y evitar nacimientos prematuros.

INDICE

	PAG.
I. INTRODUCCION	1
III. ANTECEDENTES	2-10
III. OBJETIVOS	11
General	11
Específicos	11
IV. MATERIAL Y METODOS	12
Tipo y diseño de estudio	12
Población	12
Muestra	12
Criterios de inclusión	13
Criterios de exclusión	13
Definición y operacionalización de las variables	14
Método de recolección de datos	15
Aspecto ético	16
V. RESULTADOS	17-26
VI. DISCUSION Y ANÁLISIS	27
6.1 CONCLUSIONES	28
6.2 RECOMENDACIONES	29
VII.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	30-31
VIII. ANEXOS	32-34

INDICE DE TABLAS	No. Pag.
TABLA No. 1 Edad de pacientes con amenaza de parto pretérmino con pruebas positivas y negativas para vaginosis bacteriana.	17
TABLA No 2. Agente etiológico identificado en exudado vaginal de las pacientes con amenaza de parto pretérmino.	19
Tabla No.3 Distribución de las pacientes con vaginosis bacteriana según edad.	21
TABLA No 4. Vaginosis bacteriana y otras causas en pacientes con amenaza de parto pretérmino según número de embarazos.	22
TABLA No 5. Signos y Síntomas asociados a la vaginosis Bacteriana y amenaza de parto pretérmino.	23
Tabla. No. 6. Factores de riesgo asociadas a vaginosis bacteriana con amenaza de parto pretérmino, según número de parejas.	24
Cuadro No 7. Factores de riesgo asociadas, a vaginosis bacteriana y amenaza de parto pretérmino, según edad de primera relación sexual.	25
Cuadro No. 8 Factores de riesgo asociadas, a vaginosis bacteriana y amenaza de parto pretérmino según antecedentes de flujo vaginal.	26

INDICE DE GRAFICOS	No. Pag.
GRAFICA No. 1 Resultados de exudado vaginal tomando en cuenta a las pacientes con amenaza de parto pretérmino	18
GRAFICA No 2. Agente etiológico identificado en exudado vaginal de las pacientes con amenaza de parto pretérmino.	20
GRAFICA No.3 Distribución de las pacientes con vaginosis bacteriana según edad.	21
GRAFICA No 4. Vaginosis bacteriana y otras causas en pacientes con amenaza de parto pretérmino según número de embarazos.	22
GRAFICA No 5. Signos y Síntomas asociados a la vaginosis Bacteriana y amenaza de parto pretérmino.	23
GRAFICA No. 6. Factores de riesgo asociadas a vaginosis bacteriana con amenaza de parto pretérmino, según número de parejas.	24
GRAFICA No 7. Factores de riesgo asociadas, a vaginosis bacteriana y amenaza de parto pretérmino, según edad de primera relación sexual.	25
GRAFICA No. 8 Factores de riesgo asociadas, a vaginosis bacteriana y amenaza de parto pretérmino según antecedentes de flujo vaginal.	26

I. INTRODUCCION

El síndrome de vaginosis bacteriana conocida anteriormente como vaginitis inespecífica o leucorrea asociada a *Gardnerella*, se caracteriza por un aumento del flujo vaginal blanco mal oliente homogéneo, poco viscoso y uniformemente impregnado a células de pared vaginal, aproximadamente el 50% de todas las pacientes con vaginosis bacteriana no se queja de padecer flujo vaginal anormal (1), la asociación de infección vaginal y embarazo han sido documentados desde hace muchos años, se ha relacionado con amenaza de parto prematuro hasta un 15-20% (2) no se sabe con certeza si la vaginosis bacteriana es una infección de transmisión sexual pero el síndrome se asocia a factores de riesgo de esta, como son la existencia de varios compañeros sexuales y de un contacto con un nuevo compañero sexual, sin embargo no se ha podido identificar como agente causal a ningún microorganismo transmitido sexualmente (2). Es probable que factores poco conocidos de la actividad sexual alteren de alguna forma el medio vaginal, dando lugar a la alteración de la flora vaginal, en donde se encuentra una mayor concentración de *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma ureolyticum* y algunas bacterias anaeróbicas en el flujo de algunas mujeres con este síndrome.

La vaginosis bacteriana consideradamente anteriormente como un proceso benigno, es al parecer un factor de riesgo para el parto prematuro, la salpingitis aguda y las complicaciones neonatales y perinatales (3) la amenaza de parto pretérmino constituye un importante motivo de consulta a la emergencia obstétrica, atribuyéndose como causa infección del tracto vaginal (4) el objetivo de este trabajo fue determinar la prevalencia de vaginosis bacteriana en amenaza de parto pretérmino en mujeres embarazadas atendidas en el servicio de complicaciones perinatales del Hospital Nacional Regional de Escuintla en el período julio-diciembre 2010 y se concluye que la prevalencia de vaginosis bacteriana en este estudio es de (47.29 %).

II. ANTECEDENTES.

Antecedentes Históricos

En el 1892 Corning publicó dibujos de secreciones vaginales observando que no tenía trichomonas ni cándida y que estaban ausentes los lactobacilos atribuyendo así la causa a *Streptococos anaerobios*.

A principios de 1900 muchos investigadores sospechaban que los anaerobios jugaban un papel en la vaginosis bacterianas, sin embargo antes del 1955 cualquier descarga vaginal que no se debía a gonorrea, tricomonas o cándida se conocía como vaginitis inespecífica.

Después de 1955 la literatura científica estuvo en estado de confusión durante décadas, varios investigadores no pudieron confirmar que el *Haemophilus vaginalis* era la única bacteria aislada de la flora vaginal en mujeres con vaginosis bacteriana.

En 1980 Greenwood y Pickett con los avances en la microbiología demostraron que el *Corynebacterium vaginalis* no era una verdadera corynebacteria, porque era catalasa negativa, carecían además de membrana, por lo tanto establecieron un nuevo género; la *Gardnerella*, nombrada así en honor al Dr. L.H. Gardner quien había asociado el microorganismo con vaginitis a *Haemophilus*, clasificándose todas las cepas aisladas con un género, y una sola especie *Gardnerella vaginalis*.

En 1984, Wentron y col. Recomendaron el nombre actual del síndrome en el primer Simposio Internacional sobre vaginosis en Estocolmo.

Muchos microorganismos han sido propuestos como causa de esta enfermedad como la *Gardnerella vaginalis* y los *Streptococos anaeróbicos*. Actualmente se conoce que es de origen polimicrobiano. En 1984 se reconoce como síndrome y se adopta el nombre de vaginosis bacteriana.

Se han realizado muchas investigaciones sobre la epidemiología de las VB (vaginosis bacteriana), algunos autores las han relacionado con un historial de actividad sexual desprotegidas, embarazo, trichomoniasis y enfermedades de transmisión sexual y el uso de contraceptivos, en particular los dispositivos intrauterinos.

Las vaginosis se han ligado de forma epidemiológica con varias enfermedades y condiciones urogenitales.

La vaginosis bacteriana es un trastorno de la flora bacteriana vaginal normal, que ocasiona pérdida de lactobacilos productores de peróxido de hidrogeno y proliferación de bacterias predominantemente anaerobias, éste síndrome clínico polimicrobiano, se caracteriza por presentar una secreción vaginal anormal con disturbios en el ecosistema vaginal, con desplazamiento del lactobacilo por microorganismos anaerobios, (5) (20).

La flora vaginal es predominantemente aeróbica, con un promedio de seis especies diferentes de bacterias, siendo las más frecuentes los lactobacilos productores de peróxido de hidrogeno, la microbiología de la vagina depende de varios factores que afectan la capacidad de las bacterias para sobrevivir, entre ellas tenemos:

Ph vaginal y la disponibilidad de la glucosa para el metabolismo bacteriano.

Las secreciones vaginales normales se caracterizan por ser:

- Inodoras
- Claras o blancas
- Viscosas
- Homogéneas
- Ph ácido menor a 5.5
- No fluyen durante el examen con espéculo
- Sin neutrófilos polimorfo nucleados.

Las alteraciones de la flora bacteriana vaginal se traducen en cambios fisicoquímicos de las secreciones vaginales y en ello intervienen las características propias de la mujer y su pareja sexual. (5) (27).

La vaginosis bacteriana no es una patología nueva ya que su historia se remonta a más de 40 años y aunque es el tipo de infección vaginal más común en mujeres en edad reproductiva y representa la tercera parte de todas las infecciones vulvovaginales (6).

En 1984 Westron y colaboradores recomendaron el nombre actual del síndrome durante el primer simposio internacional sobre vaginitis en Estocolmo, Suecia basados en la revisión de los datos clínicos y microbiológicos recolectados en las décadas anteriores. Estos datos comprobaron que la enfermedad se caracteriza por una cantidad anormal de bacterias anaerobias y aerobias con predominio de las anaerobias por lo que propusieron el adjetivo

de bacteriana debido a que la enfermedad no produce un flujo de células sanguíneas blancas, el término vaginitis fue incorrecto y se propuso el término de vaginosis, de allí la enfermedad se llamó **vaginosis bacteriana** (7).

Epidemiología

Esta patología es universal, aunque antes se ignoraba por la comunidad médica o considerada como una molestia menor para las mujeres, además de los muchos problemas emocionales y físicos relacionados con la vaginosis, la pérdida económica que ha ocasionado es de proporciones relevantes, afecta tanto a mujeres en países industrializados como en poblaciones en vías de desarrollo y no se refieren diferencias en cuanto a raza u origen étnico (8) (21).

La vaginosis bacteriana es relativamente común en países occidentales, se reporta una prevalencia entre mujeres embarazadas que varía de 14 a 21%. En Asia, se reporta una prevalencia de 13.6%, Japón 15.9% y en Indonesia 18%. La prevalencia de vaginosis bacteriana es más elevada que la de cualquier otra enfermedad infecciosa durante el embarazo (como la bacteriuria asintomática, *neisseria gonorrhoea*, *chlamidia trachomatis* y *trichomonas vaginalis*) (9) (22).

Aunque la vaginosis bacteriana está asociada con la tenencia de múltiples parejas sexuales, no está claro si la enfermedad es adquirida por la introducción de un agente transmitido sexualmente. Por otro lado las mujeres sexualmente inactivas son afectadas con poca frecuencia (9).

Bacteriología de la Vaginosis Bacteriana.

La flora bacteriana de una paciente con vaginosis bacteriana difiere de forma importante a la de una mujer sana, aunque se desconoce de su patogénesis exacta, sin embargo los factores hormonales juegan un papel importante esta patología no es provocada por un solo patógeno si no que es una entidad clínica polimicrobiana, que se distingue por una alteración de la ecología microbiana normal con una proliferación de los anaerobios, pero sin respuesta inflamatoria (10) (23). En mujeres con vaginosis bacteriana la concentración de *Gardnerella vaginalis* es 100 a 1000 veces más alta que las mujeres que no la padecen, además produce succinato que es necesario para la proliferación de los anaerobios, el *Mobiluncus* y los micoplasmas se encuentran también presentes en flora anormal de las pacientes con vaginosis bacteriana (11).

Como consecuencia de los cambios y de la interacción microbiana, la flora vaginal anormal se caracteriza por presentar PH más alcalino mayor a 4,5 y se observan cantidades disminuidas de lactobacilos productores de peróxido, es típica la proliferación de: *Gardenerellavaginalis*, *molibincus*, *bacteroides*, *prevotella vivía* *peptostretococcus* y *mycoplasmahominis* (12) (24).

Ecosistema vaginal normal y vaginosis bacteriana

Parámetro	Vagina normal	Vaginosis bacteriana
Presencia de lactobacilos	Predominantemente lactobacilos	Pocos lactobacilos
Cantidad de lactobacilos	Generalmente mayor 10 organismos por gramo de tejido	10 organismos por grado de tejido
Rel/anaerobios/aerobios	2 a 5:1	100 a 1000.1
Presencia de <i>G.vaginalis</i>	5 a 60% de mujeres	95%de mujeres
Presencia de <i>mobiluncus</i>	0 a 5% de mujeres	50 a 70%de mujeres
Presencia de <i>micoplasmahominis</i>	15 a 30% de mujeres sexualmente activas	60 a 75% de mujeres

Cuadro clínico.

Las pacientes con infecciones vaginales o cervicales presentan síntomas variados, refieren principalmente una descarga desagradable. El interrogatorio en la primera visita debe dirigirse hacia la naturaleza de los síntomas y abarca una serie de problemas que pueden no ser expresados por la paciente, las respuestas a estas preguntas pueden ayudar a enfocar las posibles causas de infección y con el examen físico completar junto a los hallazgos de laboratorio el diagnóstico para la terapéutica subsecuente (10) (29).

Muchas pacientes se quejan de una descarga vaginal excesiva o que mancha su ropa interior y que tiene un olor fétido a pescado, la causa del olor es la producción de aminas debido a las múltiples bacterias en la vagina, el olor fétido puede ser marcado después de una relación sexual sin protección, debido a que el fluido seminal alcalino favorece más el olor. En general las pacientes refieren que perciben el olor al ponerse de pie o haber estado sentada por un largo periodo de tiempo (10).

Al examen físico puede hacer sospechar al médico la presencia de la enfermedad, cuando las pacientes con vaginosis bacteriana reposan en posición supina, una descarga blanda o blanca grisácea se observa en el introito, la vulva generalmente no se observa edematosa ni eritematosa (14). Al examen con espéculo se visualiza una descarga espesa, homogénea que puede ser fácilmente retirada de las paredes vaginales y el cérvix, como si se hubiera vertido un vaso de leche en ella, en la mayoría de las pacientes las secreciones vaginales tienen un olor fétido a pescado y con presencia de burbuja(10).

Criterios diagnósticos.

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 (7).

Criterios de Amsel

- 1- Flujo o descarga fina, blanca-grisácea adherente y homogéneo
- 2- Ph, vaginal superior a 4.7
- 3- Prueba de amina positiva
- 4- Presencia de células indicadoras, en preparación salina.

La presencia de dos de los cuatro criterios, prueba de amina positiva y células indicadoras, permite hacer un diagnóstico rápido de vaginosis bacteriana sin afectar la sensibilidad de acuerdo a lo propuesto por Thomasson y colaboradores (14).

Flujo homogéneo.

Cuando la paciente se encuentra en posición supina se observan descargas vaginales blancas o blancas grisáceas no inflamatorias en el introito vaginal, las cuales cubren las paredes de la vagina. La consistencia homogénea puede ser fácilmente comprobada al retirarla de las paredes vaginales con una torunda.

PH vaginal.

Se mide con un papel de pH, sujetado con pinzas e introducido en el flujo con precaución para evitar las secreciones menstruales y cervicales las cuales tienden a ser alcalinas. Es importante no emplear lubricante en el espéculo ya que el mismo, puede elevar el pH y provocar resultados negativos, el flujo también puede ser aplicado en el papel del pH con una torunda. El pH, en pacientes con vaginosis bacteriana es superior a 4.7 generalmente 5 a 6, un pH inferior excluye el diagnóstico de esta patología.

Prueba de aminas.

La amina putrescina, cadaverina y trimetilamina son producidas por la flora vaginal mezclada y se detectan cuando las secreciones vaginales se mezclan con hidróxido de potasio al 10 o 20%, se percibe un olor a aminas que recuerda el olor a pescado y no se produce en ausencia de vaginosis bacteriana, también puede encontrarse en mujeres con tricomoniasis, esta prueba empleada en forma aislada predice el diagnóstico de vaginosis bacteriana en forma exacta en un 94% de las pacientes afectadas.

Presencia de células indicadoras.

Las células indicadoras (cluecells) son células epiteliales escamosas con tantas bacterias adheridas a su superficie que el borde de las células se torna oscuro, la presencia de estas células se detecta en el examen al fresco diluyendo la secreción en 1 ml de solución salina y observándola al microscopio. Amsel y colaboradores han mostrado que una preparación húmeda positiva clara de células indicadoras significa la presencia de vaginosis bacteriana con una especificidad del 90% o más. Las pacientes con vaginosis bacteriana pueden tener células epiteliales que no son células indicadoras a pesar de su utilidad el uso de estos criterios es complejo y requiere mucho tiempo por lo que el uso del método de gram en un frotis vaginal puede cuantificar la flora microbiana y es de alta sensibilidad y especificidad y se acepta como método alternativo que ya se han usado en algunos estudios, los sistemas de calificación que sopesan números bajos o ausencia de lactobacilos con números elevados de bacilos Gram negativo (13) (28).

Evaluación microscópica

El método diagnóstico definitivo es el análisis microscópico de las secreciones vaginales en una preparación húmeda, esto permite diferenciar las secreciones normales de las de origen infeccioso. En la descarga normal de células epiteliales sobrepasan generalmente el número de leucocitos, los morfotipos de los lactobacilos sobrepasan en número a otras bacterias en el medio circundante, hay ausencia de células indicadoras, molicutes, tricomonas o yemas de levaduras o pseudohifas (14).

Por el contrario en la vaginosis bacteriana pueden aparecer células epiteliales que no son células indicadoras. Las células epiteliales por lo general sobrepasan el número de leucocitos; otras bacterias del medio sobrepasan el número de morfotipos de los lactobacilos, hay presencia de células indicadoras, mobiluncus en aproximadamente 50% y si los tricomonas se encuentran hay una estrecha relación con el diagnóstico (10) (29).

Si predominan leucocitos, el médico debe considerar la posibilidad que la paciente tenga otra enfermedad de transmisión sexual ya que la vaginosis bacteriana rara vez provoca un derrame de leucocitos. Respecto a medios de cultivo, la *Gardnerella vaginalis* se encuentra en un 5 a 60% de las mujeres sanas, por lo que el cultivo positivo, rara vez es insuficiente para diagnosticar vaginosis bacteriana sin el soporte de evidencias clínicas y otras pruebas de laboratorio.

Vaginosis bacteriana en el embarazo

La vaginosis bacteriana ha sido asociada con alteraciones perinatales importantes fundamentalmente relacionadas con la terminación del embarazo entre ellas; la ruptura de membranas ovulares, el inicio prematuro del trabajo de parto, el parto pretérmino, trastornos infecciosos como la corioamnionitis y el riesgo incrementado de endometritis posparto o post cesaréa. (15) (24) (30).

La vaginosis bacteriana se asocia con endometritis subclínica, lo que puede crear un tejido endometrial adverso para el desarrollo del embrión o del feto. Esta relación podría ser uno de los motivos por los cuales se asocia la vaginosis bacteriana o la presencia de flora vaginal intermedia con el aborto del primer trimestre de la gestación. (15) (24).

Respecto al inicio prematuro del trabajo de parto que se presenta en la vaginosis bacteriana, las especies de bacteroides y de peptostreptococos que se encuentran con frecuencia en esta patología, parecen ser las responsables de este evento al producir grandes cantidades de fosfolipasa A2 la que causa la cascada de las prostaglandinas que a su vez provoca el trabajo de parto pretérmino (15).

Vaginosis bacteriana factor de riesgo relativo de trabajo de parto pretérmino 2.6 veces más que el normal, asociado con el hallazgo de *Molibuncus* en la tinción de Gram, o aislamiento de *Mycoplasma* en la flora vaginal, las tasas relativas de nacimientos antes de término se incrementan 6 veces más, en comparación con las tasas normales (16) (25), por lo tanto la administración de antibióticos sistémicos en forma temprana podría brindar una mejor oportunidad para modificar los riesgos asociados con la flora anormal y vaginosis bacteriana (17-26).

Tratamiento

Siempre deben considerarse los posibles efectos fetales adversos de los medicamentos administrados a una mujer gestante. Por fortuna muchos de los fármacos que se emplean en el tratamiento de las infecciones cervico vaginales, han sido ampliamente utilizados en el embarazo sin efectos adversos evidentes.

El tratamiento consiste en eliminar las manifestaciones clínicas de infección vaginal, por lo que toda mujer con sintomatología requiere tratamiento durante el embarazo, así mismo indicar tratamiento a embarazadas asintomáticas de alto riesgo de amenaza de parto pretérmino o bajo riesgo con sintomatología (18).

Los siguientes regímenes terapéuticos son recomendados para el tratamiento de la vaginosis bacteriana.

Medicamento	Dosis	Duración
Metronidazol	500 mg. Oral, 2 veces al día	7 días
Clindamicina 2% crema	5 grs. Intravaginal al acostase	7 días
Metronidazol crema 0.75%	5 grs. Intravaginal 2 veces al día	5 días
REGIMENES ALTERNATIVOS		
Metronidazol	2 gramos vía oral	Dosis única
Clindamicina	300 mg. Vía oral cada 8 horas	7 días

El metronidazol oral ha demostrado ser un antibiótico con actividad excelente contra los microorganismos anaerobios, pero con actividad deficiente contra los lactobacilos restableciendo la flora vaginal normal, la eficacia del metronidazol como tratamiento de la vaginosis bacteriana en sus diversos esquemas terapéuticos ha sido evaluada en diferentes estudios, observándose altas tasas de de curación en comparación con otros antibióticos como la amoxicilina y eritromicina (19)

En 1992 se publicó en la revista British Medical Journal un meta análisis en el que compararon varios grupos de tratamiento con metronidazol oral.

Grupo A. dosis única 2 gramos vía oral

Grupo B. 2 gramos al día por 2 días

Grupo C 2 gramos al día por 5 días

Grupo D 2 gramos al día por 7 días

Se obtuvieron tasas de curación de 85% para el grupo A, 87% para el grupo B, 86% para el grupo c y 87% para el grupo D (20).

Los efectos adversos de la administración sistémica de metronidazol incluyen; náusea, vómitos, anorexia, sabor metálico en la boca y cefalea, se puede producir también reacciones tipo desulfuran, por lo que es necesario indicar la abstinencia alcohólica durante el tratamiento (20). El tratamiento con metronidazol intenta minimizar los posibles efectos sistémicos que produce el fármaco, incluyendo los que afectan al feto en caso de gestación, el metronidazol en crema al 0.75%, se ha mostrado con buena alternativa a la terapia oral con el mismo fármaco ya que es bien tolerado y produce menos efectos secundarios, con tasas de curación que oscilan entre 80 y 95%(19).

Estudios realizados con metronidazol durante el embarazo no son concluyentes sobre su teratogenicidad, pero en ninguno de ellos se han diagnosticado efectos del fármaco relacionados con malformaciones.

La clindamicina es otro fármaco utilizado como tratamiento en la vaginosis bacteriana vía oral o tópica con muy buenos resultados y sin producir las molestias gastrointestinales del metronidazol. Algunos investigadores empezaron a utilizar clindamicina oral como alternativa al metronidazol por su acción frente a anaerobios, iniciando tratamiento con 300 miligramos vía oral tres veces al día por siete días, consiguiendo tasas de curación del 94%. En estudios posteriores se emplearon 450 miligramos con la misma frecuencia y también se obtuvieron tasas de curación del 88% (19). Kurtiner R. y colaboradores, en un estudio publicado en el 2000, demostraron que el tratamiento con clindamicina intravaginal durante el embarazo, erradicó la vaginosis bacteriana, pero no redujo el riesgo de parto pretérmino, posiblemente debido a que las drogas intravaginal pueden no ser efectivas contra los organismos que se encuentran en la cavidad endometrial (17).

El uso de clindamicina tópica reduce la absorción sistémica disminuyendo así el riesgo durante el embarazo, al comparar el tratamiento oral con del metronidazol contra la clindamicina vaginal, tanto por los aspectos clínicos como bacteriológicos (17).

III. OBJETIVOS:

3.1.GENERAL.

3.1.1. Determinar la prevalencia de Vaginosis Bacteriana en mujeres con Amenaza de Parto Pretérmino, en el Hospital Nacional Regional de Escuintla. Julio-diciembre 2010.

3.2. ESPECIFICOS.

3.1 .1 Determinar la prevalencia de vaginosis bacteriana y amenaza de parto pretérmino tomando en cuenta los factores de riesgo.

3.2.2. Realizar análisis de resultados de exudados vaginales para confirmar diagnóstico de vaginosis bacteriana

3.2.3. Establecer si existe relación entre número de parejas sexuales en vaginosis bacteriana.

3.2.4. Determinar la frecuencia de vaginosis bacteriana con la frecuencia de otros gérmenes causales de flujo vaginal.

IV. MATERIAL Y METODOS

4. TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo transversal.

4.1. POBLACION

- Mujeres gestantes de 28 a 36 semanas y seis días, por fecha de última regla y ultrasonido obstétrico, que consultaron al servicio de la emergencia Obstétrica y que fueron ingresadas al servicio de complicaciones perinatales por amenaza de parto prematuro, al Hospital Nacional Regional de Escuintla.

4.2. MUESTRA

- Mujeres gestantes que consultaron al servicio de la emergencia y que fueron ingresadas al servicio de complicaciones perinatales del Hospital Nacional Regional de Escuintla por amenaza de parto prematuro.

4.3. CRITERIOS DE INCLUSION

- Mujeres gestantes con embarazo de 28 a 36 semanas y seis días, semanas establecidas por fecha de última regla y ultrasonido obstétrico antes de las 20 semanas.
- Que estén cursando con amenaza de parto pretérmino.
- Pacientes que acepten ser incluidas en el estudio.
- Que no se haya sido tratada por vaginosis y parto pretérmino en este embarazo.
- Membranas ovulares intactas.
- Sin hemorragia vaginal

4.4. CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes gestantes que estén con más de 37 y menos de 28 semanas de gestación establecidas por fecha de última regla y ultrasonido realizado antes de las 20 semanas.
- Pacientes que refieran haber sido tratadas por flujo vaginal y amenaza de parto pretérmino siete días antes de consultar al servicio por amenaza de parto pretérmino y flujo vaginal.
- Pacientes que no acepten ser incluidas en el estudio.

4.5 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Concepto	Escala de valor	Instrumento
Diagnóstico vaginosis bacteriana,	Síndrome clínico en la cual el equilibrio bacteriano normal en la vagina se ve alterado.	No. de pacientes.	Boleta de recolección de datos
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento	Menos de 15 años 15-19 años 20-29 años 30-39 años 39 a más años	Boleta de recolección de datos
Edad inicio relaciones sexuales	Tiempo transcurrido desde la primera relación sexual en años.	Menos de 18 años Más de 18 años	Boleta de recolección de datos
Número de Compañeros sexuales	Número de individuos con los que ha tenido relaciones sexuales	-1 -2 Más de 3	Boleta de recolección de datos
Semanas de gestación	Edad de embarazo en semanas de acuerdo a la amenorrea o datos de ultrasonido	28-31 32-34 35-36.6	Boleta de recolección de datos
Manifestaciones clínicas	Signos y síntomas presentes en la paciente	Prurito Dispareunia Disuria Cérvix en frambuesa	Boleta de recolección de datos
Características de la leucorrea	Aspecto macroscópico de la secreción vaginal	Cantidad Color Fetidez Aspecto	Boleta de recolección de datos
Agente etiológico	Microorganismo asociado a la infección cèrvico vaginal identificado por los diferentes medios diagnósticos	Gardnerella Tricomona vaginal Cándida albicans Otros-	Resultado de exudado vaginal, KOH, Citología,

4.6 METODO DE RECOLECCION DE DATOS.

Técnica de Obtención de la Información:

La recolección de datos se obtuvo mediante interrogatorio tipo encuesta a todas las pacientes ingresadas en el servicio de complicaciones perinatales del Hospital Nacional Regional de Escuintla de julio-diciembre 2010.

A todas las pacientes ingresadas se les tomaron muestras del tracto genital y el procesamiento de las mismas se efectuó en el laboratorio clínico del mismo centro asistencial.

El método utilizado para la toma de muestra del tracto genital previa inserción de espéculo estéril en la vagina de cada paciente se introdujeron secuencialmente cuatro hisopos esteriles evitando contaminar la muestra con secreción del orificio cervical, el primero para la realización del frotis mediante la técnica de Gram, los tres restantes, uno se utilizó para el examen en fresco, el otro para la muestra que se envió a patología y el ultimo en laminilla se le mesclaron dos gotas de KOH al 10% para identificar el olor a pescado. En cada paciente se examinó la presencia y tipo de secreción igualmente se practicó la medición del Ph del flujo vaginal el se introdujo en la descarga vaginal evitando secreción hemorrágica la cual tiende a ser alcalina, así mismo no se empleo lubricante en el espéculo ya que éste puede elevar el Ph y dar resultados falsos. El examen de la secreción al fresco para la búsqueda de células claves, trichomonas y levaduras.

Procesamiento:

Los datos fueron procesados utilizando el programa Excel 2007. La presentación de los resultados se realizo de forma descriptiva mediante tablas de distribución de frecuencias proporcionadas por el programa. Los datos obtenidos en la boleta de recolección de información de cada una de las pacientes se tabularon y vaciaron en una hoja de Excel creando para este proceso una base de datos.

Luego de la tabulación los datos se presentaron en tablas y graficas para su posterior análisis.

4.7 ASPECTO ETICO

Este estudio se realizó con la previa autorización a través de un consentimiento informado el cual se presentó a cada paciente en forma clara, el objetivo fue hacerle ver a la paciente que este estudio no representa ningún riesgo para ella o para su bebe, y que con estos resultados se determina la presencia de vaginosis bacteriana y sus factores de riesgo en amenaza de parto pretérmino.

V. RESULTADOS

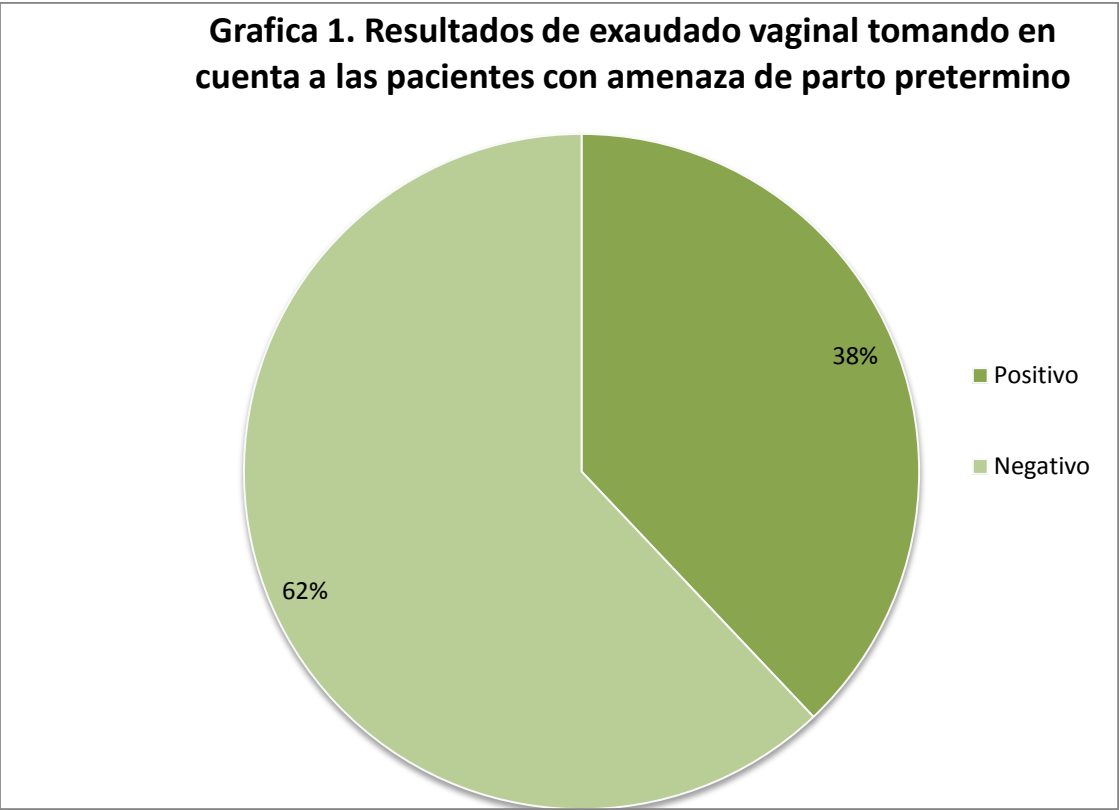
Tabla No. 1 Edad de pacientes con amenaza de parto pretérmino con pruebas positivas y negativas para vaginosis bacteriana.

Edades de las pacientes que ingresaron por la emergencia de maternidad al servicio de complicaciones perinatales, Hospital Nacional Regional de Escuintla. Por amenaza de parto pretérmino y se les realizó estudios para determinar vaginosis bacteriana. Periodo julio –diciembre 2010.

EDAD	POSITIVO	%	NEGATIVO	%	TOTAL	%
Menos de 15 años	4	0.75	21	3.99	25	4.75
15-19 años	49	9.19	67	12.59	116	21.78
20-24 años	62	11.58	88	16.59	150	28.17
25-29 años	48	8.42	81	15.29	129	23.70
30-34 años	28	5.23	53	9.99	81	15.22
35-39 años	12	2.29	18	3.39	30	5.63
Mas 40 años	0	0.0	4	0.75	4	0.75
Total	203	37.94	332	62.06	535	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

Grafica 1. Resultados de exudado vaginal tomando en cuenta a las pacientes con amenaza de parto pretérmino.



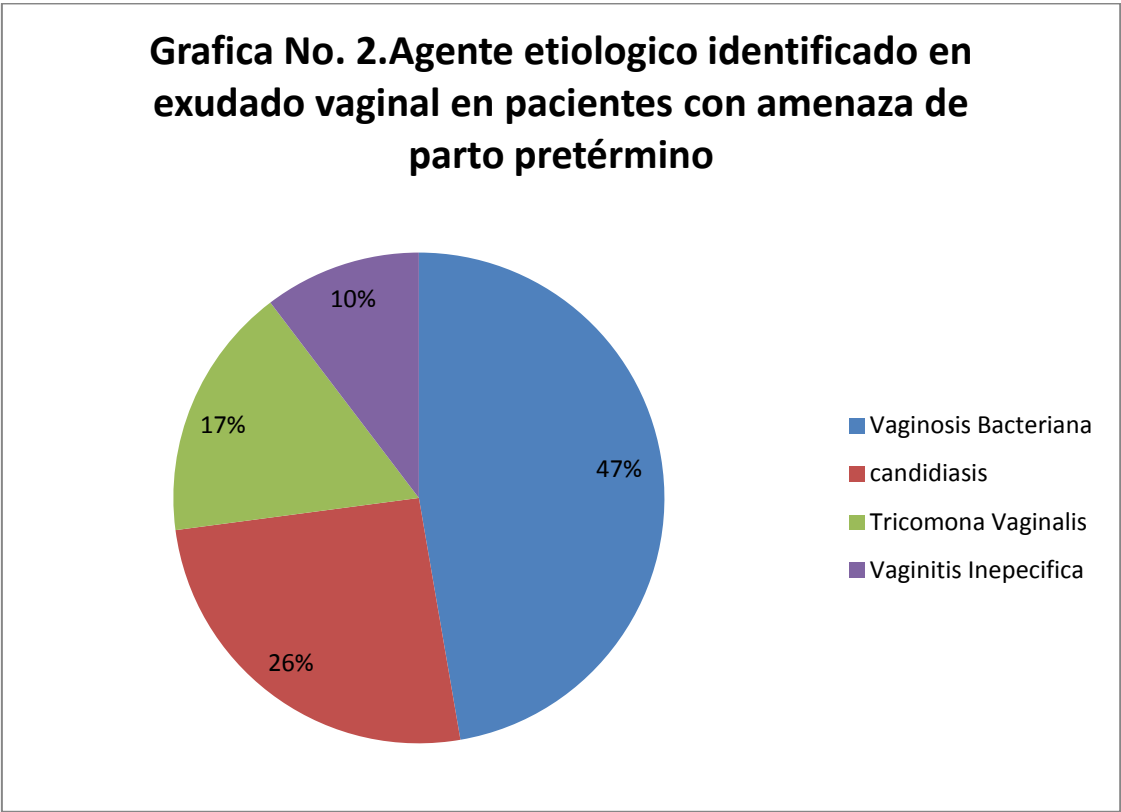
Fuente: Cuadro No. 1

TABLA No 2. Agente etiológico identificado en exudado vaginal de las pacientes con amenaza de parto pretérmino.

Resultados	Frecuencia	%
Vaginosis Bacteriana	96	47.29
Candidiasis	52	25.62
Tricomonavaginalis	34	16.75
Vaginitis inespecífica	21	10.34
Total	203	100.00

Fuente: boleta de recolección de datos

Grafica No. 2 Agente etiológico identificado en exudado vaginal en las pacientes con amenaza de parto pretérmino

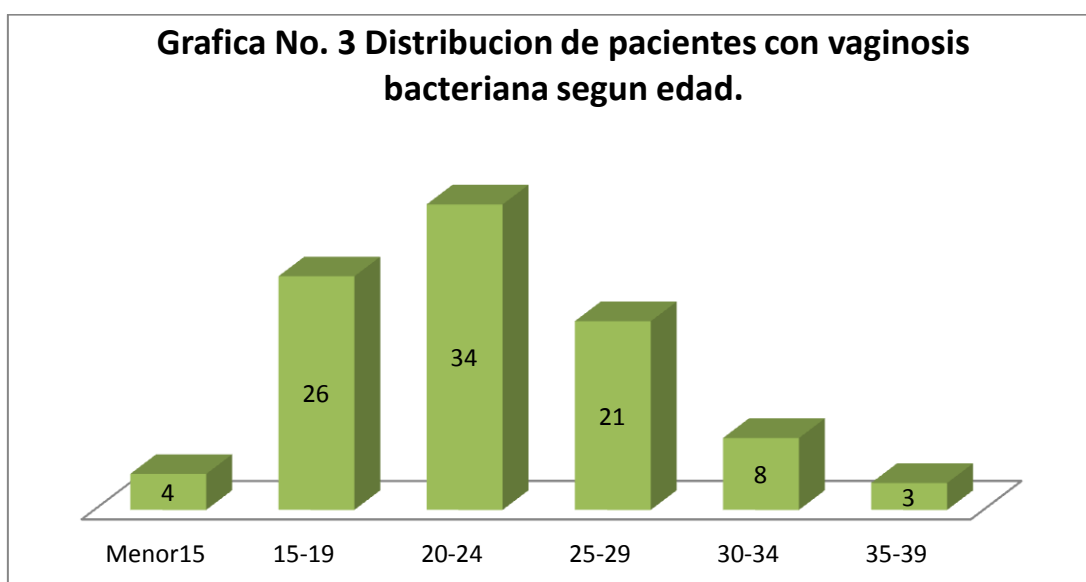


Fuente: Cuadro No.2

Tabla No.3 Distribución de las pacientes con vaginosis bacteriana según edad.

Edad en años	Vaginosis bacteriana	%
Menor15	4	4.16
15-19	26	27.06
20-24	34	35.41
25-29	21	21.85
30-34	8	8.32
35-39	3	3.20
Total	96	100

Fuente: boleta de recolección de datos



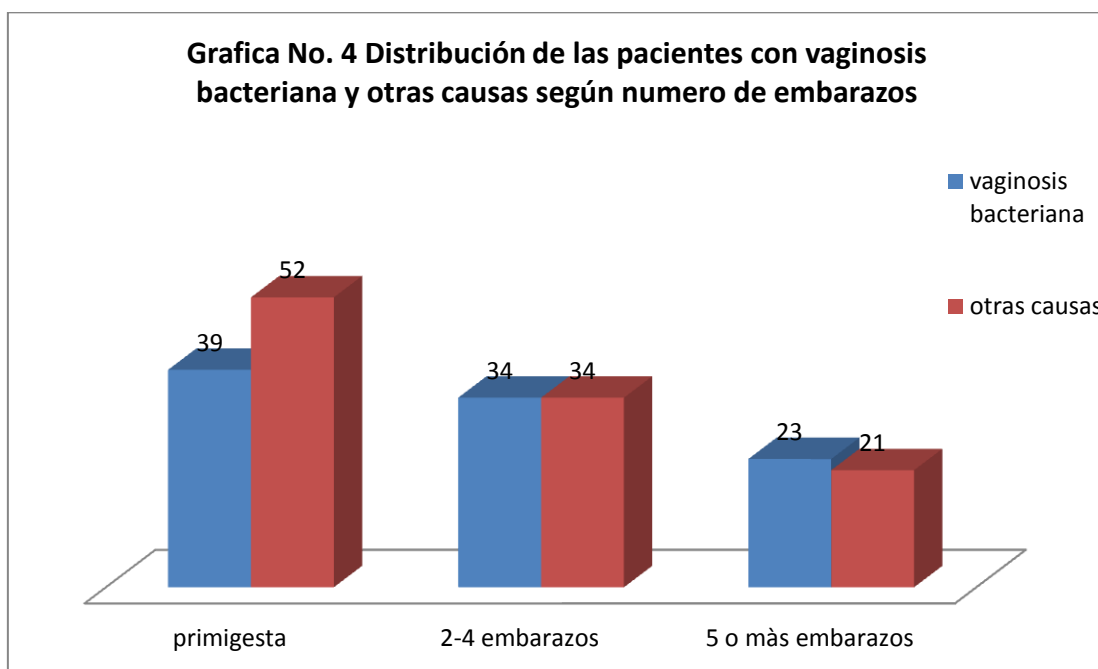
Fuente: cuadro No. 3

TABLA No 4. Vaginosis bacteriana y otras causas en pacientes con amenaza de parto pretérmino según número de embarazos.

Número de embarazos	Vaginosis bacteriana	%	Otras causas	%	Total	%
Primigesta.	39	19.00	52	25.62	91	44.62
2 a 4 embarazos	34	17.00	34	17.04	68	34.04
5 o mas embarazos	23	11.00	21	10.34	44	21.34
TOTAL	96	47%	107	53%	203	100%

Fuente: boleta de recolección de datos

Grafica No. 4 Distribución de las pacientes con vaginosis bacteriana y otras causas según número de embarazos



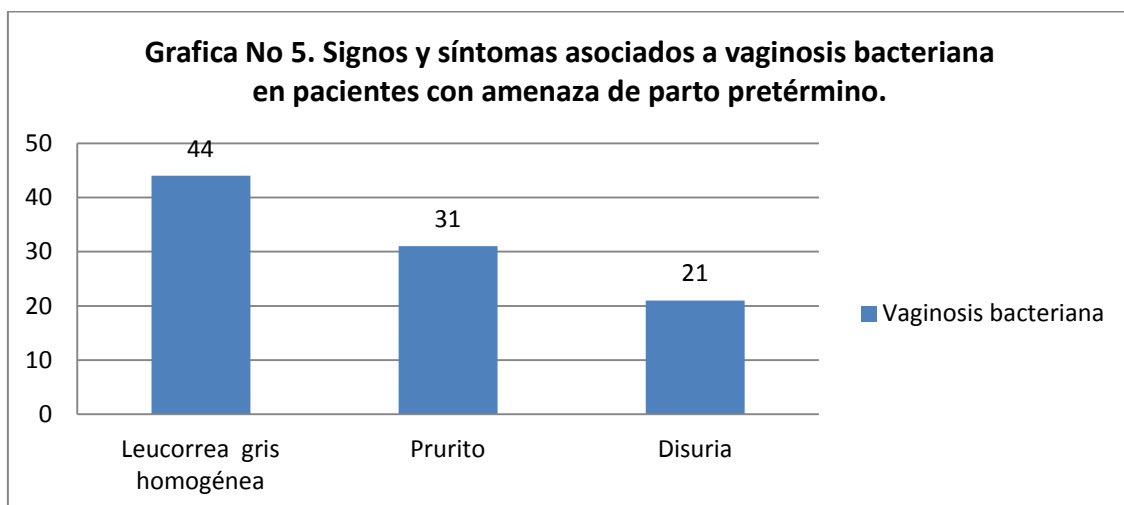
Fuente: Cuadro No. 4

TABLA No 5. Signos y Síntomas asociados a la vaginosis Bacteriana y amenaza de parto pretérmino.

Síntomas	Vaginosis bacteriana	%
Leucorrea gris homogénea	44	45.84
Prurito	31	32.30
Disuria	21	21.86
Total	96	100

Fuente: boleta de recolección de datos

Grafica No 5. Signos y síntomas asociados a vaginosis bacteriana y otras causas en pacientes con amenaza de parto pretérmino.



Fuente: Cuadro No. 5

Tabla. No. 6. Factores de riesgo asociadas a vaginosis bacteriana con amenaza de parto pretérmino, según número de parejas.

Factor de riesgo	Escala de medición	Vaginosis bacteriana	%
Numero de parejas	1	62	65
	2 o mas	34	35
total		96	100

Grafica No. 6 Grafica No. 6 Factores de riesgo asociadas, a vaginosis bacteriana y amenaza de parto pretérmino, según numero de parejas.

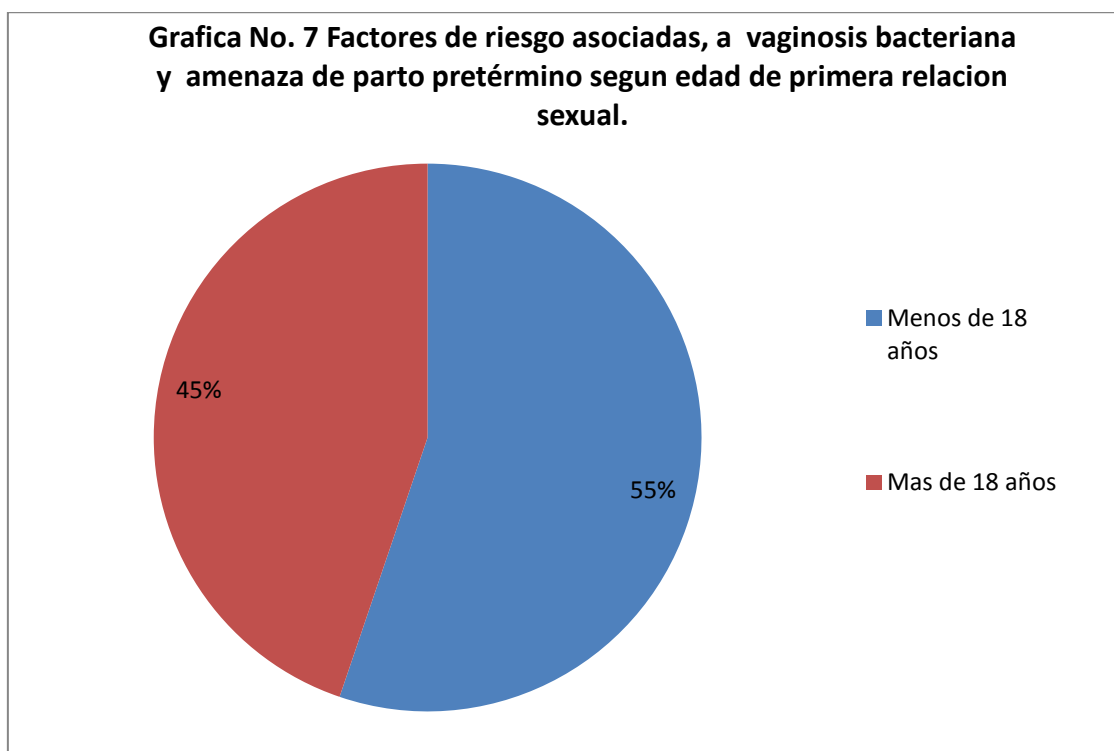


Fuente: Cuadro No. 6

Cuadro No 7. Factores de riesgo asociadas, a vaginosis bacteriana y amenaza de parto pretérmino, según edad de primera relación sexual.

Factor de riesgo	Escala de medición	Vaginosis bacteriana	%
Primera Relación Sexual.	Menos 18 años	53	55.20
	Mas de 18 años	43	44.80
total		96	100

Grafica No. 7



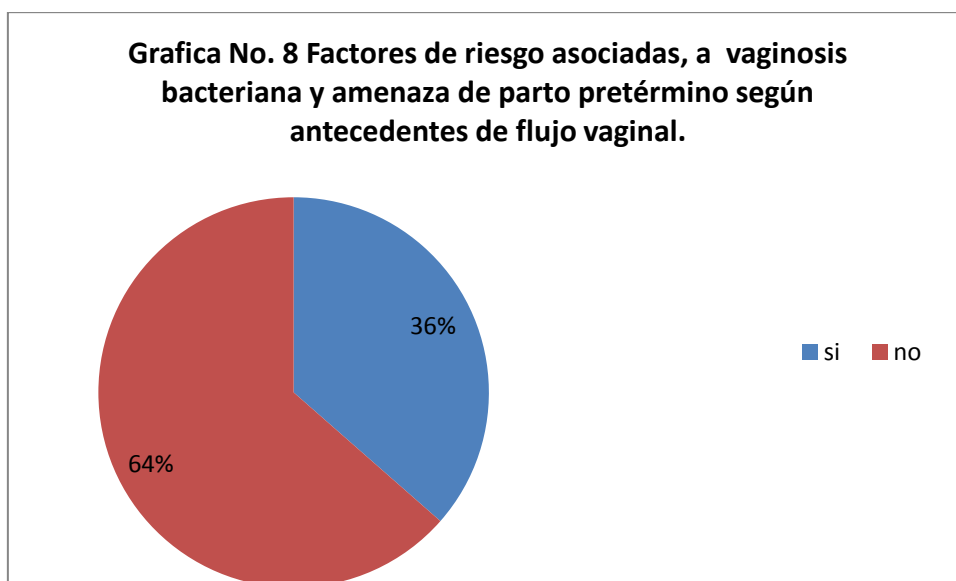
Fuente: Cuadro No. 7

Cuadro No. 8 Factores de riesgo asociadas, a vaginosis bacteriana y amenaza de parto pretérmino según antecedentes de flujo vaginal.

Factor de riesgo	Escala de medición	Vaginosis bacteriana	%
Antecedentes de flujo vaginal	Si	35	36.46
	No	61	63.54
total		96	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

Grafica No. 8 Grafica No. 8 Factores de riesgo asociadas, a vaginosis bacteriana y amenaza de parto pretérmino según antecedentes de flujo vaginal.



Fuente: Cuadro No. 8

VI. DISCUSION Y ANALISIS

Los resultados demuestran lo encontrado en la literatura, en cuanto a que la vaginosis bacteriana se encuentra entre las dos primeras causas de infección vaginal en mujeres con amenaza de parto pretérmino. En este estudio se demostró que la prevalencia de la vaginosis bacteriana es de (47.29%). La vaginosis bacteriana se presenta con una frecuencia elevada en pacientes con amenaza de parto pretérmino, (11). Algunos autores coinciden que se debe a una infección ascendente subclínica de las membranas ovulares, lo que desencadena el trabajo de parto pretérmino (24).

De las 96 pacientes con vaginosis bacteriana el (36.46%) responde haber tenido alguna vez en sus vida infección vaginal.

Estos datos, revelan que no es necesario padecer infección vaginal antes del embarazo para presentar amenaza de parto pretérmino asociado a infección vaginal, ya que predominan quienes no lo han padecido.

Hay que tomar en cuenta que esta información es referida, y no hay un parámetro, como un estudio que lo documente por lo que sería interesante hacer más estudios al respecto.

La vaginosis bacteriana es una de las infecciones mas frecuentes durante el embarazo y se ha detectado en 47.29 % de las gestantes.

Las edades varían de acuerdo a las características culturales de cada población en este estudio el mayor porcentaje lo constituyo la población de 20 a 24 años con un porcentaje (35.44%). Esto demuestra que nuestra población es eminentemente joven. Otro factor de riesgo es ser primigesta que asociada a la infección vaginal aumenta el riesgo de partos prematuros.

Varios autores coinciden que la vaginosis bacteriana se encuentra en pacientes con múltiples parejas sexuales durante su vida (11) en este trabajo no se pudo evidenciar, ya que esta información fue referida por la paciente, y es una pregunta de carácter íntimo, por lo que pudo haber generado cierto grado de sesgo. Ya que el (65.00%)-refirió tener una sola parejas sexual en toda su vida.

Otro punto a tomar en cuenta es que de la 535 muestras de exudado vaginal estudiadas. 21 tuvo infección inespecífica asociada a otros agentes causales.

6.1. CONCLUSIONES

En este estudio se determinó que la prevalencia de vaginosis bacteriana en mujeres con amenaza de parto pretérmino, en el Hospital Nacional Regional de Escuintla en el periodo de Julio-diciembre 2010 fue de (47.29%). Esto no coincide con la literatura internacional la cual se mantiene dentro del parámetro (15-20%), esto nos hace pensar que la población tiene poco conocimiento sobre esta patología así como los mecanismos necesarios para su prevención dentro del programa materno infantil.

Entre los factores de riesgo asociados a vaginosis bacteriana y amenaza de parto pretérmino se identificaron los siguientes; primera relación sexual en menores de 18 años fue de (52.20 %,) seguida de antecedentes de flujo vaginal con 36.46% siendo estos los más relevantes del estudio.

En base a los resultados de los exudados vaginales se determinó que los gérmenes *Cándida albicans* estuvo presente en un (25.61%) *Tricomonavaginalis* en un 16.75% y

Vaginitis inespecífica en un (10.34%). Conocer esto puede ser de utilidad para realizar un diagnostico temprano durante el embarazo para brindar una mejor oportunidad para modificar los riesgos asociados con la flora anormal y vaginosis bacteriana

En el presente estudio se determinó que no existe relación entre número de parejas sexuales de las mujeres que presentaron vaginosis bacteriana y amenaza de parto pretérmino, en el Hospital Nacional Regional de Escuintla en el periodo de Julio-diciembre 2010.

6.2. RECOMENDACIONES

La población que presenta amenaza de parto pretérmino tiene poco conocimiento sobre vaginosis bacteriana así como los mecanismos necesarios para su prevención dentro del programa materno infantil por lo que se recomienda elaborar programas educativos en atención primaria para disminuir la sexualidad precoz y embarazo en la adolescencia.

Para contribuir a disminuir los factores de riesgo asociados a vaginosis bacteriana y amenaza de parto pretérmino se recomienda la promoción del retraso en el inicio de las relaciones sexuales especialmente en la adolescencia, además de cambiar la cultura de buscar ayuda ante la presencia de flujo vaginal durante el embarazo.

En base a los resultados de los exudados vaginales se determinó la presencia de gérmenes causantes de vaginosis bacteriana por lo que se recomienda que a toda paciente con amenaza de parto pretérmino que consulte a la emergencia y que ingrese a cuidados perinatales, hacerle todos sus complementarios de laboratorios para diagnóstico temprano de vaginosis bacteriana.

Se recomienda realizar estudios posteriores para determinar si existe relación entre número de parejas sexuales de las mujeres que presenten vaginosis bacteriana y amenaza de parto pretérmino, para documentarlo y conocer más de este tema.

Se recomienda que todo médico que ingrese a una paciente con flujo vaginal y amenaza de parto pretérmino, debe de incluirlo dentro de sus diagnósticos en la papeleta de ingreso. Según el CIE10, de esta forma se evitará el subregistro en el departamento de estadística.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Calderón y Arredondo, J, complicaciones vaginales no inflamatorias durante la gestación. Infectología perinatal, primera edición. Editorial Trilla ,México D.F.1991.
2. Usandizaga, J y de la Fuente parto pretérmino Tratado de Obstetricia y Ginecología. Mc Graw Hill Interamericana, Madrid España. (2007)
3. Gelbart, S (1990) Current Concepts; Bacterial Vaginosis. Editorial The Upjohn Company, segunda Edición Kalamazoo, Michigan, 162-165.
4. Charles, (1994) Vaginosis durante la gestación; consecuencias y tratamiento, infecciones Obstétricas y perinatales, primera edición Madrid España, Editorial Mosby/Doima Libros.
5. Bartlett JG, O Anderson AB, Drude. Quantitative bacteriology of the vaginal flora. J infect Dis, 1987 136,271.
6. Sweet RL, infection Disease of the female genital tract, second ed. Baltimore, MD Williams y Wilkins 1990.
7. Westrom L. Taxonomy of Vaginal bacterial: a definition Upala, stockholm, Sweedem 1984.
8. Kent HI, Epidemiology of vaginitis. Am Obstet Gynecol: 1991-165
9. CDC 1998, guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. MMWR Morb Mort Wkly 1998.
10. Thomason JL y col, Bacterial Vaginosis: current review with indications for asymptomatic therapy Am J Obstet Gynecol 1998, mar 178.
11. Shapova E, Borisov, the bacterial vaginosis problema II, the microbiology of bacterial vaginosis, 1996. 15-37-9
12. Amsel R, y col. Non specific vaginosis: diagnostic criteria and microbia and epidemiology association, Am J med 1983. 74-22.
13. Hay PE, Taylor Robinson D. Defining Bacterial vaginosis to BV, that is the question. Int J STD AIDS 1996 JUL 233-5
14. Majeroli BA Bacterial vaginosis: an update. AM Fam Physician 1998 mar 15- 57 1285-9.
15. Chain W. the relations between bacterial vaginosis and preterm birth, a review. Arch gynecol obstet 1997. 259-51.
16. Kimberly DF, Andrew WW bacterial vaginosis association with adverse pregnancy outcome, semin perinatal 1998 Aug, 22 242-50

17. Kurkinen R, Vuopala. A randomised controlled trial of vaginal clindamycin for early pregnancy bacterial vaginosis. *Obstetgynecol* 2000, 107 1427.
18. McDonald et. Intervenciones para el tratamiento de la vaginosis bacteriana. Revisión Cochrane. Nov. 2006.
19. British Medical Journal Bacterial Baginosis; metaanalysis review 2004.318.548.
20. Botero, U, Henao, G. Tratado de Obstetricia y Ginecología, Séptima edición. Bogotá Colombia.2004.pagina 72-73.
21. SchwarczR.FescinaR.M. Obstetricia. edición el ateneo. Buenos aires Argentina, 2005.pag.329.
22. Gabbe.S.G. Obstetricia. Cuarta edición, editorial Marban, Madrid España. 2006. paginas.1293-1294.
23. Berek, J, S, Ginecología de Nobak. 13 edición, McGraw Hill, Interamericana, México 2004.pag. 372-373.
24. Klein L.L. Gibbs, R, S, infección y parto pretérmino, clínicas de Norte América, pagina 403-404. Año 2005. Vol. 32 numero.3.
25. Bankouski.B.J.Ginecocolgia y Obstetricia, JonhsHopins, segunda edición, editorial Marban, 2005. Página 294-296.
26. SchorgeJ.O, Schafer J, Bradshaw K, CunninhamFG. Ginecología de Williams, MacGraw Hill Interamericana, Madrid España 2008.página.50
27. Balbochan.E, obstetricia de Williams, edición médica panamericana 2002.pagina 600.
28. Salas O. infección cervicovaginal y parto pretérmino, universidad de chile, Departamento de Ginecología Y Obstetricia Hospital de san Borja. 2005.
29. Ulloque de la paz.J.A. Vaginosis Bacteriana y su repercusión en la salud reproductiva, clínica de la costa, perinatología y asociados, Barranquilla Colombia.2002.
30. Ministerio de Salud Publica Y asistencia Social, República de Guatemala, Guías para implementación de la atencion integral Materna y Neonatal, amenaza de parto pretérmino. Año 2011.

VIII. ANEXOS

ANEXO No.1

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
PROGRAMA DE POSTGRADO.
HOSPITAL NACIONAL REGIONAL DE ESCUINTLA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA. _____

La vaginosis bacteriana, es una enfermedad que se ha evidenciado en estudios que esta asociado a amenaza de parto pretérmino.

Debido a que no hay información, de que se haya hecho un estudio en este hospital, se realizara un estudio para verificar cual es el germen mas frecuente de vaginosis bacteriana y así dar una respuesta rápida alas pacientes que cursen con vaginosis bacteriana en amenaza de parto pretérmino.

RIESGOS:

No hay ninguno ya que únicamente se tomará una prueba de secreción vaginal para estudio. La cual será procesada y analizada en el laboratorio.

DECLARACION

He leído o se me ha leído el contenido de este documento, me han dado suficiente información en cuanto a mi participación en esta investigación y me ha dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta, las cuales han sido contestadas a mi entera satisfacción.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación

FIRMA O HUELLA DIGITAL

NO. DE EXPEDIENTE CLINICO

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION

- 1- Nombre_____
- 2- No. Expediente clínico_____
- 3- Edad de la paciente: menos de 19 años () 20 a 29 años () 30 a 39() mas de 39 años ().
- 4- Antecedentes de flujo vaginal. Si() no()
4. Edad en que inicia relaciones sexuales
 - a- Antes de 18 años ()
 - b- Después de 18 años ().
5. Semanas de gestación, por ultima regla o ultrasonido obstétrico que inicia con síntomas, 28-31() 32-34() 35-36.6 ().
6. Antecedentes de sintomatología de flujo vaginal, si () no().
7. Numero de compañeros sexuales 1()2 o mas().
8. Manifestaciones clínicas de ingreso
 - a. Disuria si () no ()
 - b. Prurito, si () no ()
 - c. Dispareunia, si () no ()
 - d. Ningún síntoma si () no ()
10. .Características de la leucorrea.
 - a. Color, blanco () verde () amarillo () otro Cual._____
 - b. Fetidez, si () no()
 - c. Aspecto, turbio()grumoso() homogéneo()
11. Agente etiológico mas frecuente identificado por varios métodos diagnósticos,
 - a. Gardenerella ()
 - b. Cándida albicans()
 - c. Tricoloma()
 - d. Otros. () cual_____.

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir parcial o totalmente el trabajo y por cualquier medio la tesis titulada **“vaginosis bacteriana y amenaza de parto pretérmino, Hospital Regional de Escuintla Julio-Diciembre 2010”**. Para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos del autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción parcial o total.