



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**FRECUENCIA DE INFECCIÓN PUERPERAL EN
GESTANTES A TÉRMINO CON DIAGNÓSTICO
CITOLÓGICO DE VAGINOSIS BACTERIANA EN LA
CLÍNICA ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN DEL
CALLAO**

**PRESENTADA POR
JUAN AMILCAR TINOCO SOLÓRZANO**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

LIMA – PERÚ

1998



Reconocimiento - No comercial

CC BY-NC

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, y aunque en las nuevas creaciones deban reconocerse la autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN DE PORRES
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**FRECUENCIA DE INFECCIÓN PUERPERAL EN GESTANTES
A TÉRMINO CON DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO DE
VAGINOSIS BACTERIANA EN LA CLÍNICA ALBERTO
SABOGAL SOLOGUREN DEL CALLAO**

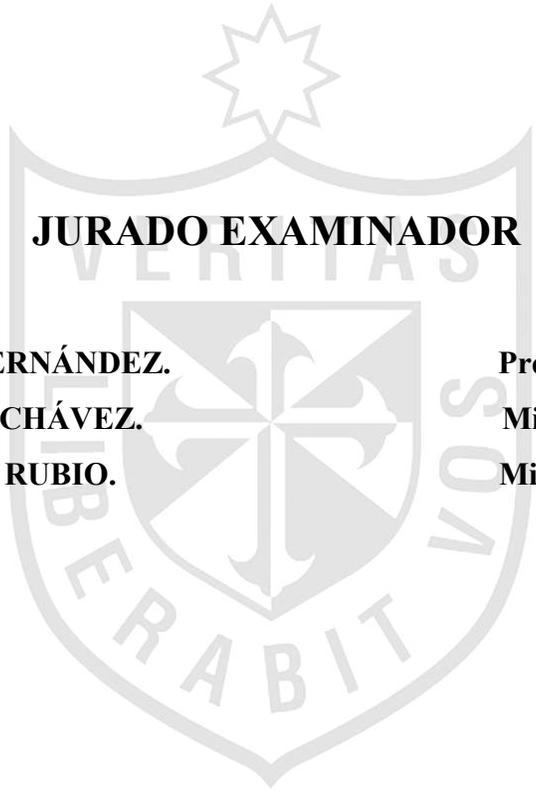
TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE: MEDICO CIRUJANO

JUAN AMILCAR TINOCO SOLÓRZANO
BACHILLER EN MEDICINA

LIMA - PERÚ

1998



JURADO EXAMINADOR

Dr. JUAN AFIBAIZA FERNÁNDEZ.

Presidente del jurado.

Dr. MANUEL ACOSTA CHÁVEZ.

Miembro del jurado.

Dr. ROGGER VERONA RUBIO.

Miembro del jurado

ASESORES

DR. CÉSAR VELA VELÁSQUEZ,.

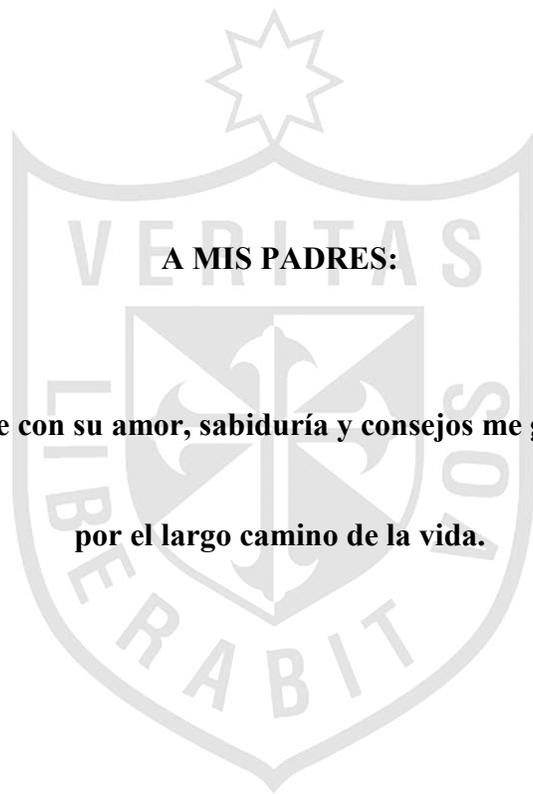
ASISTENTE DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA
DE LA CLÍNICA ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN DEL CALLAO.

DR. EFRAIN LÓPEZ AYALA.

ASISTENTE DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE LA CLÍNICA
ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN DEL CALLAO.



DEDICATORIA

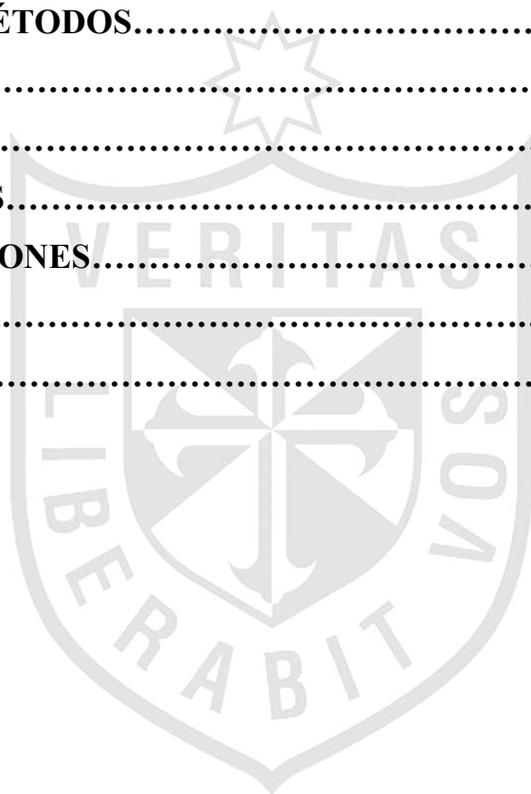


A MIS PADRES:

**Que con su amor, sabiduría y consejos me guían
por el largo camino de la vida.**

INDICE

	Pág.
I.- RESUMEN.....	01
II. SUMMARY.....	04
III.- INTRODUCCIÓN.....	07
IV.- MATERIAL Y MÉTODOS.....	12
V.- RESULTADOS.....	16
VI- DISCUSIÓN.....	19
VII- CONCLUSIONES.....	24
VII- RECOMENDACIONES.....	26
VIII.-BIBLIOGRAFÍA.....	28
IX.- ANEXOS.....	36



I.- RESUMEN

La infección puerperal es una entidad que se desarrolla en el tracto genital después del parto y está caracterizada por fiebre mayor de 38 °C asociada a dolor uterino y loquios fétidos, que aparece durante dos días consecutivos en el curso de los diez primeros postparto, excluyendo las primeras veinticuatro horas. La frecuencia de la infección puerperal es de 5 a 15 %. Las bacterias responsables reflejan la microflora de la vagina con unas cuantas excepciones.

La vaginosis bacteriana es una entidad común en la mujer sexualmente activa, que resulta de una serie de alteraciones de la flora bacteriana aerobia y anaerobia que lleva a una disminución de los lactobacilos y un aumento especialmente de los organismos aerobios gramnegativos, lo cual se traduce en cambios fisicoquímicos de las secreciones vaginales.

Muchos estudios han relacionado la vaginosis bacteriana y la infección puerperal pero, la mayoría se hicieron en gestantes que finalizaron su embarazo en una operación cesárea. También se ha demostrado la relación de la vaginosis bacteriana y la ruptura prematura de membrana y el parto pretérmino, sin embargo no se ha encontrado un estudio que relacione estas dos entidades en gestantes a término que finalizaron su embarazo en un parto normal.

El objetivo de esta investigación era conocer si existe relación entre la vaginosis bacteriana y la infección puerperal, para lo cual se hizo el diagnóstico de vaginosis bacteriana en las gestantes a término mediante el estudio de las secreciones cérvico-vaginales utilizando la técnica de Papanicolaou y se clasificó el tipo de bacteria con la tinción de Gram. Luego se hizo el seguimiento durante diez días de las gestantes que finalizaron su embarazo en parto eutócico para determinar la presencia de infección PuexPeral

Esta investigación de carácter prospectivo, longitudinal, descriptivo, de observación se realizó en los servicios de Gineco-obstetricia y de Patología clínica y anatomía patológica de la clínica Alberto Sabogal Sologuren del Callao que pertenece al Instituto Peruano de Seguridad Social en un período de dos meses, iniciándose el veinte de agosto de 1997 y finalizando al veinte de octubre de 1997.

De un total de 194 gestantes a término, ingresaron al estudio 37 gestantes las cuales cumplieron todos los criterios de inclusión y exclusión.

La frecuencia de vaginosis bacteriana fue de 35.1 %. La frecuencia de infección puerperal en gestantes a término con diagnóstico citológico de vaginosis bacteriana fue de 38.5%, mientras que en las gestantes que no presentaron vaginosis bacteriana fue del 12.5 %.

Las pacientes con vaginosis bacteriana se caracterizaron por tener: a) Grado de instrucción: secundaria incompleta; b) Síntoma principal. Leucorrea escasa grisácea y maloliente; c) En la tinción de Gram se encontró una flora vaginal bacteriana del tipo II caracterizado por bacilos grampositivos (Döderlein) y bacilos gramnegativos con predominio neto de estos últimos y d) La infección puerperal más frecuente fue la endometritis.

El grupo que no presentó vaginosis bacteriana tenía: a) secundaria completa, b) no refirió (cuco= y c) la flora vaginal bacteriana encontrada fue del tipo I, es decir presencia exclusiva de bacilos grampositivos (Döderlein) y d) La infección puerperal más frecuente fue la infección de la herida de la episiotomía.

La frecuencia de infección puerperal en gestantes a término que finalizaron su embarazo con un parto eutócico es más frecuente y más grave en pacientes que tuvieron vaginosis bacteriana antes del parto.

La combinación de la técnica de Papanicolaou y la tinción de Gram, son un buen método para el diagnóstico de vaginosis bacteriana.



II. - SUMMARY

Puerperal infection is an entity that develops in genital tract after labour, it is characterized by fever $> 38^{\circ} \text{C}$ associated to uterine pain and fetid lochia, that appears during two consecutive days in the course of first ten days, post-labour excluding first 24 hours. The frequency of puerperal infection is 5% to 15%. The pathogens that are involved reveal microflora of vagina with some exceptions.

Bacterial vaginosis is a common entity in a sexually active woman, that results from a variety of alterations in aerobic and anaerobic bacterial flora, that leads to decrease of lactobacillus and increase specially of organism aerobic gram negatives, which produce in physical-chemical changes of vaginal secretions.

Many studies have related bacterial vaginosis and puerperal infection, but the majority of these have been performed in pregnant women that end pregnancy with a cesarean section. Also, it has been demonstrated the relationship of bacterial vaginosis and premature rupture of membrane and pre-term labour. However, it has not been found a study that make a relationship between this two entities in term pregnant women that end their pregnancy with a normal labour.

The objective of this investigation was know if there is a relationship between bacterial vaginosis and puerperal infection. So that, we diagnosed bacterial vaginosis in term pregnant women, through study of cervical-vaginal secretions, using Papanicolaou technique, and we classified the type of germ with Gram's staining. After, we followed for 10 days pregnant women that end their pregnancy with eutocic labour, in order to determine the existence of puerperal infection.

A descriptive longitudinal prospective study was performed in Gineco-Obstetric and Clinical Pathology and Pathological Anatomy services, in Alberto Saboga] Sologuren affiliate, Instituto Peruano de Seguridad Social in Callao, during 2 months, 20-08-97 to 20-10-97.

From a total of 104 term pregnant women, 37 pregnant women were included in the study, all of them were according to inclusion and exclusion criteria. Frequency of bacterial vaginosis was 35,1%. Frequency of puerperal infection in term pregnant women with cytologic diagnosis of bacterial vaginosis was 38,5%, meanwhile, in pregnant women that didn't show bacterial vaginosis was.

Patients with bacterial vaginosis had been characterized by: a) Grade of Instruction: incomplete high-school, b) Mean symptom, scarce greyish staining leucorrhea, c) With Gram's staining, we found type II bacterial vaginal flora, that was characterized by gram-positives bacillus (Döderlein) and gram-negatives bacillus with a net predominance of the latter, and d) Puerperal infection more frequent was endometritis.

The group that didn't show bacterial vaginosis had: a) Complete high-school, b) They didn't refer leucorrhea, c) bacterial vaginal flora, that we found, was type I, it means exclusively gram-positives bacillus (Döderlein) and d) the most frequent puerperal infection was infection of wound's episiotomy.

Frequency of puerperal infection in term pregnant women who end their pregnancy with an eutocic labour, is more frequent and serious in patients who had bacterial vaginosis before labour.

Combination of Papanicolaou technique and Gram's staining is a good method for diagnosis of bacterial vaginosis.

III.- INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años se ha encontrado a nivel mundial, una alta frecuencia de vaginosis bacteriana lo que ha llevado a nuevos enfoques, en la fisiopatología de diversas enfermedades, con las cuales parecen estar relacionadas, como la enfermedad inflamatoria pélvica, la infección urinaria, la ruptura prematura de membranas, el parto prematuro, la infección puerperal y la infección neonatal, lo cual le da una especial importancia a esta entidad (1) (2) (3) (4) (5).

La vaginosis bacteriana es común en la edad reproductiva, tiene una frecuencia que fluctúa entre el 19 y 37 % en no gestantes y de 15 a 20 % en gestantes y se caracteriza por la presencia de secreción vaginal, color grisáceo, de escaso o moderado volumen. "olor a pescado." se asocia a veces a signos inflamatorios en la región vulvar, prurito, dispareunia, dolor abdominal, aunque muchas veces cursa sin molestias significativas. Esto es producido por un desbalance en la flora bacteriana normal de la vagina que lleva a una disminución de lacto bacilos y un aumento especialmente de aerobios gramnegativos. (3)(6) (7) (8) (9).

La infección puerperal es una entidad que se desarrolla en el tracto genital y está caracterizada, principalmente por fiebre que aparece durante 2 días consecutivos, en el transcurso de los 10 días que siguen al parto excluyendo las primeras 24 horas y está asociada, con dolor uterino y loquios fétidos. La frecuencia de infección puerperal puede estimarse de 5 a 15 % de las pacientes puerperales. Las bacterias responsables de las infecciones puerperales reflejan la microflora de la vagina y del cérvix con unas cuantas excepciones posibles, entre las cuales podemos notar a los estreptococos betahemolíticos del grupo A y algunos patógenos de transmisión sexual. (1) (2) (8)(10)(12).

Varias investigaciones a nivel mundial y algunas en el Perú, han testimoniado la conexión existente entre la vaginosis bacteriana y la infección puerperal en gestantes que concluyeron su embarazo en cesárea; Asimismo está bien demostrada la relación de la vaginosis bacteriana con la ruptura prematura de membranas y el parto pitterinino, y ésto nos ha servido de referencia y como punto de partida de esta investigación. Sin embargo no se ha encontrado una publicación precedente, que relacione la vaginosis bacteriana y la posterior presencia de infección puerperal en gestantes a término que finalizaron su embarazo con un parto eutócico, lo cual le da originalidad a la presente tesis. (4) (11) (12) (14) (15) (16) (17) (18) (19).

En el diagnóstico citológico de vaginosis bacteriana la toma de las muestras de secreciones cérvico-vaginales se realiza del fondo de saco posterior con el uso del especulo y de la espátula de Ayre, aunque esto no parece incidir en los resultados finales, como lo prueban estudios que compararon diferentes técnicas en la obtención de secreciones cérvico-vaginales de una misma paciente y los resultados similares en la tinción de Gram. Una de las técnicas utilizaba el especulo para la obtención de las muestras y la otra técnica usaba el escobillado a ciegas. Los resultados fueron positivos para vaginosis bacteriana con ambas técnicas, no encontrando diferencia significativa entre ambas. (19) (21) (22) (23) (24)

El uso de la técnica de Papanicolaou para el diagnóstico de vaginosis bacteriana ha sido utilizado en varios estudios con buenos resultados a nivel mundial. En el Perú se ha utilizado la técnica del Papanicolaou para diagnosticar vaginosis bacteriana en 1012 (21%) de 4478 mujeres en edad reproductiva confirmándolo luego con la tinción de Gram. En Brasil se usó la técnica de Papanicolaou para conocer la prevalencia de la vaginosis bacteriana en mujeres sexualmente activas, encontrando que ésta era de 43% confirmándolo luego con el estudio en fresco de las secreciones cérvico-vaginales y con la tinción de Gram. En Uruguay se hizo el diagnóstico de

infección vaginal usando la técnica de Papanicolaou en 76 de 192 mujeres sexualmente activas. En Finlandia una investigación demostró que la técnica de Papanicolaou era superior a la tinción de Gram en el diagnóstico de vaginosis bacteriana en gestantes que tenían entre 8 y 17 semanas de embarazo encontrando esta patología en 299 pacientes contra 167. En todos los estudios mencionados se hizo el diagnóstico de vaginosis bacteriana, cuando se encontraba "células guía" (células del epitelio vaginal recubiertas de bacterias hasta el punto de desdibujar sus límites), disminución de bacilos de Döderlein y ausencia de *Cándida* y *Trichomonas*. (5) (25) (26) (27) (28).

La tinción de Gram nos permite clasificar el tipo de bacteria involucrado en la vaginosis bacteriana. Un estudio hecho en el Perú, a mujeres con diagnóstico de vaginosis bacteriana, se encontró con la tinción de Gram distintos gérmenes patógenos; correspondiendo el 88% a gramnegativos y el 12% a grampositivos. En el grupo de gestantes encontró que el 85% de los gérmenes patógenos eran gramnegativos y 15% grampositivos. Otro estudio peruano realizado en 1989 encontró que la distribución de la flora cérvico-vaginal en mujeres embarazadas con amenaza de parto prematuro según la coloración de Gram era a predominio de gérmenes gramnegativos y/o cocos grampositivos, con ausencia de bacilos grampositivos, en comparación con el grupo control que tuvo bacilos gramnegativos junto a bacilos grampositivos. Los cultivos realizados posteriormente en el grupo problema confirmaron el diagnóstico de infección vaginal en el 75% y se señala a *E Coli* y a la *Gardnerella vaginalis* como los principales agentes etiológicos. (4) (5) (29) (30) (31).

En Venezuela se realizó en la maternidad del instituto nacional de perinatología un estudio en 200 pacientes que acudieron por leucorrea diagnosticándose vaginosis bacteriana en 32 pacientes mediante la tinción de Gram. En 1991 en Nigeria se encontró una frecuencia de 38% de

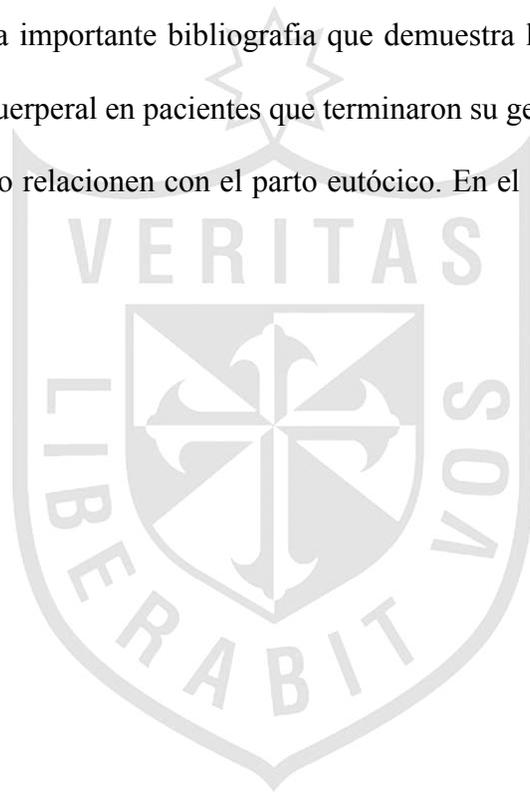
vaginosis bacteriana en mujeres sexualmente activas mediante la tinción de Gram reconociéndose como principal agente a la *Gardnerella vaginalis*. En 1992 en Milwaukee (USA) se describió la presencia de callas guía y disminución de lactobacilos en el diagnóstico de vaginosis bacteriana con la tinción de Gram. En un estudio de vaginosis bacteriana en embarazadas hecho en 1996 en Londres se encontró que 50 de 174 dieron positivo con la tinción de Gram reconociendo *Gardnerella vaginalis*. (32) (33) (34) (35) (36).

La sintomatología clínica de la vaginosis bacteriana es característica pero no frecuente; acerca de esto tenemos: Aquí en el Perú se publicó en 1997 una investigación, donde se identificó vaginosis bacteriana en el 78% de 120 pacientes que presentaron flujo vaginal; El diagnóstico se realizó mediante el examen físico encontrando que el 70 % de las pacientes refería mal olor de las secreciones vaginales, prurito vulvar 5%, flogosis vaginal 2%, ardor vaginal y dispareunia con 1%; Se confirmó este diagnóstico en el 76% con el estudio del pH de las secreciones cérvico-vaginales (de 4.5 a 5.5), la coloración de Gram (positivo en el 78%), presencia de "células guía" en el 75% y la prueba de aminas positivas en el 92%. Otro estudio de la sintomatología de la vaginosis bacteriana fue la realizada en Cuba en 1992, que refiere que la leucorrea fétida se encuentra en el 100% de las pacientes con vaginosis bacteriana que presentan *Gardnerella vaginalis*. (37) (38) (39) (40) (41).

Dentro de los estudio de la vaginosis bacteriana y embarazo tenemos que en 1990 se encontró una relación directa entre la presencia de vaginosis bacteriana y la posterior aparición de endometritis puerperal pero en pacientes cesareadas, siendo los gérmenes más comunes; *Bacteroides*, *Peptoestreptococo* y *Gardnerella* vaginales. En 1990 buscando la relación entre la vaginosis bacteriana y la posterior presentación de ruptura prematura de membrana y parto pretermino se hizo el estudio del líquido amniótico de estas puérperas, encontrando que los

gérmenes comprometidos eran *Bacteroides fragilis*, *Estreptococo* del grupo B y *E. coli*. En un estudio de cinco años se encontró que las gestantes que tenían de 23 a 26 semanas de embarazo presentaban un alto grado de colonización por estreptococo del grupo B y que esto estaba asociado con el aumento en el riesgo de parto pretérmino y de sepsis neonatal. En 1997 se demostró que la vaginosis bacteriana incrementaba el riesgo de posterior infección de líquido amniótico y que era necesario su tratamiento. (42) (43) (44) (45) (46) (47).

Hoy día, existe una importante bibliografía que demuestra la relación entre la vaginosis bacteriana y la infección puerperal en pacientes que terminaron su gestación con cesárea, pero, no hay muchos trabajos que lo relacionen con el parto eutócico. En el Perú no existen antecedentes de trabajos similares



IV.- MATERIAL Y MÉTODOS

a.-MÉTODO

Prospectivo longitudinal descriptivo de observación.

b.- POBLACIÓN Y MUESTRA

1.-Universo:

El universo fue representado por la totalidad de gestantes a término a quienes se les atendió por parto eutócico en el servicio de Gineco-obstetricia de la Clínica Alberto Sabogal Sologuren del Callao entre el veinte de agosto de 1997 y el veinte de octubre de 1997, que fueron 198.

2.-Muestra:

La muestra está constituida por 37 pacientes las cuales cumplieron con todos los requisitos de inclusión.

3.- Criterios de inclusión:

Gestantes a término que llegaron entre las 39 semanas de gestación y pródromos de trabajo de parto programadas para parto normal al centro referido. Gestantes sin tratamiento antibiótico previo al parto, intraparto, ni posterior al parto.

4.- Criterios de Exclusión:

Las exclusiones del siguiente estudio fueron las siguientes:

En el momento de tomar las muestras se eliminó 108 pacientes: 35 por haber sido examinadas ginecológicamente (tacto vaginal) antes de acudir a la emergencia (lugar donde se realizaban las tomas de secreción cérvico-vaginal), 31 por ruptura prematura de membranas, 21 por presentar enfermedad hipertensiva del embarazo, 5 por embarazo gemelar, 4 por llegar en fase expulsiva del trabajo de parto, 1 por infección urinaria, 1 por anemia y 10 por otros motivos. En 90 pacientes se procedió a la toma de dos muestras de secreción cérvico-vaginal.

De estas 90 pacientes se tuvo que eliminar a 22 por no haber sido atendidas en el período de investigación.

En el trabajo de parto tuvo que eliminarse a 21 pacientes por terminar éste por vía cesárea.

En el momento de hacer el diagnóstico clínico de infección puerperal se tuvo que eliminar a 6 pacientes por presentar fiebre de origen diferente al motivo de estudio.

En el momento de hacer el diagnóstico patológico se eliminaron 4 láminas con diagnóstico diferente a vaginosis bacteriana. Quedando 37 láminas que al final representó nuestra muestra.

5.-Espacio:

La Clínica Alberto Saboga' Sologuren está ubicada en la Provincia Constitucional del Callao, teniendo dos locales. Una en la Av. Colina cuadra uno donde funciona el servicio de anatomía patológica y el otro en la cuadra cinco de la Av Argentina donde funciona el servicio de Gineco Obstetricia. La Clínica Alberto Saboga' S. del Callao pertenece al Instituto Peruano de

Seguridad Social y tiene 56 años de vida institucional.

La Clínica Alberto Sabogal S. fue inaugurada el 5 de octubre de 1941 por el Presidente Manuel Prado con el nombre de Policlínico Obrero del Callao. En 1969 pasa a ser Hospital Zonal del Callao y en 1982 con la adquisición del local de la Av Colina se inaugura el Hospital III Alberto Sabogal Sologuren; nombre de su primer director quien fue uno de los pioneros de la cirugía en el Perú, que realizó la primera operación de cáncer de hígado (resección del lóbulo derecho).

Desde hace dos años cambió su nombre a Clínica Alberto Sabogal S. se encuentra en el nivel III en la clasificación de atención. En la Clínica Alberto Saboga' S. se inició el internado médico el año 1979, llegando el primer interno de la USMP el año 1996. El residentado médico se inició el año 1982 y actualmente cuenta con vacantes para Medicina interna, Cirugía general, Gineco Obstetricia y Pediatría.

c.- RECOLECCIÓN

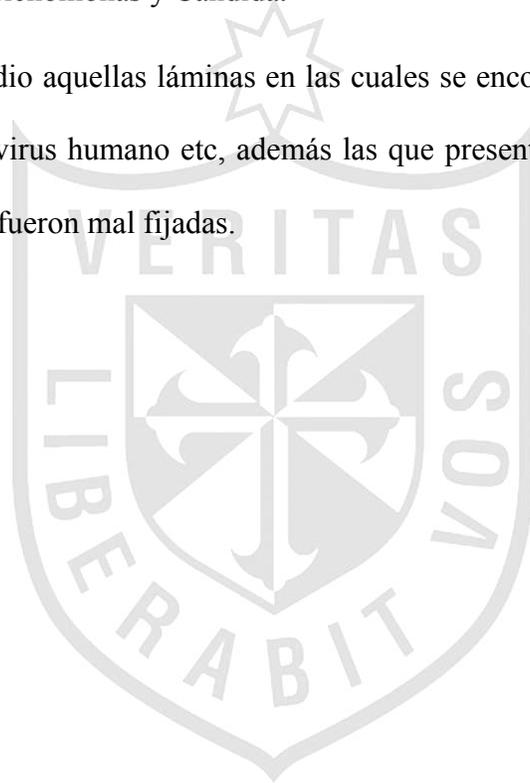
1.- Se captó a todas las pacientes embarazadas que llegaron al consultorio de emergencia de Gineco-obstetricia y que se encontraban entre las 39 semanas de gestación y pródromos de trabajo de parto, lo cual se verificó con la cartilla de control del embarazo.

2.- Se examinó la vagina usando el espéculo y se tomó dos muestras de secreción cérvico-vaginal del fondo de saco posterior previo a cualquier tipo de examen ginecológico el cual se envió al servicio de Anatomía Patológica.

3.- Se hizo el seguimiento después del parto por diez días a las pacientes, para lo cual se les citó al quinto y décimo día al consultorio de ginecología y obstetricia, además se hizo un seguimiento telefónico; para determinar la aparición de infección puerperal.

Las láminas enviadas al servicio de Anatomía Patológica siguieron el siguiente procesamiento.

- 1.- Una de las muestras de secreción cérvico-vaginal se coloreó con la técnica de Papanicolaou y el otro con la tinción de Gram para determinar qué tipo de bacteria era el predominante.
- 2.- El diagnóstico de vaginosis bacteriana se dio como positivo cuando se encontraba la presencia de células guía (gérmenes que revisten las células epiteliales), la disminución de bacilo de Dóderlein y ausencia de Trichomonas y Cándida.
- 3.- Se eliminaron del estudio aquellas láminas en las cuales se encontró monilias, Trichomonas, infección por el papilomavirus humano etc, además las que presentaban metaplasia, displasia o cáncer, además de las que fueron mal fijadas.



V.- RESULTADOS

De un total de 198 gestantes a término, ingresaron al presente estudio como muestra 37 gestantes, que cumplieron los requisitos de inclusión, desde el veinte de agosto de 1997 al veinte de octubre de 1997.

Con respecto a la población en general tenemos que el mayor porcentaje de gestantes perteneció al grupo etéreo que oscilaba entre 26 a 30 años con 12 (32.4%) pacientes. El estado civil fue en un 100% de casadas. En cuanto al grado de instrucción fue preponderante la secundaria completa con 23 (62.2%) pacientes. El estado económico predominante fue la media alta con 23 (62.2%).

De un total de 37 gestantes a término, 12 (32.4%) refirieron sintomatología compatible con vaginosis bacteriana caracterizada por leucorrea, prurito, dolor abdominal y flogosis vulvar, antes de la toma de la muestra cérvico-vaginal y 25 (67.6%) no refirieron ninguna sintomatología.

La frecuencia de vaginosis bacteriana fue de 35.1% representado, por 13 gestantes a término que finalizaron en parto eutócico en la clínica Alberto Sabogal S. del Callao.

La frecuencia de infección puerperal fue de 21.6% representado por 8 pacientes. La vaginosis bacteriana se encontró en 13 (100%) pacientes de la población que ingresó al estudio, el mayor porcentaje se encontró entre las edades de 21 a 25 años con 5 (38.5%). Todas eran casadas. Con respecto al grado de instrucción la mayoría tenían secundaria incompleta 7 (53.8%). El estado económico que predominó fue la media alta con 7 (53.8%). pacientes. Del total de pacientes que presentaron vaginosis bacteriana 9 (69.2%) refirieron síntomas, principalmente leucorrea.. La tinción con Gram dio como resultado que 9 (69.2%) pacientes presentaban bacterias del tipo II caracterizados por la presencia de bacilos grampositivos y bacilos gramnegativos con predominio

de estos últimos. La infección puerperal más frecuente fue la endometritis con 3 (23.1%).

Las diferencias encontradas entre el grupo de pacientes de gestantes con vaginosis bacteriana y el grupo control que no presentó vaginosis bacteriana fueron esencialmente cuatro:

1.- El grado de instrucción, mientras que 7 (53.8%) gestantes con vaginosis bacteriana tenían secundaria incompleta, 18 (75%) gestantes sin vaginosis bacteriana tenían secundaria completa.

2.- Presencia de leucorrea: 9 (69.2%) de las gestantes con vaginosis bacteriana presentaron leucorrea y ninguna del grupo control.

3.- El tipo de flora bacteriana vaginal encontrada en el grupo con vaginosis bacteriana fue predominantemente del tipo II: 9 (69.2%), mientras que en el grupo que no presentó vaginosis bacteriana la flora vaginal predominante fue del tipo I: 24 (100%).

4.- El tipo de infección puerperal predominante en el grupo de gestantes con vaginosis bacteriana fue la endometritis 3 (23.1%) gestantes, mientras que en el grupo sin vaginosis bacteriana fue la infección de la herida de la episiotomía. 2 (8.4%) gestantes.

De las 13 gestantes con diagnóstico de vaginosis bacteriana, 5 (38.5%) presentaron posteriormente una infección puerperal mientras que del grupo control que no presentó vaginosis bacteriana sólo 3 gestantes tuvieron infección puerperal. La frecuencia de infección puerperal en pacientes con diagnóstico previo de vaginosis bacteriana es mayor que en el grupo control.

No hubo un grupo etáreo mayoritario teniendo un rango que va desde los 21 a los 34 años. Todas fueron casadas. El grado de instrucción con mayor número de pacientes fue la secundaria incompleta con 3 (23.1%), seguido de la secundaria completa y superior cada una con 1 (7.7%) paciente. Con respecto al estado económico se encontraron 4 (30.8%) en la media alta y 1 (7.7%) en la media baja.

El síntoma característico encontrado en las 5 pacientes con vaginosis bacteriana que luego presentaron infección puerperal fue la leucorrea maloliente, grisácea y escasa.

La flora bacteriana vaginal que se encontró con la tinción de Gram fue en 4 (30.8%) del tipo II y 1 (7,7%) del tipo 111.

Todas las infecciones puerperales fueron localizadas 3 (23.1%) endometritis, 1 (7.7%) vulvovaginitis y 1 (7.7 %) con infección de la herida de la episiotomía.

La infección puerperal se encontró en 8 de las gestantes que ingresaron al estudio, todas fueron infecciones puerperales localizadas; de éstas el mayor porcentaje se encontró en el grupo etáreo de 21 a 30 años: con 6 (75%). Todas eran casarlas. El grado de instrucción preponderante fue la secundaria incompleta: 4: (50%) pacientes. El estado económico de la mayoría fue la media alta: 5 (62.5%) pacientes. Con respecto a los síntomas de vaginitis bacteriana se presentaron en 8 pacientes que luego hicieron infección puerperal (leucorrea y prurito). De las pacientes que hicieron infección puerperal 4 (50%) presentaron una flora bacteriana vaginal del tipo II (tinción de Gram).

De las 8 gestantes con infección puerperal, 5 (62.5%) presentaron vaginosis bacteriana previo al parto.

VI.- DISCUSIÓN

Diversos estudios han demostrado la relación existente entre la vaginosis bacteriana y la infección puerperal, en gestantes que terminaron su embarazo con una operación cesárea; esencialmente endometritis puerperal. También ha sido demostrada la relación entre la vaginosis bacteriana, la ruptura prematura de membranas y el parto pre término; Sin embargo no se ha encontrado un estudio que relacione la vaginosis bacteriana y la posterior presencia de infección puerperal, en gestantes a término que finalizaron su embarazo con parto eutócico, lo cual le da originalidad al presente estudio.(4) (11) (12) (14) (15) (16) (17) (18) (19).

Se ha encontrado una frecuencia de vaginosis bacteriana del 35.1 % para las gestantes a término que finalizaron en parto eutócico en la Clínica Alberto Sabogal S. del Callao, lo cual es mayor a lo descrito por la literatura, que refiere un rango entre 15 y 20 % para las embarazadas. Esto puede deberse a un aumento en la frecuencia de esta patología conforme avanza la gestación. En 1994 el Dr. Hay del Northwick Park Hospital concluye que la vaginosis bacteriana es infrecuente antes de las 16 semanas de embarazo, posteriormente el número de casos aumenta, incrementando así el riesgo de parto pretérmino. Otros estudios han encontrado una frecuencia del 8 % para gestantes entre 15 y 20 semanas y de 15 % para gestantes entre 27 y 32 semanas lo cual parece estar de acuerdo con lo antes expuesto. Otro elemento que puede explicar la elevada frecuencia que hemos encontrado en este estudio es la estricta selección que se hizo para definir la muestra de estudio. no incluyendo gestantes con ruptura prematura de membrana, parto pretérmino, etc. (1) (2) (3) (48)(49)

El objetivo principal de esta investigación es demostrar la posible relación existente entre la vaginosis bacteriana y la infección puerperal en gestantes a término que finalizaron en parto eutócico; En la Clínica Alberto Sabogal S. del Callao. Con este fin, se insistió mucho en el control de los posibles factores de riesgo capaces de modificar los resultados. Uno de los factores de riesgo en la aparición de infección puerperal son los tactos vaginales consecutivos, éste factor fue bien controlado eliminándose del estudio a todas las gestantes con exámenes vaginales previos a la toma de la muestra. Durante el trabajo de parto se coordinó con el personal de sala de partos para disminuir en la medida de lo posible el número de tactos vaginales. (1) (2) (10) (12)(51).

En el presente estudio la frecuencia de infección puerperal en gestantes a término que finalizaron en parto eutócico con previo diagnóstico citológico de vaginosis bacteriana fue de 38.5 %. Esto sugiere la existencia de una relación directa entre estas dos entidades. La depuración de otros factores de riesgo de infección puerperal nos permitió aislar la vaginosis bacteriana como única causa de infección puerperal en el presente estudio.(1) (2) (3) (4) (9).

El rango etáreo de las gestantes que va de 21 a 34 años no sugiere una relación entre la edad, la aparición de vaginosis bacteriana y la infección puerperal, de lo ya conocido y que define a la vaginosis bacteriana como una enfermedad de mujeres sexualmente activas.(1) (3) (6) (9) (38) (53).

Diversos estudios previos han demostrado la existencia de una relación entre la aparición de vaginosis bacteriana e infección puerperal con un estado económico bajo, los resultados de este estudio parecen no confirmar estos postulados. En el grupo que tuvo vaginosis bacteriana la condición económica predominante fue la media alta, al igual que en el grupo que presentó infección puerperal. (2) (3) (8) (12) (54).

La predominancia de la secundaria incompleta fue una constante en cuanto al grado de instrucción encontrada en las gestantes que presentaron vaginosis bacteriana, infección puerperal o ambas, esto a pesar de que la mayoría de gestantes que ingresó al estudio había terminado la secundaria. Esto sugiere que existe una relación entre el grado de instrucción y la posterior presentación de las patologías estudiadas más que del estado económico. Quizás la población estudiada oriente a este tipo de resultados, la población con seguro social generalmente son empleadas y obreras con cierta estabilidad laboral pero no necesariamente con un alto grado de instrucción. El grado de instrucción de las personas influye en la educación y la cultura que alcance una persona y esto se observa en actitudes de la vida diaria como la limpieza. Aunque esto depende de muchas otras variables. (1) (2) (3) (8) (12).

Los antecedentes refieren que un gran número de pacientes con vaginosis bacteriana permanecen asintomáticas, sí bien esto es cierto no parece ser tan frecuente, o por lo menos no para la población estudiada. Encontramos sobre el total de pacientes que fueron diagnosticadas de vaginosis bacteriana un 69.2 % con sintomatología refiriendo la leucorrea como la principal molestia. (37) (39) (40) (41) (55).

El 100 % de gestantes que fueron diagnosticadas y que luego presentaron infección puerperal refirieron leucorrea en el momento de la toma de la muestra de secreción cérvico-vaginal. La leucorrea fue descrita por las pacientes como maloliente, grisácea y escasa. (9) (23) (37) (56) (57).

La frecuencia de infección puerperal en pacientes con previo diagnóstico citológico de vaginosis bacteriana utilizando la técnica de Papanicolaou fue en el presente estudio de 38.5 %. Es decir que más de un tercio de la población con vaginosis bacteriana presentó luego infección puerperal. (1) (5) (21) (27) (58).

El diagnóstico de vaginosis bacteriana con la técnica de Papanicolaou se realizó mediante: 1.- Detección de Células guía, 2.- Disminución del bacilo de Dóderlein y 3.- Ausencia de Cándida y Trichomonas. La observación de leucocitos en regular cantidad en la totalidad de láminas es un hallazgo normal durante el embarazo. (1) (3) (5) (6) (7) (9) (21) (32) (53) (56) (59).

Debemos mencionar que el 100 % de estas pacientes presentaron sintomatología correspondiente a vaginosis bacteriana caracterizada por leucorrea maloliente, grisácea y de escaso volumen. También es importante mencionar que el 100 % de las infecciones puerperales fueron localizadas; infección de la herida de la episiotomía, vulvovaginitis y endometritis. (1) (2) (3) (12) (54).

Los gérmenes encontrados con la tinción de Gram fueron bacilos grampositivos y bacilos gramnegativos con predominio de este último. Esto sugiere la presencia de Lactobacilos (bacilo de Dóderlein), Gardnerella vaginalis, bacilos entéricos y Bacteroides. (1) (2) (4) (5) (13) (14) (15) (33) (55) (58) (60) (61) (62).

Estos resultados sugieren la existencia de una relación entre la presentación sintomática de la vaginosis bacteriana en gestantes a término que finalizaron con parto eutócico (leucorrea maloliente, grisácea y de escaso volumen) y la ulterior aparición de infección puerperal localizarla, como la infección de la herida de la episiotomía, vulvovaginitis y endometritis, ocasionadas por Gardnerella vaginales, Escherichia, Klebsiella, Proteus y Bacteroides.

La frecuencia de infección puerperal encontrada en la Clínica Alberto Sabogal S. del Callao fue de 21.6 %, mayor a lo descrito en la literatura que refiere de 5 a 15 %. Estos informes incluyen a todas las gestantes sin importar la edad de gestación, si el parto fue pretérmino o a término, si fue eutócico o distócico, lo cual contrasta, con la bien seleccionada muestra de este estudio. (1) (2)

(8) (10) (12).

El tipo de infección puerperal encontrada corresponde a entidades, como la infección de la herida de la episiotomía y vulvovaginitis pero no de gravedad, que llevan a la puérpera a recurrir nuevamente a la consulta y la endometritis que requirió de una nueva hospitalización. Todas las pacientes que tuvieron infección puerperal evolucionaron favorablemente respondiendo satisfactoriamente a la antibioticoterapia. Esto nos sugiere que si bien la frecuencia de infección puerperal en gestantes a término que finalizaron en parto eutócico es mayor a lo descrito, no fueron graves, pero, si demandaron gastos adicionales para su tratamiento por parte de la institución. (1)

(2) (12) (50) (51).



VII.- CONCLUSIONES

- 1.- En el presente estudio la frecuencia de infección puerperal en gestantes a término que finalizaron en parto eutócico con previo diagnóstico de vaginosis bacteriana fue más frecuente y de mayor gravedad que el presentado por las pacientes que no tuvieron esta patología.
- 2.- La vaginosis bacteriana está relacionada con la aparición de infección puerperal localizada en gestantes a término que finalizaron su embarazo en parto normal.
- 3.- El deficiente grado de instrucción está relacionado con la aparición de vaginosis bacteriana e infección puerperal en gestantes a término que finalizaron su embarazo en parto eutócico.
- 4.- No hemos demostrado que el estado económico bajo tenga relación con la aparición de vaginosis bacteriana, infecciones puerperales o ambas en gestantes a término que finalizaron en parto eutócico.
- 5.- La presencia de vaginosis bacteriana con leucorrea maloliente, grisácea y de escasa cantidad es un factor de riesgo importante en la posterior presentación de infección puerperal localizada en gestantes a término con parto normal.
- 6.- La presencia de flora bacteriana vaginal del tipo II: bacilos grampositivos y bacilos gramnegativos predominantemente fue observada en la mayoría de casos de infección puerperal.
- 7.-La combinación de la técnica de Papanicolaou y la tinción de Gram son un buen método de diagnóstico para la vaginosis bacteriana.
- 8.- La técnica de Papanicolaou no sólo sirve para el despistaje de cáncer de cuello uterino sino, también para determinar diversos tipos de infección vaginal como la vaginosis bacteriana.

VII.- RECOMENDACIONES

El diseño descriptivo de la investigación, realizado en un lapso de tiempo de dos meses es un estudio piloto, que no permite formular conclusiones definitivas, pero constituye el punto de partida de estudios posteriores acerca de la vaginosis bacteriana en embarazadas que podrán confirmar o modificar las conclusiones expuestas en este estudio. Recomendamos continuar las investigaciones acerca de los temas ya mencionados.

La técnica de Papanicolaou ha demostrado ser útil en el estudio de la vaginosis bacteriana en gestantes a término no sólo en el presente estudio sino en muchos otros, y está bien complementado con la tinción de Gram que ayuda a la determinación del tipo de bacteria comprometida, por lo cual se recomienda: promover el uso de la técnica del Papanicolaou asociada a la tinción de Gram como método de diagnóstico de vaginosis bacteriana.

Promover la utilización de medidas de higiene en mujeres embarazadas dentro de los programas de control prenatal y planificación familiar.

El realizar esta investigación en la cual se juntaron varios campos de la Medicina Humana como son la Obstetricia en el estudio de las gestantes y luego puérperas, la Ginecología tocando uno de los problemas más comunes de la mujer sexualmente activa como es la vaginosis bacteriana, la Patología que colaboró con el estudio citológico de las muestras con la técnica de Papanicolaou y La microbiología que colaboró en la identificación de las láminas coloreadas con la tinción de errara me ha permitido comprender que la investigación nunca es ni será un tiempo perdido, que la investigación no sólo nos permite conocer más al paciente, sino, que nos permite conocernos a nosotros cada vez más y crecer. Hay muchos problemas no resueltos todavía en Medicina Humana y es labor, responsabilidad y obligación de nosotros el encontrar esas respuestas. Asumir este trabajo hará de nuestra Facultad la abanderada en la investigación, en la

Medicina Humana en el Perú.



IX.- BIBLIOGRAFÍA

1.- CHARLES D.

Infecciones obstétricas y perinatales. Editorial Mosby. España. Primera edición. 52-85.1994.

2. - CUNNINGHAM F, MACDONALD P, GANT N & COL.

Williams Obstetricia. Editorial Masson. México. Cuarta edición. 613-625.1996

3.- COPELAND L, JARRELLI J, MCGREGOR J.

Copeland: Ginecología. Editorial Médica Panamericana. Argentina. Primera edición. 496-505..
1994.

4.- MEJÍA A, BACHMANN A, MASCARÓ P. Factores infecciosos y amenaza de parto prematuro. Rev. Dialogo Médico. Año 5 # 2: 32-35. 1989.

5.- VELA VELÁZQUEZ C, MENDOZA ROJAS N.

Diagnóstico citológico y Gram de la Vaginitis bacteriana. Rev. Médica del IPSS. Vol. 4 # 1: 53-58. 1995.

6. - JONES I, WENTz A, BURNETT S.

Tratado de Ginecología de Novak. Editorial Interamericana. México. Onceava edición. 507-512.
1986.

7. - WILSON J, BRAUNWALD E, ISSELBACHER K & COL.

Harrison: Principios de Medicina interna. Editorial Interamericana. México. Doceava edición.620-6261991

8.- BENSON R.

Current: Diagnóstico y tratamiento Ginecoobstétricos. Editorial Lange medica'. Primera edición. 171-193.1980.

9. - GERALD C, GORDON D, BENNETT J.

Enfermedades infecciosas: Principios y práctica Editorial Médica Panamericana. Argentina. Primera edición. 1003-1014. 1991

10.- SCHWARCZ R. DUVERGES C, DIAZ G, FESCINA R.

Obstetricia. Editorial El Ateneo Argentina. Quinta edición. 543-549. 1995

11.- RACHEL F, DENIS L.

Infecciones materno-infantiles por el estreptococo del grupo B Rev. Hospital Practice. Vol. 7 # 6: 27-40. 1992.

12. - PRITCHAID J, MACDONALD P, GANT N.

Williams. Obstetricia. Editorial Salvat. España. Tercera edición. 697-708. 1986.

13. - GOLDENBERG R. KLEBANOFF M. NUGENT R & COL.

Bacterial colonization of the vagina during pregnancy in four ethnic groups. Am J. Obstet. Gynecol. Vol. 174 # 5. 1616-1621. 1996.

14.-NEWTON E. PIPER J. PEAIRS W.

Bacterial Vaginosis and intraamniotic infection. Am. J. Obstet. Gynecol. Vol. 176 # 3. 672-677. 1997.

15. - HILLIER S. KIVIAT N. HAWES S. & COL.

Role of bacteria! Vaginosis- associated microorganisms in endometritis. Am. J. Obstet. Gynecol. Vol. 175 # 2 435-441. 1996.

16. - SOPER D.

Bacteria! Vaginitis and postoperative infections. Am. J. Obstet. Gynecol. Vol. 169 # 2. 467-469. 1993.

17. - MC GREGOR J. FRENCH G. JAMES M. & COL.

Bacterial vaginosis is associated: with prematurity and vaginal fluid mucinase and sialidase: Results of a controlled trial of topical clindamycin cream. Am J. Obstet. Gynecol. Vol. 170 # 4. 1048-1060. 1994.

18.- MENDOZA N. MIRANDA J.

Infección genital y amenaza de parto prematuro. Clin.Invest. Gin. Obst. Vol. 23 # 2. 1996.

19. - BERENSON A. HAMMILL II. MARTENS M. & COL.

Bacteriologic finding of post cesarean endometritis in adolescents. Obstet. Gynecol. Vol. 75 # 4. 627-629. 1990.

20. - KRUPP M, THERNEY L, JAWRRZ E & CoL.

Manual de diagnóstico clínico y de laboratorio. Editorial Manual Moderno. México. Octava edición. 303, 416 - 417. 1986.

21.- FERNÁNDEZ C, LÓPEZ M.

Citopatología Ginecológica y Mamaria. Editorial Salvat. España. Segunda edición. 193-286. 1993.

22.- MATEU A.

Cáncer de útero. Editorial JLMS. España. Primera edición. 164-165. 1982.

23.- FARO S.

Leucorrea: cepas infecciosas e imbalances en el ecosistema vaginal. Rev. Tribuna médica. Vol. 62 # 4: 167-176. 1997.

24. - MORGAN D. Asoup C. MCCAFFREY I & COL.

Comparison of Gram stained smears prepared from blind vaginal swabs with those obtained at speculum examination for the assessment of vaginal flora. Br. J. Obstet. Gynecol. Vol. 103 # 11. 1105-1108. 1996.

25.- KURKI T. SIVOMEN A. RENKONEN O. & COL.

Bacterial vaginosis in early pregnancy and pregnancy outcome. Obstet. Gynecol. Vol. 80 # 2. 173-177. 1992.

26.- CASTRO S. JUARA M. BAMBIRRA E.

Contribuição para o estudo etiologico das vaginose bacterianas. Rev. Bras. Anal. Clin. Vol. 24 # 2. 31-34. 1992

27.- NARCIO M. CASANOVA G. GALINDO J. & COL.

Utilidad del frotis de Papanicolaou en el diagnóstico de vaginosis bacteriana. Rev. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 62 # 1 52-56. 1994.

28.- DE MEDINA L. MOTA B. PEREZ I.

Frecuencia de infección vaginal en la población rural de "El Pilar" mediante pesquisa oncológica en el período comprendido entre 1991-1992. Rev. Med. Oriente. Vol. 4 # 4. 22-30. 1993.

29. - JAWETZ E, MELNICK J, BROOKS G, BuTEL J & COL.

Microbiología Médica. Editorial Manual Moderno. México Decimocuarta edición. 281-283, 312-313. 1992.

30. - MIMS C, PLAYTAIR J, Rorr I & COL.

Microbiología médica. Editorial Mosby. España. Primera edición 24.1.2. 1995.

31. - Hin G.

The microbiology of bacterial Vaginitis. Am. J. Obstet Gynecol. Vol. 169 # 2. 450-454. 1993

32. - ROBBINS S, COTRAN R, KIJMAR V.

Patología Estructural y Funcional. Editorial Interamericana. México. Tercera edición. 1101-1103. 1990.

33. - THOMASON J. ANDERSON R. GELDBART S. & COL.

Simplified Gram stain interpretive method for diagnosis of bacterial vaginosis. Am. J. Obstet. Gynecol. Vol. 167 # 1. 16-19. 1992.

34.- FARIA E. VALVERDE C. NAVARRO P.

Vaginosis bacteriana en un hospital de maternidad: diagnóstico y tratamiento en pacientes ambulatorios. Bol. Venez. Infectol. Vol. 2 # 3. 74-75. 1991.

35. - ROTINI V. YAKUBU Z. ABUDU C. & COL

Direct Gram's stain of vaginal discharge as a means of diagnosing bacterial vaginosis. J. Med. Microbiol. Vol. 35 # 2. 103-106. 1991.

36. - ROSENETEIN I. MORGAN D. SHEEHAN M. & COL.

Bacterial vaginosis in pregnancy: distribution of bacterial species in different gram-stain categories of the vaginal flora. J. Med. Microbiol. Vol. 45 # 2. 120-126. 1996.

37.- GORI R. & COL.

Ginecología. Editorial El Ateneo. Argentina. Tercera edición. 172-179. 1988.

38.- CASAVILLA F, GUYLIEIMORE P, ROSEVOSSER E.

Manual de obstetricia. Editorial El Ateneo. Argentina. Primera edición. 662-671.1987.

39.- SALVADOR M.

Diagnóstico Clínico de la Vaginitis bacteriana. Rev. de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 43 # 1: 60-62. 1997.

40.- RIVERA L Qurrotto M. CRUZ A. & COL.

Prevalencia de vaginitis y vaginosis bacteriana asociada con manifestaciones clínicas, de laboratorio y tratamiento. Rev Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 64 # 1 26-35 1996.

41.- RIVERON C. TIZÓN O. COPO J. & COL.

Empleo del método directo para el diagnóstico de vaginitis por Gardnerella vaginalis. Rev. Cuba Enfenn. Vol. 8 # 1. 36-42. 1992.

42. - CAUSI S. SCRIMIN F. DRIUSSI S & COL

Specific immune response against Gardnerella vaginalis hemolysin in patients with bacterial vaginosis. Am. J. Obstet. Gynecol. Vol. 175 # 6.1601-1605. 1996.

43. - MIRANDA J. FONTES J. MIRANDA C. & CoL.

Sepsis puerperal por Streptococcus agalactiae grupo B. Clin Invest. Gin. Obst. Vol. 24 # 1. 1997.

44.- HERNÁNDEZ-MARTÍN C. GÓMEZ-GARCÍA T. LOZANO. J. & COL.

Ruptura prematura de membranas en gestaciones pretérmino. Análisis de factores maternos.

Clin. Invest. Gin. Obst. Vol. 23 # 8. 1996.

45. - WATTS D. KROHN M. HILLIER S. & COL.

Bacteria' vaginosis as a risk for post cesarean endometritis. Obstet. Gynecol. Vol. 75 # 1 52-58. 1990.

46. - MARTIUS J. ESCHENBACH D.

The role of bacterial vaginosis as a cause of amniotic fluid infection, chorioamnionitis and prematurity. A review. Arch. Gynecol. Obstet. Vol. 247 # 1. 1-13. 1990.

47. - REGAN J. KLEBANOFF M. NUGENT R. & COL.

Colonization with group B streptococci in pregnancy and adverse outcome. VIP. Study group. Am. J. Obstet. Gynecol. Vol. 174 # 4. 1354-1360. 1996.

48. - HAY P. MORGAN D. ;SON. C. & COL

A longitudinal study of bacteria' Vaginosis during pregnancy. Br. J. Obstet. Gynecol. Vol. 101 # 12. 1048-1053. 1994.

49. - HELOU J. KENESS Y. SHALEW E.

Association of bacteria' vaginosis in pregnancy with preterm. Harefush. Vol. 131 # 3. 83-85. 1996.

50. - JOESOEF M. HILLIER S. WIKNJOSA. STRO G. & COL.

Intravaginal clindamycin treatment for bacteria' Vaginosis: Effects on preterm delivery and low birth weight. Am. J. Obstet. Gynecol. Vol. 173 # 5. 1527-1531. 1995.

51. - DUFF P. LEE M. HILLIER S.

Amoxicillin treatment of bacterial vaginosis during pregnancy. *Obstet. Gynecol.* Vol. 77 # 3. 431-435. 1991.

52. - ROONGPISUTHIPONG A. CHAISHLWATANA P. BIIRALEUS P.

Risk factor in puerperal infection. *J. Med Assoc. Thai.* Vol. 74 # 4. 187-191. 1991.

53.-WILLS J.

Medicina interna: Tratado para la práctica médica. Editorial Médica Panamericana. Argentina. Segunda edición. 308-310. 1990.

54. - NEWTON E. PRIHODA T. GIBBA R. A

Clinical and microbiologic analysis of risk for puerperal endometritis. *Obstet. Gynecol.* Vol. 73 # 3. 402-406. 1990.

55.- MACDERMOT R.

Bacterial vaginosis. *Br. J. Obstet. Gynecol.* Vol. 102 # 2. 92-94. 1995.

56.- ARREDONDO J.

Vaginosis bacteriana. *Rev. Revista médica.* Vol. 1 # 3: 31-35.1993.

57.- ARREDONDO J, CASANOVA R, NARCIO L

Vaginosis bacteriano II. *Rev Revista médica.* Vol. 1 # 4: 82-86. 1994.

58.- MONTERROSA A. BLAQUICET L. CANTILLO J. & COL.

Gardnerella vaginalis en informes de citología cérvico-vaginal. *Rev Gaceta Médica de México.* Vol. 132 # 2. 119-125. 1996.

59.- ROZMA C. RIBERA I. SERRANO

Tratado de Medicina interna Editorial Mosby Doyma libros. España. Decimotercera edición multimedia. 2324-2325. 1996.

60. - HILLIER S. KROHN M. NUGENT R. & COL

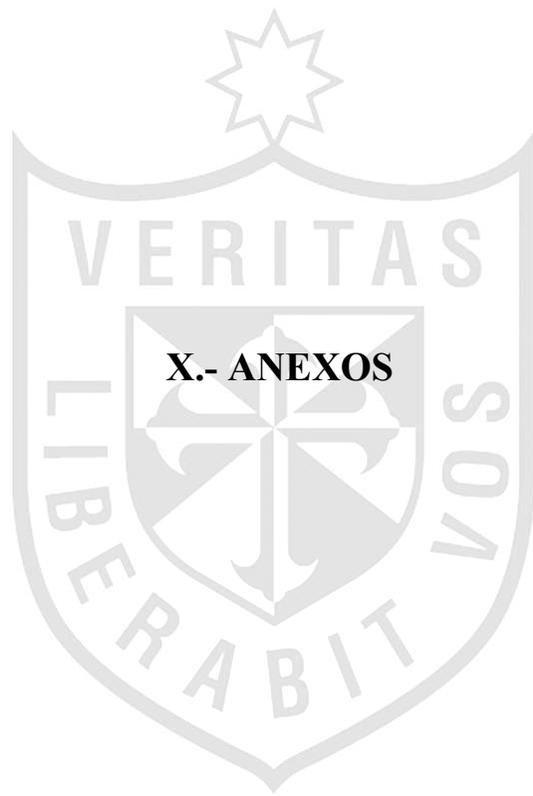
Characteristics of three vaginal flora patterns assessed by Gram stain among pregnant women. Am. J. Obstet. Gynecol. Vol. 166 # 3. 938-944. 1992.

61. - CAREY J. KLEBANOFF M. REGALA J.

Evaluation of the Gram stain as a screening tool for maternal carriage of group B beta hemolytic streptococci. The vaginal infections and prematurity study group. Obstet. Gynecol. Vol. 76 # 4. 693-697. 1990.

62.- OVALLE A. MARTÍNEZ M. VILLAGRA C. & COL.

Flora microbiana genital en embarazadas con y sin riesgo de infección. Rev Chilena de Obstetricia y Ginecología. Vol. 61 # 1. 5-11. 1996.



X.- ANEXOS

TABLA # 01

FRECUENCIA DE INFECCIÓN PUERPERAL EN GESTANTES A TÉRMINO CON DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO DE VAGINOSIS BACTERIANA

GESTANTES A TÉRMINO CON VAGINOSIS BACTERIANA, SIN VAGINOSIS BACTERIANA Y TOTAL
 POR INFECCIÓN PUERPERAL, SIN INFECCIÓN PUERPERAL Y TOTAL SEGÚN FRECUENCIA ABSOLUTA Y FRECUENCIA RELATIVA.

**CLÍNICA ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN DEL CALLAO
 DEL 20 DE AGOSTO DE 1997 AL 20 DE OCTUBRE DE 1997**

	VAGINOSIS BACTERIANA		SIN VAGINOSIS BACTERIANA		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
INFECCIÓN PUERPERAL	5	13.5	3	8.1	8	21.6
SIN INFECCIÓN PUERPERAL	8	21.6	21	56.8	29	56.8
TOTAL	13	35.1	24	64.9	37	100

TABLA # 02

FRECUENCIA DE INFECCIÓN PUERPERAL EN GESTANTES A TÉRMINO CON DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO DE VAGINOSIS BACTERIANA

GESTANTES A TÉRMINO CON VAGINOSIS BACTERIANA Y SIN VAGINOSIS BACTERIANA
POR INFECCIÓN PUERPERAL Y SIN INFECCIÓN PUERPERAL SEGÚN FRECUENCIA ABSOLUTA Y FRECUENCIA RELATIVA

**CLÍNICA ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN DEL CALLAO
DEL 20 DE AGOSTO DE 1997 AL 20 DE OCTUBRE DE 1997**

	VAGINOSIS BACTERIANA		SIN VAGINOSIS BACTERIANA	
	#	%	#	%
INFECCIÓN PUERPERAL	5	38,5	3	12,5
SIN INFECCIÓN PUERPERAL	8	61,5	21	87,5
TOTAL	13	100,0	24	100,0

TABLA # 03

FRECUENCIA DE INFECCIÓN PUERPERAL EN GESTANTES A TÉRMINO CON DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO DE VAGINOSIS BACTERIANA

GESTANTES A TÉRMINO CON INFECCIÓN PUERPERAL, SIN INFECCIÓN PUERPERAL Y TOTAL
CON VAGINOSIS BACTERIANA Y SIN VAGINOSIS BACTERIANA POR EDAD SEGÚN FRECUENCIA ABSOLUTA Y FRECUENCIA RELATIVA.

CLÍNICA ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN DEL CALLAO
DEL 20 DE AGOSTO DE 1997 AL 20 DE OCTUBRE DE 1997

EDAD	VAGINOSIS BACTERIANA						SIN VAGINOSIS BACTERIANA					
	INFECCIÓN PUERPERAL		SIN INFECCIÓN PUERPERAL		TOTAL		INFECCIÓN PUERPERAL		SIN INFECCIÓN PUERPERAL		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
15 - 20	0	0	0	0	0	0	0	0	2	8.4	2	8.4
21 - 25	2	15.4	3	23.1	5	38.5	1	4.2	5	20.8	6	25.0
26 - 30	1	7.7	2	15.4	3	23.1	0	0	9	37.5	9	37.5
31-35	2	15.4	1	7.7	3	23.1	2	8.4	4	16.7	6	25.0
36 - 40	0	0	2	15.4	2	15.4	0	0	0	0	0	0
41 - 45	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4.2	1	4.2
46 A MÁS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	5	38.5	8	61.5	13	100	3	12.5	21	87.5	24	100

TABLA # 04

FRECUENCIA DE INFECCIÓN PUERPERAL EN GESTANTES A TÉRMINO CON DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO DE VAGINOSIS BACTERIANA

GESTANTES A TÉRMINO CON INFECCIÓN PUERPERAL, SIN INFECCIÓN PUERPERAL Y TOTAL.
CON VAGINOSIS BACTERIANA Y SIN VAGINOSIS BACTERIANA POR GRADO DE INSTRUCCIÓN SEGÚN FRECUENCIA ABSOLUTA Y FRECUENCIA RELATIVA.

CLÍNICA ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN DEL CALLAO
DEL 20 DE AGOSTO DE 1997 AL 20 DE OCTUBRE DE 1997

GRADO DE INSTRUCCIÓN	VAGINOSIS BACTERIANA						SIN VAGINOSIS BACTERIANA					
	INFECCIÓN PUERPERAL		SIN INFECCIÓN PUERPERAL		TOTAL		INFECCIÓN PUERPERAL		SIN INFECCIÓN PUERPERAL		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
PRIMARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SEC. INCOMPLETA	3	23.1	4	30.8	7	53.8	1	4.2	3	12.5	4	16.7
SEC. COMPLETA	1	7.7	4	30.8	5	38.5	2	8.4	16	66.7	18	75
SUPERIOR	1	7.7	0	0	1	7.7	0	0	2	8.4	2	8.4
TOTAL	5	38.5	8	61.5	13	100	3	12.5	21	87.5	24	100

Tabla # 05

FRECUENCIA DE INFECCIÓN PUERPERAL EN GESTANTES A TÉRMINO CON DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO DE VAGINOSIS BACTERIANA

GESTANTES A TÉRMINO CON INFECCIÓN PUERPERAL, SIN INFECCIÓN PUERPERAL Y TOTAL.
CON VAGINOSIS BACTERIANA Y SIN VAGINOSIS BACTERIANA POR ESTADO ECONÓMICO SEGÚN FRECUENCIA ABSOLUTA Y FRECUENCIA RELATIVA.

CLÍNICA ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN DEL CALLAO
DEL 20 DE AGOSTO DE 1997 AL 20 DE OCTUBRE DE 1997

ESTADO ECONÓMICO	VAGINOSIS BACTERIANA						SIN VAGINOSIS BACTERIANA					
	INFECCIÓN PUERPERAL		SIN INFECCIÓN PUERPERAL		TOTAL		INFECCIÓN PUERPERAL		SIN INFECCIÓN PUERPERAL		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
BAJA	0	0	0	0	0	0	1	4.2	1	4.2	2	8.4
MEDIA BAJA	1	7.7	5	38.5	6	46.2	1	4.2	5	20.8	6	25
MEDIA ALTA	4	30.8	3	23.1	7	53.8	1	4.2	15	62.5	16	66.7
ALTA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	5	38.5	8	61.5	13	100	3	12.5	21	87.5	24	100

TABLA # 06

FRECUENCIA DE INFECCIÓN PUERPERAL EN GESTANTES A TÉRMINO CON DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO DE VAGINOSIS BACTERIANA

GESTANTES A TÉRMINO CON INFECCIÓN PUERPERAL, SIN INFECCIÓN PUERPERAL Y TOTAL.
CON VAGINOSIS BACTERIANA Y SIN VAGINOSIS BACTERIANA POR LEUCORREA SEGÚN FRECUENCIA ABSOLUTA Y FRECUENCIA RELATIVA.

CLÍNICA ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN DEL CALLAO
DEL 20 DE AGOSTO DE 1997 AL 20 DE OCTUBRE DE 1997

LEUCORREA	VAGINOSIS BACTERIANA						SIN VAGINOSIS BACTERIANA					
	INFECCIÓN PUERPERAL		SIN INFECCIÓN PUERPERAL		TOTAL		INFECCIÓN PUERPERAL		SIN INFECCIÓN PUERPERAL		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
LEUCORREA	5	38.5	4	30.8	9	69.2	0	0	0	0	0	0
SIN LEUCORREA	0	0	4	30.8	4	30.8	3	12.5	21	87.5	24	100
TOTAL	5	38.5	8	61.5	13	100	3	12.5	21	87.5	24	100

TABLA # 07

FRECUENCIA DE INFECCIÓN PUERPERAL EN GESTANTES A TÉRMINO CON DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO DE VAGINOSIS BACTERIANA

GESTANTES A TÉRMINO CON INFECCIÓN PUERPERAL, SIN INFECCIÓN PUERPERAL Y TOTAL
 CON VAGINOSIS BACTERIANA Y SIN VAGINOSIS BACTERIANA POR TIPO DE FLORA BACTERIANA VAGINAL CON TINCIÓN DE GRAM
 SEGÚN FRECUENCIA ABSOLUTA Y FRECUENCIA RELATIVA

CLÍNICA ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN DEL CALLAO
 DEL 20 DE AGOSTO DE 1997 AL 20 DE OCTUBRE DE 1997

FLORA BACTERIANA VAGINAL CON TINCIÓN DE GRAM	VAGINOSIS BACTERIANA						SIN VAGINOSIS BACTERIANA					
	INFECCIÓN PUERPERAL		SIN INFECCIÓN PUERPERAL		TOTAL		INFECCIÓN PUERPERAL		SIN INFECCIÓN PUERPERAL		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Tipo I : BGP	0	0	3	23.1	3	23.1	3	12.5	21	87.5	24	100
Tipo II : BGP + BGN	4	30.8	5	38.5	9	69.2	0	0	0	0	0	0
Tipo III : BGN + CGP	1	7.7	0	0	1	7.7	0	0	0	0	0	0
TOTAL	5	38.5	8	61.5	13	100	3	12.5	21	87.5	24	100

TABLA # 08

FRECUENCIA DE INFECCIÓN PUERPERAL EN GESTANTES A TÉRMINO CON DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO DE VAGINOSIS BACTERIANA

GESTANTES A TÉRMINO CON INFECCIÓN PUERPERAL, SIN INFECCIÓN PUERPERAL Y TOTAL
CON VAGINOSIS BACTERIANA Y SIN VAGINOSIS BACTERIANA POR TIPO DE INFECCIÓN PUERPERAL SEGÚN FRECUENCIA ABSOLUTA Y FRECUENCIA RELATIVA.

CLÍNICA ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN DEL CALLAO
DEL 20 DE AGOSTO DE 1997 AL 20 DE OCTUBRE DE 1997

TIPO DE INFECCIÓN PUERPERAL	VAGINOSIS BACTERIANA						SIN VAGINOSIS BACTERIANA					
	INFECCIÓN PUERPERAL		SIN INFECCIÓN PUERPERAL		TOTAL		INFECCIÓN PUERPERAL		SIN INFECCIÓN PUERPERAL		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
INFECCIÓN DE LA EPISIOTOMÍA	1	7.7	0	0	1	7.7	2	8.4	0	0	2	8.4
VULVOVAGINITIS	1	7.7	0	0	1	7.7	1	4.2	0	0	1	4.2
ENDOMETRITIS	3	23.1	0	0	3	23.1	0	0	0	0	0	0
NINGUNA	0	0	8	61.5	8	61.5	0	0	21	87.5	21	87.5
TOTAL	5	38.5	8	61.5	13	100	3	12.5	21	87.5	24	100

GRÁFICO # 01

FRECUENCIA DE INFECCIÓN PUERPERAL EN GESTANTES A TÉRMINO CON DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO DE VAGINOSIS BACTERIANA

GESTANTES A TÉRMINO CON VAGINOSIS BACTERIANA, SIN VAGINOSIS BACTERIANA Y TOTAL
POR INFECCIÓN PUERPERAL, SIN INFECCIÓN PUERPERAL Y TOTAL SEGÚN FRECUENCIA ABSOLUTA Y FRECUENCIA RELATIVA.

CLÍNICA ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN DEL CALLAO
DEL 20 DE AGOSTO DE 1997 AL 20 DE OCTUBRE DE 1997

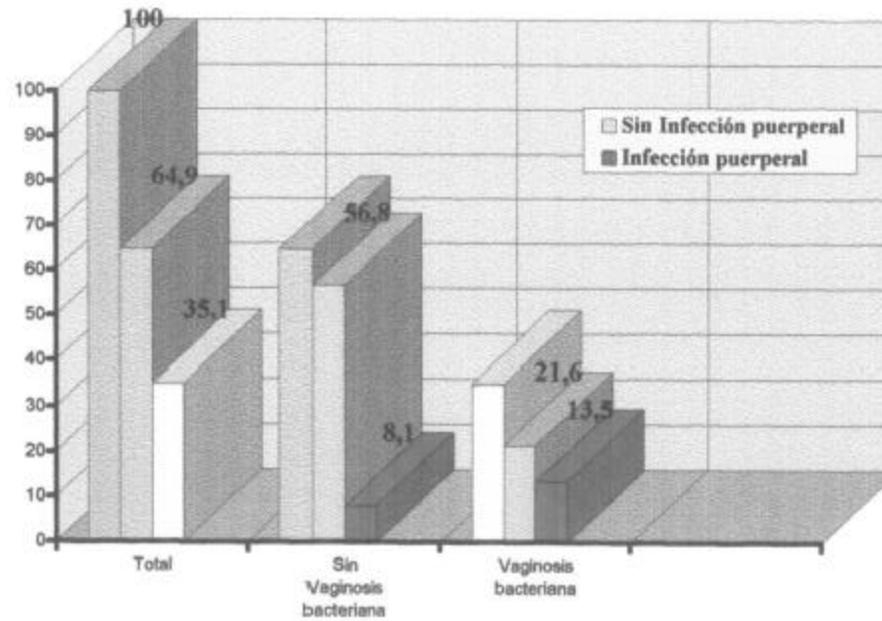


GRÁFICO # 02

FRECUENCIA DE INFECCIÓN PUERPERAL EN GESTANTES A TÉRMINO CON DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO DE VAGINOSIS BACTERIANA

GESTANTES A TÉRMINO CON VAGINOSIS BACTERIANA Y SIN VAGINOSIS BACTERIANA
POR INFECCIÓN PUERPERAL Y SIN INFECCIÓN PUERPERAL SEGÚN FRECUENCIA ABSOLUTA Y FRECUENCIA RELATIVA.

CLÍNICA ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN DEL CALLAO
DEL 20 DE AGOSTO DE 1997 AL 20 DE OCTUBRE DE 1997

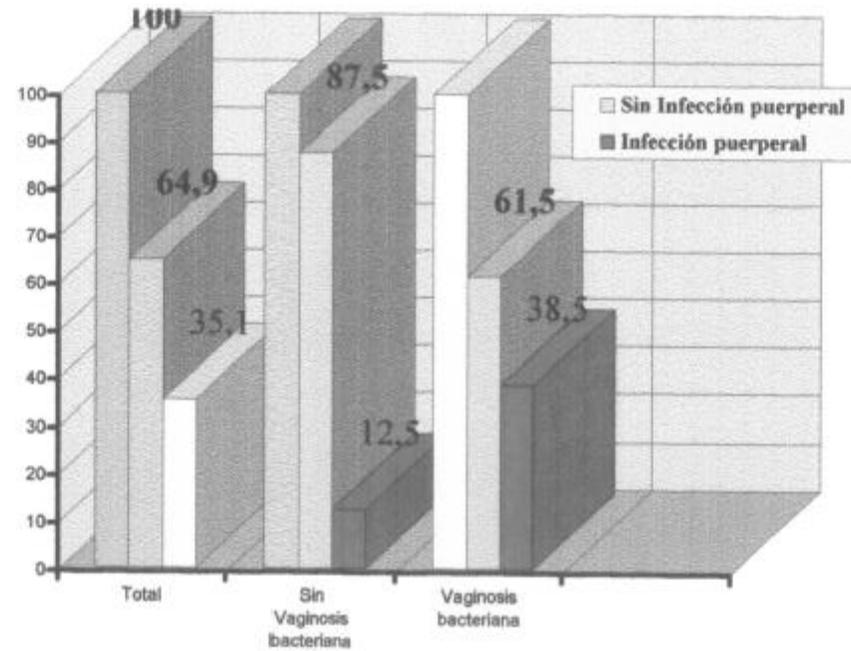


GRÁFICO # 03

FRECUENCIA DE INFECCIÓN PUERPERAL EN GESTANTES A TÉRMINO CON DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO DE VAGINOSIS BACTERIANA

GESTANTES A TÉRMINO CON INFECCIÓN PUERPERAL, SIN INFECCIÓN PUERPERAL Y TOTAL
CON VAGINOSIS BACTERIANA Y SIN VAGINOSIS BACTERIANA POR EDAD SEGÚN FRECUENCIA ABSOLUTA Y FRECUENCIA RELATIVA.

CLÍNICA ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN DEL CALLAO
DEL 20 DE AGOSTO DE 1997 AL 20 DE OCTUBRE DE 1997

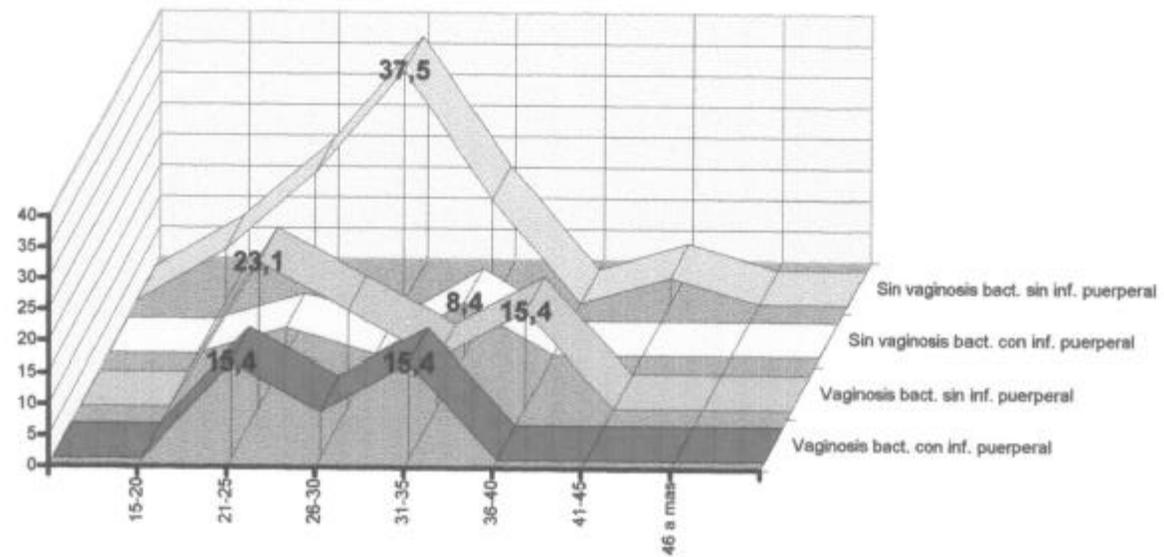


GRÁFICO # 04

FRECUENCIA DE INFECCIÓN PUERPERAL EN GESTANTES A TÉRMINO CON DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO DE VAGINOSIS BACTERIANA

GESTANTES A TÉRMINO CON INFECCIÓN PUERPERAL, SIN INFECCIÓN PUERPERAL Y TOTAL
CON VAGINOSIS BACTERIANA Y SIN VAGINOSIS BACTERIANA POR GRADO DE INSTRUCCIÓN SEGÚN FRECUENCIA ABSOLUTA Y FRECUENCIA RELATIVA.

CLÍNICA ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN DEL CALLAO
DEL 20 DE AGOSTO DE 1997 AL 20 DE OCTUBRE DE 1997

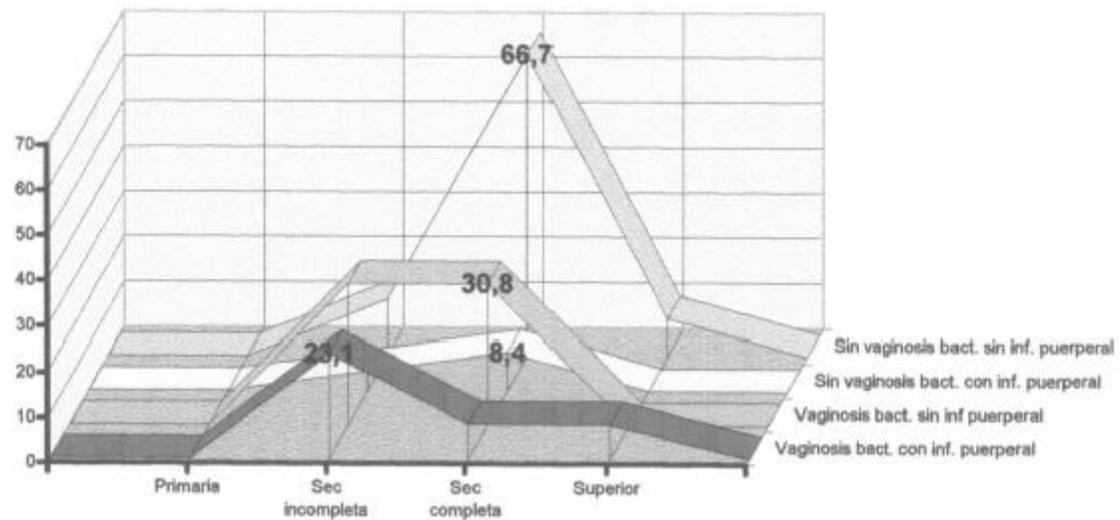


GRÁFICO # 05

FRECUENCIA DE INFECCIÓN PUERPERAL EN GESTANTES A TÉRMINO CON DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO DE VAGINOSIS BACTERIANA

GESTANTES A TÉRMINO CON INFECCIÓN PUERPERAL, SIN INFECCIÓN PUERPERAL Y TOTAL
CON VAGINOSIS BACTERIANA Y SIN VAGINOSIS BACTERIANA POR ESTADO ECONÓMICO SEGÚN FRECUENCIA ABSOLUTA Y FRECUENCIA RELATIVA.

CLÍNICA ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN DEL CALLAO
DEL 20 DE AGOSTO DE 1997 AL 20 DE OCTUBRE DE 1997

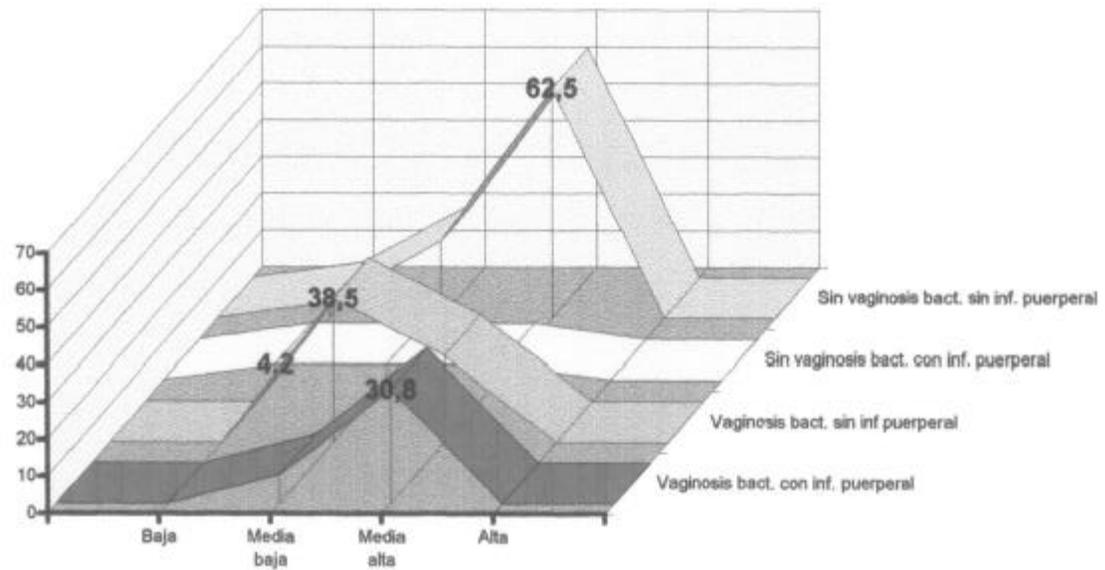


GRÁFICO # 06

FRECUENCIA DE INFECCIÓN PUERPERAL EN GESTANTES A TÉRMINO CON DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO DE VAGINOSIS BACTERIANA

GESTANTES A TÉRMINO CON INFECCIÓN PUERPERAL, SIN INFECCIÓN PUERPERAL Y TOTAL
CON VAGINOSIS BACTERIANA Y SIN VAGINOSIS BACTERIANA POR SINTOMAS SEGÚN FRECUENCIA ABSOLUTA Y FRECUENCIA RELATIVA.

CLÍNICA ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN DEL CALLAO
DEL 20 DE AGOSTO DE 1997 AL 20 DE OCTUBRE DE 1997

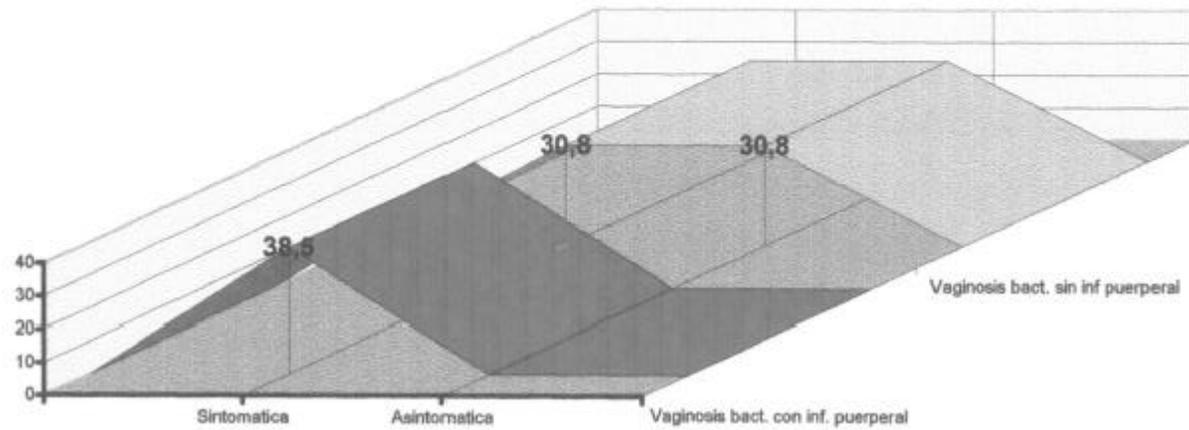


GRÁFICO # 07

FRECUENCIA DE INFECCIÓN PUERPERAL EN GESTANTES A TÉRMINO CON DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO DE VAGINOSIS BACTERIANA

GESTANTES A TÉRMINO CON INFECCIÓN PUERPERAL, SIN INFECCIÓN PUERPERAL Y TOTAL
CON VAGINOSIS BACTERIANA Y SIN VAGINOSIS BACTERIANA POR LEUCORREA SEGÚN FRECUENCIA ABSOLUTA Y FRECUENCIA RELATIVA.

CLÍNICA ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN DEL CALLAO
DEL 20 DE AGOSTO DE 1997 AL 20 DE OCTUBRE DE 1997

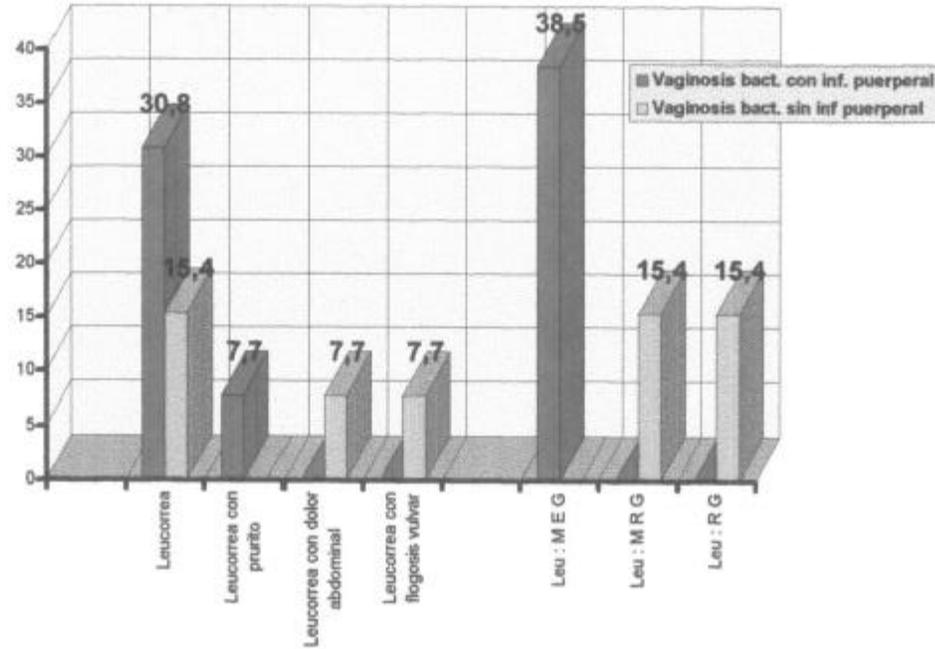


GRÁFICO # 08

FRECUENCIA DE INFECCIÓN PUERPERAL EN GESTANTES A TÉRMINO CON DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO DE VAGINOSIS BACTERIANA

GESTANTES A TÉRMINO CON INFECCIÓN PUERPERAL, SIN INFECCIÓN PUERPERAL Y TOTAL
CON VAGINOSIS BACTERIANA Y SIN VAGINOSIS BACTERIANA POR TIPO DE FLORA BACTERIANA VAGINAL CON TINCIÓN DE GRAM SEGÚN FRECUENCIA ABSOLUTA Y
FRECUENCIA RELATIVA.

CLÍNICA ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN DEL CALLAO
DEL 20 DE AGOSTO DE 1997 AL 20 DE OCTUBRE DE 1997

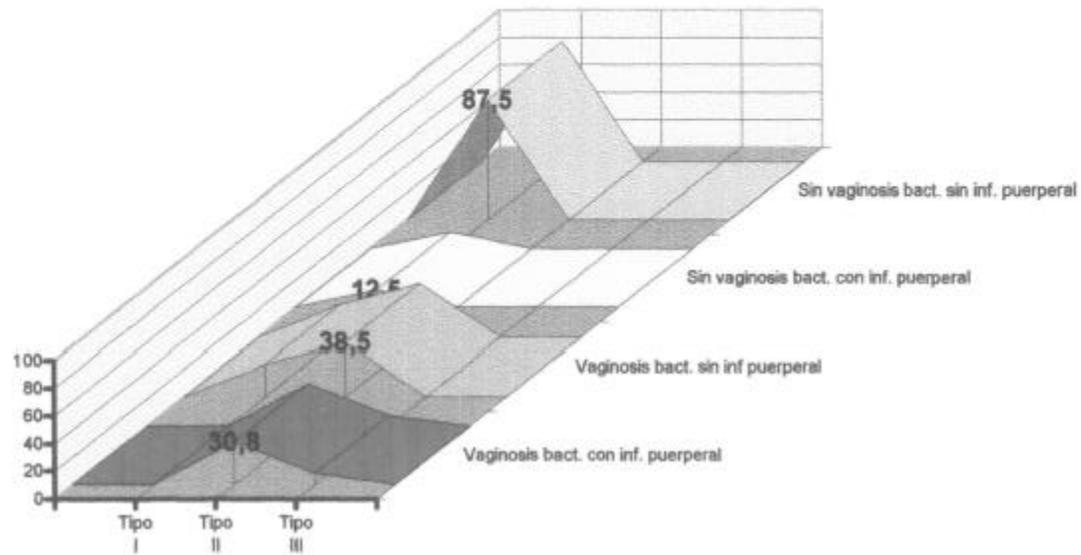
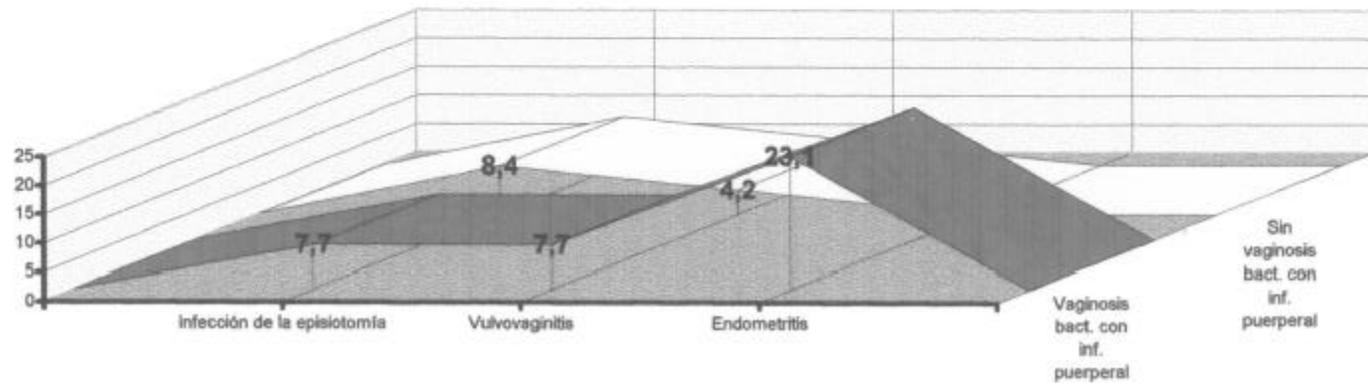


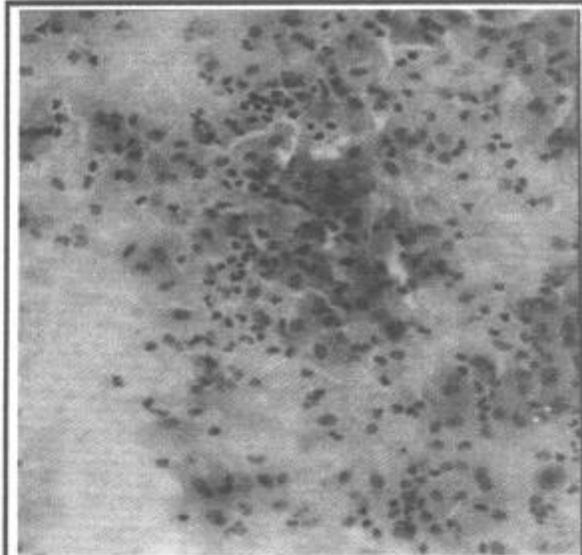
GRÁFICO # 09

FRECUENCIA DE INFECCIÓN PUERPERAL EN GESTANTES A TÉRMINO CON DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO DE VAGINOSIS BACTERIANA

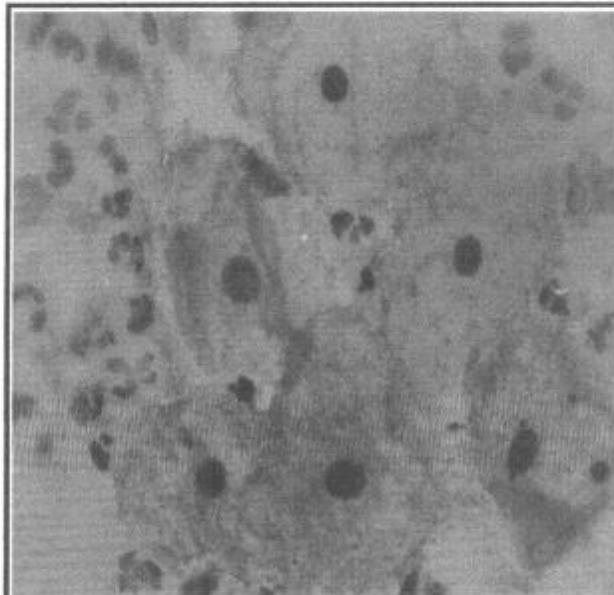
GESTANTES A TÉRMINO CON INFECCIÓN PUERPERAL, SIN INFECCIÓN PUERPERAL Y TOTAL
CON VAGINOSIS BACTERIANA Y SIN VAGINOSIS BACTERIANA POR TIPO DE INFECCIÓN PUERPERAL SEGÚN FRECUENCIA ABSOLUTA Y FRECUENCIA RELATIVA.

CLÍNICA ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN DEL CALLAO
DEL 20 DE AGOSTO DE 1997 AL 20 DE OCTUBRE DE 1997





Citología cérvico-vaginal que muestra abundante infiltrado leucocitario y células epiteliales pavonadas de gérmenes.
COLORACIÓN DE PAPANICOLAOU



Ampliación de la fotografía anterior
COLORACIÓN DE PAPANICOLAOU

**CLÍNICA ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN DEL CALLAO
ÁREA DE CONSULTORIOS EXTERNOS**



**CLÍNICA ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN DEL CALLAO
ÁREA DE EMERGENCIA**

