

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE
HUAMANGA**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**“COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DE LA VAGINOSIS
BACTERIANA EN MUJERES GESTANTES ATENDIDAS EN EL
SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE
AYACUCHO, ENERO A OCTUBRE DEL 2013”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

PRESENTADO POR:

FLORES DE LA CRUZ, Ruth Marivel

MARTÍNEZ ALVA, María Susana

ASESOR: Mg. Obst. PAVEL A. ALARCÓN VILA

AYACUCHO – PERÚ

2017

ACTA DE SUSTENTACIÓN
R.D. N° 011-2018 FCSA – UNSCH

Siendo las 8 y 30 de la mañana del día diez de Enero del año dos mil dieciocho, reunidos en los ambientes del auditorio de la escuela Profesional de obstetricia, los miembros del jurado asesorados por:

- Dr. Emilio Ramirez Roca
- Mg. Melchora Avalos Mamani
- Dra. Martha Infante Beingolea
- Obst. Elsa Fuentes Nolazco

Y como secretario docente el Lic. Pavel Alarcón Vila para recepcionar la sustentación del trabajo de tesis “Complicaciones obstétricas de la vaginosis bacteriana en mujeres gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, enero a Octubre del 2013” presentado por las bachilleres: Ruth Marivel Flores De La Cruz y María Susana Martínez Alva quienes pretenden optar el título profesional de Obstetra.

El presidente del jurado evaluador pide al secretario dar lectura a los documentos que obran la mesa.

Solicitud de Registro Nro. 2517 de fecha 19 de dic. 2017 R.D.N° 011-2018-ICSA-UNSCH, estando todos los documentos en regla, el presidente hace la invitación a las sustentantes dar inicio a su exposición indicando que cuentan con cuarenticinco minutos para su exposición.

Finalizada la exposición el presidente invita a los miembros del jurado a realizar las preguntas y/o aclaraciones si las hubiera.

Terminada la parte de las preguntas y respuestas se procede a la evaluación final, para lo cual se les invita a las sustentantes y al público en general a abandonar el auditorio para la deliberación y evaluaciones final de las mismas que obtienen los siguientes resultados.

Bachiller: Ruth Marivel Flores De La Cruz

JURADO	TEXTO	EXPOSICION	PREGUNTAS	P.FINAL
Dr. Emilio Ramirez Roca	17	17	17	17
Mg. Melchora Avalos Mamani	15	14	14	14
Dra. Martha Infante Beingolea	15	16	14	15
Obst. Elsa Fuentes Nolazco	16	16	15	16

Promedio: 16

Bachiller: María Susana Martínez Alva

JURADO	TEXTO	EXPOSICION	PREGUNTAS	P.FINAL
Dr. Emilio Ramirez Roca	17	17	17	17
Mg. Melchora Avalos Mamani	15	15	15	15
Dra. Martha Infante Beingolea	15	16	14	15
Obst. Elsa Fuentes Nolazco	15	15	15	15

Promedio: 16

De los resultados obtenidos la bachiller Ruth Marivel flores de la cruz obtiene la nota final de dieciséis (16) y la bachiller María Susana Martínez Alva obtiene la nota final de dieciséis (16).

Siendo las diez y treinta de la mañana se da por concluido el presente acto académico.

.....
Dr. EMILIO RAMIREZ ROCA
PRESIDENTE

.....
Mg. Melchora Avalos Mamani
JURADO

.....
Dra. MARTHA INFANTE BEINGOLEA
JURADO

.....
Obst. ELSA FUENTES NOLAZCO
JURADO

.....
Mg. PAVEL ALARCON VILA
SECRETARIO-ASESOR

DEDICATORIA

A Dios por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer e iluminar mi mente para terminar esta carrera profesional y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio profesional.

A mis padres por estar ahí cuando más los necesite, por su cariño, amor y sobre todo por sus constantes apoyos para lograr mis metas, por brindarme fortaleza en todo momento.

A mi esposo y mi hijo, que son mi motor y motivo, por su apoyo, amor y comprensión para terminar la carrera profesional.

Ruth Marivel

DEDICATORIA:

A Dios por darme la oportunidad de continuar a pesar de los obstáculos que nos da la vida, por estar ahí cuando más lo he necesitado y fortalecer las cosas justas que he logrado.

A mi madre quien es motor de mi vida, ejemplo de lucha, superación y sobre todo orgullo de mujer, a ella quien cumplió el rol de padre y madre durante muchos años y supo guiarme con gran humildad.

A mi asesor quien persevero con nosotras hasta el final y nos enseñó a enfrentar grandes adversidades.

Maria Susana

AGRADECIMIENTO

- ❖ A la **Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga**, Alma Mater, por brindarnos la oportunidad de lograr esta noble profesión, destinada al servicio de la comunidad.
- ❖ A la **Facultad de Ciencias de la Salud** y a toda la plana de sus docentes, por atribuirnos sus conocimientos, experiencia e idoneidad durante nuestra permanencia en el claustro universitario, quienes son ejemplo a seguir.
- ❖ A nuestro asesor, **Obst. Pavel Antonio Alarcón Vila**, a quien debemos la realización del trabajo de investigación, nuestro más sincero agradecimiento y gratitud.
- ❖ A la **Unidad de Estadística del Hospital Regional de Ayacucho**, y a todo su personal, por las facilidades brindadas para la obtención de datos.
- ❖ Finalmente, a todas aquellas personas que de una u otra manera, contribuyeron con su valioso apoyo y colaboración material y moral para la culminación del presente trabajo.

Ruth y María

INDICE

	Pág
INTRODUCCION	8
CAPITULO I	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.2 OBJETIVOS	14
CAPITULO II	
MARCO TEORICO	
2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO	15
2.2 BASE TEORICA CIENTIFICA	20
2.2.1 VAGINOSIS BACTERIANA	20
2.3 HIPOTESIS	35
2.4 DEFINICIÓN DE TERMINOS OPERATIVOS	35
CAPITULO III	
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	37
3.2 METODO DE INVESTIGACIÓN	37
3.3 POBLACIÓN	37
3.4 MUESTRA	37
3.5 VARIABLES DE ESTUDIO	37
3.6 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	39
3.7 PROCEDIMIENTO	39
CAPITULO IV	
4.1 RESULTADOS Y DISCUSION	41
4.2 CONCLUSIONES	56
4.3 RECOMENDACIONES	57
4.3 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	58
4.4 ANEXOS	61

INTRODUCCION

Las infecciones de transmisión sexual están adquiriendo cada vez más proporciones significativas en el mundo entero y en el país, afectan a todos los grupos etareos de la población en edad fértil, a tal punto que el riesgo es para toda edad.^{(3) (6)}

La vaginosis bacteriana (VB), es una infección causada por un desequilibrio en la flora de la vagina; esta no sólo está asociada con *Gardnerella vaginalis*, la etiología de esta afección se ha atribuido al denominado complejo GMM (Gardenellas vaginalis, Anaerobios, Mobilincus, Mycoplsma), *Gardnerella vaginalis* asociada con agentes anaerobios como son Bacteroides; Peptococcus, Peptoestreptococcus, enterobacterias, además de *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* y *Mobiluncus curtissic*.^{(3) (5)} La prevalencia va de 10% en mujeres asintomáticas embarazadas, a 50% en mujeres que consultan por alguna afección de la secreción anormal del flujo vaginal.

En la microflora vaginal normal predominan especies de lactobacilos, que producen peróxido de hidrógeno y ácido láctico, lo que mantiene la vagina con un pH inferior o igual a 4,5. Cuando la vaginosis bacteriana, está

presente, el pH aumenta por encima de 4,5; mientras que al examen microscópico del flujo vaginal se observa disminución de lactobacilos y aumento de bacterias anaerobias. ⁽⁴⁾

Los síntomas más comunes de la vaginosis bacteriana son flujo vaginal y mal olor; sin embargo, la mayoría de los casos son asintomáticos, por esta razón muchas mujeres no reciben tratamiento. Como consecuencia de esto último es responsable de una considerable morbilidad entre mujeres en edad reproductiva y está asociada con complicaciones obstétricas que incluyen parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, corioamnionitis, aborto espontáneo, infección pos cesárea y bajo peso al nacer. Estas complicaciones gestacionales generan una elevada morbimortalidad perinatal que sería evitable, si se llevara a cabo un adecuado control prenatal, como son el diagnóstico y manejo oportuno de la bacteriuria asintomática y la vaginosis bacteriana. ⁽¹⁰⁾

No está claro si la vaginosis bacteriana, se transmite sexualmente, pero es más común en las mujeres con muchos compañeros sexuales. Sin embargo, las mujeres que no son sexualmente activas también pueden contraer una vaginosis bacteriana. Asimismo, es posible que las duchas vaginales, el uso de vestimenta ajustada y una mala higiene femenina puedan aumentar las posibilidades de contraer una vaginosis bacteriana. ⁽²⁾

En los establecimientos de salud de la ciudad de Ayacucho, se atienden a gestantes con dolencias genitales, efectuándose mayormente los análisis relacionados con el diagnóstico y tratamiento de los microorganismos patógenos que ocasionan enfermedades “clásicas” tal como tricomoniasis, candidiasis, gonorrea, sífilis, etc.; pero, no así la vaginosis bacteriana, afección que a pesar de ser diagnosticada pasa a un segundo plano y, por

ende, la gestante no es tratada oportunamente, por lo que puede conllevar a complicaciones durante el curso del embarazo; en razón a ello se realizó el presente trabajo de investigación retrospectivo entre los meses de enero a octubre del 2013 en el Hospital Regional de Ayacucho, donde, de un total de 861 gestantes con infección genital, la incidencia de la vaginosis bacteriana fue del 31,6% (272), de estas, 112 presentaron complicaciones obstétricas; las complicaciones obstétricas fueron la ruptura prematura de membranas (39,3%), parto pretérmino (28,6%), inicio prematuro de trabajo de parto (22,3%) y endometritis post parto (9,8%); que se presentaron con mayor frecuencia en mujeres multigestas (70,5%) ($p > 0,05$); asimismo, el grupo de gestantes de 20 a 34 años de edad que se comportó como el grupo predominante para las complicaciones obstétricas($p > 0,05$); en tanto que el nivel de instrucción está relacionado con la presencia de complicaciones en las gestantes, donde el grupo más afectado fue el de aquellas con estudios de secundaria y primaria ($p < 0,05$); mientras que en cuanto a la zona de procedencia, esta no tiene relación directa con los casos de complicación obstétrica en gestantes con vaginosis bacteriana ($p > 0,05$).

CAPITULO I

PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La vaginosis bacteriana es un proceso patológico que afecta la vagina y se considera un síndrome por alteraciones de la flora bacteriana que se traduce en cambios fisicoquímicos de las secreciones vaginales y en el que intervienen las características propias del hospedero y su pareja sexual. Es el término actual que se le ha conferido a un síndrome clínico polimicrobiano que se caracteriza por presentar una secreción vaginal anormal con disturbios en el ecosistema vaginal con desplazamiento del lactobacilo por microorganismos anaerobios.

La Vaginosis Bacteriana es la causa más común de morbilidad de infecciones vaginales, incluyendo la descarga vaginal. A menudo no se reconoce correctamente a pesar de ser la causa del 40-50 % de las infecciones vaginales. Sin embargo, la Vaginosis Bacteriana es una condición clínicamente definida que se diagnostica con frecuencia en la atención primaria, aunque los cambios en su nomenclatura, los microorganismos causantes, así como en el tratamiento han causado confusión.

Corrientemente es vista como un cambio en el ecosistema vaginal normal de bacterias aerobias a anaerobias resultando en una descarga de mal olor.⁽⁶⁾

Estudios sobre la epidemiología de la Vaginosis Bacteriana indican que está relacionada con un historial de actividad sexual, embarazo, tricomoniasis anterior o enfermedades de transmisión sexual y el uso de contraceptivos, en particular por el uso de dispositivos intrauterinos (DIU).

Investigadores han encontrado que las duchas vaginales alteran la protección normal de la flora vaginal induciendo a las mujeres a desarrollar Vaginosis Bacteriana. Esto genera complicaciones como aumento del riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica, embarazos ectópicos, carcinoma de cuello uterino, aumento de la susceptibilidad a las ITS y reducción de fertilidad.⁽³⁾

La Vaginosis Bacteriana ha sido asociada con alteraciones importantes, fundamentalmente relacionadas con la terminación del embarazo, entre ellas la ruptura prematura de membranas, el inicio prematuro de trabajo de parto, el parto pretérmino, trastornos infecciosos como la corioamnionitis y el incremento del riesgo de endometritis posparto o poscesárea. Diversos autores han encontrado que la tasa de endometritis posparto es 10 veces superior en las pacientes con vaginosis bacteriana que en las mujeres con flora normal; asimismo, el inicio prematuro del trabajo de parto continúa complicando el 10% de todos los embarazos.

Con la vaginosis bacteriana como único factor de riesgo, el riesgo relativo de trabajo de parto antes de término fue de 2,6 veces más que el normal. Sin embargo, cuando la Vaginosis Bacteriana se combinó como factor de riesgo con el hallazgo de *Mobiluncus* en la tinción de Gram o el aislamiento de *Mycoplasma* de la flora vaginal, las tasas relativas de nacimiento antes de término se incrementaron 6 veces en comparación con las tasas normales. El

tratamiento de la vaginosis bacteriana durante el embarazo debe dirigirse a la eliminación de los síntomas. ⁽¹²⁾

Al Hospital Regional de Ayacucho, acuden generalmente gestantes procedentes de zonas urbano – marginales y rurales, con deficiencia económica y bajo nivel educativo, para ser atendidas de algunas molestias que se presentan durante su embarazo, entre ellas la vaginosis bacteriana, entidad que muchas veces a pesar de ser diagnosticada, no es tratada adecuadamente, la misma que puede complicar el curso del embarazo, parto y/o puerperio en las mujeres que son atendidas en este establecimiento de salud, desconociéndose las consecuencias adversas que se presentan en este campo obstétrico.

Debido a esta problemática, se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuáles fueron las complicaciones obstétricas de la vaginosis bacteriana en mujeres gestantes que fueron atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, en el periodo de enero a octubre del 2013 ?

1.2. OBJETIVOS:

Objetivo General

Determinar las complicaciones obstétricas de la vaginosis bacteriana en mujeres gestantes que fueron atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, en el periodo de enero a octubre del 2013.

Objetivos Específicos

- Determinar la incidencia de la vaginosis bacteriana en mujeres embarazadas.
- Identificar las complicaciones obstétricas causadas por la vaginosis bacteriana.
- Relacionar las complicaciones de la vaginosis bacteriana en el embarazo con la edad, paridad, grado de instrucción y procedencia,

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

Weström y cols. (1984), en Estocolmo, recomendaron el nombre actual del síndrome, durante el primer Simposium Internacional sobre Vaginitis, después de revisar todos los datos clínicos y microbiológicos recolectados en décadas recientes.

Así mismo, relacionó la salpingitis con la Vaginosis Bacteriana y señaló que las mujeres con secreciones vaginales normales (morfotipos de lactobacilos en cantidades superiores a las bacterias en el medio circundante y las células epiteliales sobrepasan el número de leucocitos), de conformidad con el análisis de preparaciones húmedas, raramente o casi nunca, tienen salpingitis.

Ortiz y Cols. (2000), en Cuba, estudiaron 300 exudados vaginales. Se obtuvo el 50,3% de positividad en las muestras estudiadas. *Candida sp*, fue la más aislada con (22,3%), seguido de vaginosis bacteriana (19,7%) y

Mycoplasma hominis (4,7%). La Vaginosis Bacteriana fue diagnosticada con mayor frecuencia en el grupo de 20 a 35 años de edad. *Candida sp.* y *Trichomonas vaginalis* fueron los microorganismos que más se asociaron con la Vaginosis Bacteriana.

Caballero y Cols. (2000), en Lima (Perú), en su publicación “vaginosis bacteriana” refiere que esta patología afecta principalmente a mujeres en edad reproductiva, siendo mayor en adultas jóvenes, donde posiblemente exista una participación de una escolaridad inadecuada y una relación directa con la actividad coital.

Rado y Cols. (2001), en Lima (Perú), determinaron los riesgos de la vaginosis bacteriana en gestantes, encontraron ruptura prematura de membranas en 12 multigestas y 7 en primigestas. El parto pretérmino ocurrió en 5 multigestas y 14 en primigestas. Es decir, en el parto prematuro y RPM el Riesgo Relativo encontrado en las gestantes con vaginosis bacteriana no fue estadísticamente significativo en relación a la gestación, siendo semejante a lo determinado en nuestro trabajo.

Concluyéndose que el tipo de gestación no está asociado con las complicaciones de la vaginosis bacteriana en el población en estudio.

Bartolomeo y Cols. (2002), en Argentina, estudiaron 84 adolescentes y 784 adultas. En las mujeres adultas se encontró: vaginosis bacteriana, 23,8%; *Candida spp* 17,8%; *S. agalactiae* 5,6%; *Trichomonas vaginalis* 2,4%. En 50,3% no se detectó ninguno. En adolescentes se detectó: vaginosis bacteriana, 17,8%; *Candidaspp* 29,7%; *Streptococcus agalactiae* 3,6%, *Trichomonas vaginalis* 2,4%: En 46,4% de los casos el resultado fue negativo.

Martínez y Cols. (2003), en Chile, identificaron las etiologías más frecuentes de infección vulvovaginal en adolescentes sintomáticas. Tomaron

muestras de flujo vaginal de 100 adolescentes las que fueron analizadas mediante Gram y cultivo. Se detectó 62% de vulvovaginitis, correspondiendo 31% a Vaginosis Bacteriana, 24% a candidiasis, 2% a tricomoniasis y 5% etiología mixta (VB asociado a candidiasis)

Flores y Cols. (2003), en México, estudiaron 118 pacientes. El diagnóstico de VB, se estableció en el 33.8%. La candidiasis vaginal se observó en el 9.3%, mientras que en el 2.5% se descubrieron Tricomonas. El 60% de las mujeres con Vaginosis Bacteriana, manifestó notar un incremento del flujo vaginal o de su olor desagradable. De las mujeres con VB, el 45% utiliza como método anticonceptivo el DIU, el 35% no utiliza ningún método, 15% orales y 5% preservativos.

Mota y Cols. (2008), en Venezuela, con el objetivo de determinar la Vaginosis Bacteriana, y definir los aspectos colposcópicos más frecuentes asociados a esta patología, realizaron un estudio descriptivo y transversal de 136 pacientes que acudieron a la consulta de ginecología por leucorrea. Se encontraron 65 pacientes con Vaginosis Bacteriana (47.7%), y en la evaluación colposcópica de la misma, lo más frecuente fue la colpitis a puntos finos rojos, difusa, con un patrón vascular de capilar simple y a la prueba de lugol, la imagen colposcópica fue el caoba irregular con 82 % ($P < 0,05$), estadísticamente significativo.

Müller y Cols. (2008), en Bogotá (Colombia): describen la frecuencia y etiología de las infecciones del tracto genital, en mujeres con flujo vaginal mediante un estudio de corte transversal en el que participaron 131 mujeres de 14 a 49 años con sintomatología genital. La Vaginosis Bacteriana se presentó en el 46% de las pacientes, seguida por la infección por Candida con el 16%. La sífilis fue la infección de transmisión sexual (ITS) más frecuente

con el 7% de los casos mientras que *Clamidyia trachomatis* se aisló en el 6%. *Trichomonas vaginalis* se observó en 2 pacientes y no hubo aislamientos para *N. gonorrhoeae*.

Vera y Cols. (2009), en Chile, evaluaron la validez y reproducibilidad del sistema de Nugent para el diagnóstico de Vaginosis Bacteriana, en 100 mujeres con embarazo de bajo riesgo. A cada paciente se le tomaron dos muestras de secreción de flujo vaginal y tres evaluadores examinaron cada muestra. Se evaluó la validez de los criterios de Nugent comparándolos con los de Amsel (prueba de oro) y se obtuvo el mejor punto de corte usando la curva del receptor-operador (ROC), para calcular la sensibilidad, especificidad y valores predictivos. La prevalencia actual de VB, fue 16%. El área bajo la curva ROC fue 0,98%. La sensibilidad fue 1,00%, especificidad 0,96%, valor predictivo positivo 0,82% y valor predictivo negativo 1,00%.

Chávez y Cols. (2009), en Lima (Perú), con el objetivo de identificar la asociación entre el uso de duchas vaginales y otros factores de riesgo con VB, realizaron un estudio transversal en 1252 mujeres que asistieron al servicio de planificación familiar de tres hospitales nacionales y un instituto especializado. La prevalencia de Vaginosis Bacteriana fue 20,1%. Las mujeres que practicaban duchas vaginales, que tenían dos o más parejas sexuales y que iniciaron una relación sexual a una edad temprana tuvieron mayor probabilidad de adquirir Vaginosis Bacteriana.

Fernández y Cols. (2010), en Lima (Perú), con el objetivo de determinar la frecuencia de Vaginosis Bacteriana, en 322 trabajadoras sexuales realizaron un estudio transversal. Se obtuvieron muestras de flujo vaginal y se emplearon los métodos de Amsel y Nugent para el diagnóstico de Vaginosis Bacteriana. La frecuencia de Vaginosis Bacteriana fue 26,1%. La Vaginosis

Bacteriana estuvo asociada con el conocimiento de Vaginosis Bacteriana, antecedentes de Vaginosis Bacteriana e Infecciones de Transmisión Sexual, número de partos, número de abortos y número de parejas sexuales por día. La frecuencia de Vaginosis Bacteriana en esta población es elevada, siendo necesaria la implementación de medidas que conduzcan a su control.

Gómez (2011), en Chile, relaciona el inicio prematuro de trabajo de parto con la vaginosis bacteriana, que continúa complicando el 10% de todos los embarazos, señalando que las grandes cantidades de fosfolipasa A₂ podía causar la cascada de prostaglandinas, provocando el trabajo de parto, donde las especies de Bacteroides y de Peptostreptococcus, que se encuentran presentes en grandes cantidades en las pacientes con vaginosis bacteriana, producen considerables volúmenes de fosfolipasa A₂.

Prieto y Cols. (2011), en Cuba , con el objetivo de conocer la relación del bajo peso al nacer con la sepsis vaginal en el área de salud del policlínico Este del municipio Camagüey, realizaron un estudio descriptivo, transversal, se tomó como muestra 55 niños que nacieron con peso inferior a 2500 g, independientemente de la edad gestacional, aplicándoles a las madres un cuestionario que contenía las variables: presencia de sepsis, tipo de germen, rotura prematura de membranas y modificaciones cervicales durante el embarazo. El 72,72% de las madres tuvieron en algún momento del embarazo sepsis vaginal, el germen más frecuente fue *trichomonas vaginalis* con el 50,90%; el 52,5% de las gestantes aunque tenían sepsis vaginal no presentaron modificaciones cervicales, concluyendo que más de la mitad de las gestantes que tuvieron sepsis vaginal presentaron rotura prematura de membranas.

2.2. BASE TEORICO – CIENTÍFICA

2.2.1. VAGINOSIS BACTERIANA (VB)

La VB, es una condición caracterizada por flujo o descarga vaginal de mal olor en ausencia de otros síntomas como irritación o picazón locales. No se la considera como una infección de transmisión sexual porque el origen está en un cambio de la flora bacteriana vaginal normal debido a diversos mecanismos. Las bacterias buenas, especialmente el Bacilo de Doderlein, mantienen la vagina ácida estableciendo una excelente barrera de protección contra otros gérmenes como la *Gardnerella vaginalis* y otros agentes que son capaces de producir una Vaginosis Bacteriana. El papel que desempeña la actividad sexual en la aparición de la Vaginosis Bacteriana, no está claro. Las mujeres no contraen la Vaginosis Bacteriana, por el contacto con los inodoros, la ropa de cama, las piscinas o por tocar los objetos que las rodean. Las mujeres que nunca han tenido relaciones sexuales también pueden padecer esta infección. ⁽¹¹⁾

2.2.1.1 Ecología de la Flora Vaginal

La flora vaginal normal es un ecosistema dinámico que puede alterarse con facilidad. Las secreciones vaginales tienen una composición que incluye moco cervical, secreciones trasudadas a través de la pared vaginal y varía la cantidad con la edad, la fase del ciclo menstrual, la excitación y la actividad sexual, los contraceptivos, embarazos, frecuencia y estado emocional. ⁽⁴⁾

Las secreciones vaginales normales se caracterizan por ser:

- Inodoras.
- Claras o blancas.
- Viscosas.
- Homogéneas o algo floculantes con elementos aglutinados.

- pH ácido < 4,5.
- No fluyen durante el examen del espéculo.
- Sin neutrófilos polimorfonucleares (PMNs).

Las especies microbiológicas que se encuentran en la vagina de la mujer saludable en edad reproductiva tienen una gran importancia por la producción de peróxido de hidrógeno de los *Lactobacillus spp.* En la flora vaginal normal éstos se encuentran en concentraciones de hasta 10 millones de lactobacilos por mililitro de secreciones vaginales. Mientras que la *Gardnerella vaginalis* puede aislarse en el 5 a 60 % de las mujeres sanas sexualmente activas, el *Mycoplasma hominis* en el 15-30% y existen concentraciones balanceadas de organismos facultativos y anaerobios.

Los bacilos producen ácido láctico a partir de la descomposición del glucógeno que se deposita en las células epiteliales de la vagina después de la pubertad. Este proceso hace que el pH normal de la vagina se ubique entre 3,8 y 4,4, excepto durante las menstruaciones, que fomenta el crecimiento de lactobacilos acidofílicos (bacilos anaerobios y facultativamente grampositivos).

La Vaginosis Bacteriana es la más común infección del tracto genital inferior que se encuentra entre las mujeres en edad reproductiva. Esta condición puede considerarse mejor como un síndrome vaginal asociado con una alteración de la flora normal más que una infección específica a algún microorganismo. En la misma, los lactobacilos normalmente predominantes se reemplazan por un conjunto de microorganismos, incluyendo *Gardnerella vaginalis* y anaerobios.

Las investigaciones muestran que el 95% de toda la descarga vaginal o infección proviene de 5 condiciones, que en orden de frecuencia son: Vaginosis Bacteriana, vulvovaginitis por candida, cervicitis (con frecuencia

ocasionada por *Chlamydia trachomatis*, virus Herpes simple o *N. gonorrhoeae*, secreciones normales pero excesivas y vaginitis por *Trichomonas vaginalis*.⁽⁴⁾

2.2.1.2. Epidemiología

Esta entidad es universal aunque antes era ignorada por la comunidad médica o considerada como una molestia menor para las mujeres. Además de los muchos problemas emocionales y físicos relacionados con la vaginitis, la pérdida económica que ha ocasionado es de proporciones relevantes. Dicha entidad afecta tanto a las mujeres de países industrializados como a la población femenina de países en vías de desarrollo. No se refieren diferencias en relación con razas u origen étnico.

Es una infección diagnosticable entre el 5 % y el 15 % de las mujeres que acuden a las consultas de Ginecología, y en el 33 % de las mujeres en edad reproductiva que padecen de vulvovaginitis. Con excepción se observa en la primera y segunda infancia.

La Vaginosis Bacteriana es la causa más común de morbilidad de infecciones vaginales, incluyendo la descarga vaginal. A menudo no se reconoce correctamente a pesar de ser la causa del 40-50% de las infecciones vaginales. Sin embargo, la Vaginosis Bacteriana es una condición clínicamente definida que se diagnostica con frecuencia en la atención primaria, aunque los cambios en su nomenclatura, los microorganismos causantes, así como en el tratamiento han causado confusión. Corrientemente es vista como un cambio en el ecosistema vaginal normal de bacterias aerobias a anaerobias resultando en una descarga de mal olor.

Algunos estudios sobre la epidemiología de la Vaginosis Bacteriana indican que estaba relacionada con un historial de actividad sexual,

embarazo, tricomoniasis anterior o infecciones de transmisión sexual y el uso de contraceptivos, en particular por el uso de dispositivos intrauterinos (DIU). *Bartlett* y col. analizaron el contenido vaginal obtenido entre los días 3 a 5 durante el ciclo menstrual de 5 mujeres voluntarias. En ellas se encontró concentración disminuida de Grampositivos, cocos y bacilos, mientras que en mujeres estudiadas en la semana premenstrual la concentración de organismos anaeróbicos permaneció constante.

Los factores responsables del cambio de la flora son desconocidos y hay muchos aspectos por aclarar, como la asociación de los estrógenos y la introducción de un nuevo compañero sexual. 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.

Estudios anteriores mostraron tasas de 30 a 45% en mujeres en edad reproductiva en varios entornos clínicos, la tasa más alta, (45%) se reportó en mujeres que acuden a consultorios privados. Las tasas en las clínicas prenatales u obstétricas varían entre 10 y 26%. Se han reportado tasas desde el 23 al 29% en otras clínicas ginecológicas o de planificación familiar.

En consultas el 17% de las mujeres que asistía por sintomatología genitourinaria tuvo Vaginosis Bacteriana. En un consultorio de la Universidad de Washington el 19% de estudiantes que concurrían por algún problema presentó Vaginosis Bacteriana. En las mujeres que acudían por infección de transmisión sexual, la frecuencia de Vaginosis Bacteriana varió del 24 a 37%. Existen múltiples causas de descarga vaginal que pueden agruparse en

infecciosas, descarga secundaria a cambios hormonales y otras causas.

Estas causas pueden resumirse de la forma siguiente:

a) Infecciosas:

- Vaginosis bacteriana.
- Candidiasis vulvovaginal.
- Vaginitis por trichomonas.
- Cervicitis mucopurulenta (*C. trachomatis*).
- Blenorragia.
- Condiloma acuminado.
- Herpes virus tipo 2.
- Vaginosis citolítica.

b) Descarga vaginal secundaria por cambios hormonales:

- Leucorrea fisiológica.
- Vaginitis atrófica.

c) Otras causas:

- Vaginitis química/alérgica (por cuerpo extraño).
- Vaginitis inflamatoria descamativa (liquen plano erosivo).
- Cervicitis crónica.
- Ectropión cervical.
- Pólipos cervicales.
- Cáncer endometrial y cervical.
- Enfermedades vasculares por colagenosis. ⁽¹¹⁾ ⁽⁸⁾

2.2.1.3. Bacteriología de la Vaginosis Bacteriana

La flora vaginal de una paciente con Vaginosis Bacteriana difiere en forma importante a la de una mujer sana, aunque aún se desconoce lo

suficiente de patogénesis exacta; sin embargo, probablemente los factores hormonales jueguen un papel importante. Vaginosis Bacteriana no es provocada por un solo patógeno sino que es una entidad clínica polimicrobiana que se distingue por una alteración de la ecología microbiana normal con una proliferación de los anaerobios, pero no se caracteriza por una respuesta inflamatoria.

Los investigadores han determinado que en la Vaginosis Bacteriana se produce un aumento de mil veces en cuanto a la cantidad de bacterias anaerobias, no lactobacilos (una minoría de la población bacteriana vaginal normal) que en forma esencial reemplaza la flora endógena (lactobacilos que producen peróxido de Hidrogeno (Duchas Vaginales)).⁽⁴⁾

Gardnerella produce succinato, que es necesario para la proliferación de los anaerobios. En las mujeres con Vaginosis Bacteriana, la concentración de *Gardnerella vaginalis* es de 100 a 1 000 veces más alta que la de mujeres que no padecen de esta enfermedad. Aun cuando el *Mobiluncus* aparece como morfotipo predominante entre los organismos marcados con la tinción de Gram, con frecuencia éste no puede cultivarse. Los *Mycoplasma* se encuentran también presentes en la flora anormal de las pacientes con Vaginosis Bacteriana.

En la actualidad se cree que en el tracto intestinal es donde se originan los organismos encontrados en la vagina de la mujer con Vaginosis Bacteriana. Se puede encontrar especie de *mobiluncus* en el recto de las mujeres con Vaginosis Bacteriana con tanta frecuencia como en aquellas sin Vaginosis Bacteriana.

Como consecuencia de los cambios y la interacción microbiana la flora vaginal anormal se caracteriza por presentar un pH más alcalino (>4,5). En la

misma, se observan cantidades disminuidas de especies lactobacilos que producen peróxido. Es típica la proliferación de *Gardnerella vaginalis*, y la presencia de especies de *Mobiluncus*, *Bacteroides* (especialmente las que se encuentran pigmentadas de negro), bacterias anaerobias como *Prevotellabivia*, otras especies de *Prevotella*, así como especies de *Peptostreptococcus* y *Mycoplasma hominis*.

Por tanto existe un criterio bien fundamentado sobre la presencia de una interacción microbiana que caracteriza la Vaginosis Bacteriana donde predomina la *Gardnerella vaginalis*, bacterias anaerobias y el *Mobiluncus hominis*, las que constituyen el núcleo patológico de esta afección. ⁽¹⁷⁾

2.2.1.4. Síntomas

La mayoría de las mujeres no tiene síntomas; sin embargo, alrededor de un 50% de las mujeres refieren un flujo vaginal fétido con lo que ha descrito como “olor a pescado” que empeora después de las relaciones sexuales o del período menstrual cuando el pH vaginal se hace menos ácido. No hay irritación ni picazón. Manchado amarillento de la ropa íntima. ⁽¹¹⁾

2.2.1.5. Complicaciones

La Vaginosis Bacteriana puede incrementar las posibilidades de contraer una infección pélvica seria llamada enfermedad inflamatoria pélvica, o una infección, luego de haberse realizado una operación vaginal o al útero. También puede incrementar la posibilidad de tener problemas durante el embarazo como por ejemplo bebés con poco peso al nacer o un parto prematuro (parto antes de los 9 meses). Es importante realizar el tratamiento especialmente en mujeres embarazadas que ya han tenido bebés prematuros en el pasado.

Sí la Vaginosis Bacteriana es detectada y tratada a tiempo, el riesgo de contraer alguno de estos problemas de salud disminuye. ⁽²⁾

2.2.1.6. Diagnóstico

Un diagnóstico de Vaginosis Bacteriana se basa en la presencia de cuando menos tres de los cuatro criterios clínicos propuestos por Amsel y colegas en el Simposio Internacional sobre Vaginosis Bacteriana en Estocolmo, y establecidas como estándar para indicar la presencia de la enfermedad.

- Descarga fina, blanca adherente y homogénea.
- pH superior a 4,5.
- Prueba de amina positiva.
- Células indicadoras (células guía) en preparación salina.

El uso de sólo 2 de los 4 criterios clínicos una prueba de "olor" a amina positiva y la presencia de células indicadoras, permite hacer un diagnóstico exacto y rápido de la VB sin afectar la sensibilidad, según *Thomason* y col. ⁽¹¹⁾

- **Descarga homogénea.** Se observan descargas vaginales blancas o blanco-grisáceas no inflamatorias en el introito, cuando la paciente se encuentra en posición supina, la cual cubre las paredes de la vagina. Si la descarga es abundante, puede extenderse del vestíbulo vulvar hasta el perineo. El examen con el espéculo revela la descarga clásica, como si se hubiese derramado un vaso de leche en la vagina. La consistencia homogénea puede ser fácilmente comprobada al retirarla de las paredes de la vagina con una torunda.
- **pH vaginal:** Se mide con un papel de pH sujetado con fórceps e introducido en la descarga vaginal, con precaución para evitar las secreciones menstruales y cervicales las cuales tienden a ser alcalinas.

Es importante no emplear lubricantes en el espéculo cuando se realiza el examen, ya que los mismos pueden elevar el pH y provocar resultados erróneos. La descarga también puede ser aplicada en el papel de pH con una torunda.

El pH en las pacientes que tienen Vaginosis Bacteriana es superior a 4,5 (por lo general es de 5,0 a 6,0). Un pH vaginal inferior a 4,5 excluye el diagnóstico de Vaginosis Bacteriana. El pH de las secreciones del endocérvix es superior al de las secreciones vaginales, por consiguiente, las secreciones deben ser muestreadas sólo en la vagina.

- **Olor o prueba de aminas.** Las aminas (trimetilamina, putrescina y cadaverina) son producidas por la flora vaginal mezclada y se detectan cuando las secreciones vaginales se mezclan con hidróxido de potasio en la platina de un microscopio o cuando una torunda con secreciones vaginales se sumerge en un tubo de ensayo que contiene hidróxido de potasio. El olor de amina, que recuerda el olor a pescado, se produce cuando una gota de descarga se mezcla con una gota de hidróxido de potasio al 10 %. No se produce este olor en ausencia de Vaginosis Bacteriana. El olor de amina puede encontrarse en mujeres con tricomoniasis. La prueba de amina empleada sola predice el diagnóstico de VB en forma exacta en el 94 % de las pacientes.
- **Células indicadoras.** Las células indicadoras son células epiteliales escamosas con tantas bacterias adheridas a su superficie que el borde de las células se torna oscuro. Las células vaginales epiteliales generalmente tienen bordes característicos. La presencia de células guías (*cluecells*) en el examen en fresco, se detecta diluyendo la secreción en 1 mL de solución salina y observando al microscopio.

Generalmente más del 20 % de las células epiteliales de la mujer con Vaginosis Bacteriana, tienen la apariencia distinta del borde dentado. *Amsel* y col. han mostrado que una preparación húmeda positiva clara de las células indicadoras significa la presencia de Vaginosis Bacteriana con una especificidad del 90% o superior. Las pacientes con Vaginosis Bacteriana pueden tener células epiteliales que no son células indicadoras.

2.2.1.7. Tratamiento

El principal objetivo del tratamiento es eliminar las manifestaciones y signos de la infección vaginal, por tanto toda mujer con sintomatología requiere de tratamiento. En la actualidad, el metronidazol se ha reconocido como medicamento altamente efectivo contra anaerobios y moderadamente activo contra *Gardnела vaginalis*.

El régimen recomendado en mujeres no gestantes, incluye metronidazol, 500 mg por vía oral, 2 veces al día / 7 días, asociado con metronidazol gel 0,75%, 5 gramos intravaginal, por 5 días; o clindamicina 300 mg por vía oral, 2 veces al día/ 7 días, más clindamicina crema 2%, 5 g intravaginal al acostarse/ 7 días. Un régimen alternativo consiste en el uso de metronidazol (2g en dosis única), pero esta variante tiene menos eficacia en la Vaginosis Bacteriana.

Otras opciones de tratamiento pueden ser dosis únicas de secnidazol o tinidazol, con los cuales se obtiene una cura entre el 59 y 96% de las pacientes. El secnidazol es bien tolerado y sus efectos adversos son en su mayoría gastrointestinales.

Además, se han aplicado alternativas utilizando sustancias fisiológicas o naturales, tales como lactato en forma de gel y yogurt comercial, el cual es

acidificante y contiene cepas de lactobacilos; esta clase de tratamientos puede tener un espacio en ciertas condiciones clínicas, como es en el embarazo, inflamaciones recurrentes y también, como profilácticos ante procedimientos ginecológicos invasivos o cirugía abdominal.

El tratamiento de la pareja no está recomendado por el momento. No se reconoce una equivalencia clínica de la Vaginosis Bacteriana en el hombre y no se ha demostrado que el tratamiento en el hombre sea beneficioso para el paciente y su pareja.

Las consultas posteriores o visitas de seguimiento habitualmente no son necesarias, si los síntomas desaparecen. La recurrencia de la Vaginosis Bacteriana es rara. ^{(11) (4)}

2.2.2.7. Vaginosis bacteriana en embarazadas ⁽²⁰⁾

La Vaginosis Bacteriana ha sido asociada con alteraciones importantes, fundamentalmente relacionadas con la terminación del embarazo, entre ellas la rotura prematura de membranas, el inicio prematuro de trabajo de parto, el parto pretérmino, trastornos infecciosos como la corioamnionitis y el incremento del riesgo de endometritis posparto o poscesárea.

Estudios recientes sugieren que la Vaginosis Bacteriana puede ser un factor causante de la rotura prematura de las membranas y parto prematuro; por tanto, es esencial un seguimiento clínico de las mujeres embarazadas con Vaginosis Bacteriana.

- *Corioamnionitis*. Recientemente se ha relacionado mucho la corioamnionitis con la Vaginosis Bacteriana de la madre y con el riesgo de alumbramiento prematuro, con trabajo de parto pretérmino o ruptura prematura de membranas o ambos.

- *Endometritis posparto*. El aislamiento de la flora microbiana del endometrio de las pacientes con endometritis posterior al parto refleja la flora de las pacientes con Vaginosis Bacteriana. Diversos autores han encontrado que la tasa de endometritis posparto es 10 veces superior en las pacientes con Vaginosis Bacteriana que en las mujeres con flora normal.
- *Inicio prematuro de trabajo de parto*. El inicio prematuro del trabajo de parto continúa complicando el 10 % de todos los embarazos. Las grandes cantidades de fosfolipasa A₂ podía causar la cascada de prostaglandinas, provocando el trabajo de parto. Las especies bacteroides y las especies *Peptostreptococcus*, que se encuentran presentes en grandes cantidades en las pacientes con Vaginosis Bacteriana, produciendo considerables volúmenes de fosfolipasa A₂.

Con la vaginosis bacteriana como único factor de riesgo, el riesgo relativo de trabajo de parto antes de término fue de 2,6 veces más que el normal. Sin embargo, cuando la Vaginosis Bacteriana se combinó como factor de riesgo con el hallazgo de mobiluncus en la tinción de Gram o el aislamiento de micoplasma de la flora vaginal, las tasas relativas de nacimiento antes de término se incrementaron 6 veces en comparación con las tasas normales. El tratamiento de la Vaginosis Bacteriana durante el embarazo debe dirigirse a la eliminación de los síntomas. Se ha indicado el tratamiento en gestantes asintomáticas con el alto riesgo (parto pretérmino anterior) o gestante de bajo riesgo con sintomatología.

Tabla 1. Tratamiento contra *Gardnerella vaginalis*

Medicamento	Dosis	Duración
Metronidazol	500 mg oral (2 veces al día)	7 días
Clindamicina crema 2 %	5 g intravaginal al acostarse	7 días
Metronidazol gel 0.75 %	5 g intravaginal (2 veces al día)	5 días
Régimen alternativo		
Metronidazol	2 g oral	Dosis única
Clindamicina	300 mg oral	7 días

2.2.1.8. Otras afecciones asociadas con la vaginosis bacteriana⁽¹⁵⁾

Aun cuando la Vaginosis Bacteriana con frecuencia produce síntomas en las pacientes, se presentan secuelas infecciosas importantes en las mujeres que padecen de esta enfermedad. Un aumento en la concentración de bacterias patogénicas de 100 a 1 000 veces en la vagina proporciona una oportunidad amplia para las infecciones del tracto genital superior e inferior.

Un cirujano puede predecir una tasa superior de infección posoperatoria que la normal si el sitio de la incisión se encuentra en la vagina. También en forma importante, las enzimas y los subproductos metabólicos de la flora bacteriana anormalmente incrementada impiden la respuesta de las células blancas sanguíneas normales a la infección.

La Vaginosis Bacteriana se ha con ligado en forma epidemiológica varias enfermedades y condiciones urogenitales. Las condiciones relacionadas con la VB identificadas desde el punto de vista obstétrico y ginecológico son: Ginecológicas: 1) Descarga vaginal anormal 2) Displasia cervical 3) Cervicitis mucopurulenta 4) Enfermedad pélvica inflamatoria 5) Infección posterior a la cirugía 6) Infección del tracto urinario. Obstétricas: 1) Corioamnionitis 2) Endometritis pos parto 3) Trabajo de parto antes de término 4) Endometritis puerperal y 5) Bajo peso al nacer.

- *Descarga vaginal anormal.* Cuando menos, del 20% al 30% de todas las mujeres con vaginitis tienen Vaginosis Bacteriana. Sin embargo, el médico debe decidir si la descarga es cervical o vaginal. Por ejemplo, aun cuando la Vaginosis Bacteriana por sí misma no provoca cervicitis mucopurulenta. La cervicitis mucopurulenta causada por clamidias, gonorrea, micoplasma, etc. se relaciona epidemiológicamente con Vaginosis Bacteriana.
- *Displasia cervical.* El papiloma virus humano es el organismo encontrado con más frecuencia en las pacientes con displasia cervical. El riesgo de este problema en las pacientes con Vaginosis Bacteriana es 2 veces mayor que el riesgo normal. Una teoría asociada con la relación entre Vaginosis Bacteriana y la displasia cervical contempla una posible concentración anormal de nitrosamidas; éstas son potentes carcinógenos humanos relacionados con grandes cantidades de muchas especies de bacterias anaeróbicas.
- *Salpingitis.* La frecuencia de salpingitis ha aumentado hasta proporciones epidémicas y cuando menos 3 millones de mujeres llegan a infectarse por año. *Weström* relacionó la salpingitis con la Vaginosis Bacteriana y señaló que las mujeres con secreciones vaginales normales (morfotipos de lactobacilos en cantidades superiores a las bacterias en el medio circundante y las células epiteliales sobrepasan el número de leucocitos), de conformidad con el análisis de preparaciones húmedas, raramente o casi nunca, tienen salpingitis verdadera.
- *Enfermedad pélvica inflamatoria.* En forma similar *Paavonen* y col encontraron que la Vaginosis Bacteriana está estrechamente relacionada con la enfermedad pélvica inflamatoria cuando emplearon un criterio

riguroso, (la evidencia laparoscópica de la infección); la salpingitis es una enfermedad polimicrobiana (se pueden aislar anaerobios del epitelio tubárico en casi el 50% de las pacientes).

- *Infección recurrente del tracto urinario.* Cuando se comparan los cultivos cuantitativos del introito vaginal de las mujeres sanas con las pacientes que tienen infecciones recurrentes del tracto urinario, las cuentas bacterianas son muy superiores en las pacientes cuyo pH vaginal es superior a 4,5.

2.2.1.9. Papel del compañero sexual masculino

La frecuencia de Vaginosis Bacteriana en las mujeres sexualmente activas ha llevado a la conclusión de que la Vaginosis Bacteriana se transmite por contacto sexual. La recolección frecuente de *Gardnerella vaginalis* de los compañeros sexuales masculinos ha reforzado ese concepto. Sin embargo, algunos autores no encontraron relación entre la recurrencia de Vaginosis Bacteriana y el aislamiento de *Gardnerella vaginalis* de los compañeros sexuales masculinos. La enfermedad se transmite de una forma más compleja, y la fisiopatología de esta infección nos vuelve renuentes a etiquetar a la Vaginosis Bacteriana como una enfermedad de transmisión sexual.

En un estudio se aislaron especies de mobiluncus ya sea de la vagina y/o del recto en 29 de 34 mujeres (85%) con Vaginosis Bacteriana, lo que sugiere con fuerza que el recto puede ser una reserva para estos organismos. Presentan evidencias de transmisión sexual los estudios que muestran una estrecha correlación entre la cantidad de compañeros sexuales 30 días antes del examen en las mujeres con y sin Vaginosis Bacteriana, con tasas mayores en el caso de las mujeres con más de 5 compañeros a lo largo de su vida. La

transmisión sexual inequívoca de Vaginosis Bacteriana, permanece sin comprobarse.⁽¹¹⁾

2.3.- HIPÓTESIS

La incidencia de vaginosis bacteriana en el embarazo es alta y conduce a complicaciones obstétricas adversas que afectan a la madre y al niño (ruptura prematura de membranas, parto pretérmino, inicio prematuro de trabajo de parto).

2.4.- DEFINICIÓN DE TERMINOS OPERATIVOS

1. Gestante

Término que se atribuye a una mujer después de producirse la fecundación del óvulo.

2. Vaginosis Bacteriana

Infección causada por un desequilibrio en la flora de la vagina, en la que se observa colonización de otras bacterias diferentes.

3. Parto Pretérmino.

Parto ocurrido antes de las 37 semanas de gestación, que puede deberse a varios factores, entre ellos a la consecuencia de un proceso infeccioso genital.

4. Inicio Prematuro de Trabajo de Parto.

La presencia de grandes cantidades de fosfolipasa A_2 induce a la cascada de prostaglandinas, provocando el trabajo de parto. Las especies bacteroides y las especies *Peptostreptococcus*, que se encuentran presentes en grandes cantidades en las pacientes con vaginosis bacteriana, producen considerables volúmenes de fosfolipasa A_2 .

5. Ruptura Prematura de Membranas.

Es la ruptura espontánea de las membranas corioamnióticas unas dos o más horas antes de iniciar el trabajo de parto.

11. Edad.

Es el tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta la entrevista realizada, representándose en año cronológico.

12. Paridad.

Es el estado de haber parido uno o más productos de 500 gramos de peso o más, vivo o muerto por vía vaginal y se clasifica en nulípara, primípara y multípara.

13. Procedencia.

Se refiere al lugar donde una persona nace o vive, sea sola o con su familia. Para el presente estudio se considerará la zona donde vive, tal como urbana, urbano – marginal y rural.

14. Grado de Instrucción.

Es el nivel de estudios conseguidos por una persona a lo largo de su vida. En tanto, aquella que no ha seguido ningún nivel de estudios, se considera como iletrada

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.- TIPO DE INVESTIGACIÓN

Aplicada.

3.2.- METODO DE ESTUDIO

Descriptivo, retrospectivo y transversal.

3.3.- POBLACIÓN

Estuvo representada por 861 historias clínicas de gestantes que presentaron cuadros de infección genital durante el periodo de enero a octubre 2013 y que fueron atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho.

3.4.- MUESTRA

Constituida por 272 gestantes con diagnóstico de vaginosis bacteriana en el periodo de enero a octubre del 2013.

3.5.- VARIABLES DE ESTUDIO

3.5.1. Variable Independiente

Vaginosis bacteriana en el embarazo

3.5.2. Variable dependiente

Complicaciones Obstétricas

a) Materno:

- Ruptura prematura de membranas
- Parto pretérmino
- Inicio prematuro de trabajo de parto
- Endometritis Post Parto

Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR
Variable Independiente		
Vaginosis bacteriana	Presente Ausente	Test de Amsel positivo Test de Amsel negativo
Variable Dependiente		
RPM	Presente Ausente	Cristalización en hehecho Sin cristalización
Parto pretérmino	Presente Ausente	Antes de 37 semanas Después de 37 semanas
Inicio prematuro de trabajo de parto	Presente Ausente	Presencia de prostaglandinas Ausencia de prostaglandinas
Variable Interviniente		
Edad	< 20 años 21 – 34 años > 35 años	DNI
Grado de instrucción	Iletrada Primaria Secundaria Superior	Sin estudios 1° a 6° grado 1° a 5° grado 1° a 5° año
Paridad	Primípara Múltipara	Primer hijo Dos o más hijos
Procedencia	Urbana Marginal Rural	Vive en la ciudad Vive en zonas marginales Vive en el campo

3.6.- TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Se utilizaron las técnicas e instrumentos para determinar la prevalencia de la vaginosis bacteriana e identificar las complicaciones obstétricas ocurridas en el embarazo, que incluye lo siguiente:

Técnicas:

- Revisión de historias clínicas de la embarazada .
- Revisión y estudio de historias clínicas con diagnóstico de vaginosis bacteriana de la embarazada.

Instrumentos:

- Historias clínicas
- Fichas de recolección de datos.

3.7.- PROCEDIMIENTO

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal, realizando la revisión y estudio de las historias clínicas de las embarazadas, para determinar las complicaciones obstétricas de la vaginosis bacteriana en mujeres embarazadas que fueron atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho en el periodo comprendido entre el mes de enero a octubre del 2013.

La fuente de datos fue la historia clínica de las embarazadas que tuvieron episodios de vaginosis bacteriana, de las cuales se extrajeron las referencias necesarias para determinar si hubo o no complicaciones obstétricas durante el embarazo, datos que fueron consignados en la fichas de recolección estructurada para tal fin.

3.7.1.-Procesamiento Estadístico de los Datos

Se utilizaron como medidas estadísticas descriptivas la distribución de frecuencias y porcentaje. Con los datos obtenidos, luego de ser tabulados, se

construyeron cuadros estadísticos de frecuencia porcentual, en la que se relacionaron las variables de estudio. Y para determinar el grado de dependencia entre las variables, se aplicó la prueba estadística del Chi Cuadrado (X^2)

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TABLA N° 1

**INCIDENCIA DE VAGINOSIS BACTERIANA EN MUJERES
EMBARAZADAS, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
AYACUCHO. ENERO – OCTUBRE 2013.**

Incidencia de vaginosis bacteriana	Frecuencia	
	N°	%
Infección genital	589	68,4
Vaginosis bacteriana	272	31,6
TOTAL	861	100,0

En la Tabla N° 1, se observa la incidencia de vaginosis bacteriana en mujeres embarazadas, donde se aprecia que de 861 casos de infección genital atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho en el periodo de enero a octubre, el 31,6% (272 casos), correspondió a esta patología; mientras que el 68,4% (589) se refiere a otro tipo de patologías genitales.

Tal como se puede apreciar, la vaginosis bacteriana es un proceso patológico muy prevalente que afecta la vagina por alteraciones de la flora bacteriana que se traduce en cambios fisicoquímicos de las secreciones

vaginales; caracterizado por presentar una secreción vaginal anormal, siendo la causa más común de morbilidad de infecciones vaginales, incluyendo la descarga vaginal, en tal sentido:

Flores y Cols. (2003), en Nuevo León, México, refieren que a menudo no se reconoce correctamente la sintomatología de la vaginosis bacteriana a pesar de ser la causa del 40-50% de las infecciones vaginales.

Ortiz y Cols. (2000), en Cuba, al estudiar 300 exudados vaginales, reportan el 50,3% de positividad a infección vaginal, donde *Candida sp*, fue la más aislada con (22,3%), seguido de vaginosis bacteriana (19,7%) y *Mycoplasma hominis* (4,7%).

Martínez y Cols. (2003), en Chile, identificaron las etiologías más frecuentes de infección vulvovaginal en adolescentes sintomáticas. Tomaron muestras de flujo vaginal de 100 adolescentes las que fueron analizadas mediante Gram y cultivo. Se detectó 62% de vulvo vaginitis, correspondiendo 31% a Vaginosis Bacteriana, 24% a candidiasis, 2% a tricomoniasis y 5% etiología mixta (Vaginosis Bacteriana asociado a candidiasis)

Flores y Cols. (2003), en México, estudiaron 118 pacientes. El diagnóstico de VB, se estableció en el 33.8%. La candidiasis vaginal se observó en el 9.3%, mientras que en el 2.5% se descubrieron Tricomonas. El 60% de las mujeres con Vaginosis Bacteriana, manifestó notar un incremento del flujo vaginal o de su olor desagradable. De las mujeres con VB, el 45% utiliza como método anticonceptivo el DIU, el 35% no utiliza ningún método, 15% orales y 5% preservativos.

Mota y Cols. (2008), en Venezuela, realizaron un estudio descriptivo y transversal de 136 pacientes que acudieron a la consulta de ginecología por leucorrea. Se encontraron 65 pacientes con Vaginosis Bacteriana (47.7%), y

en la evaluación colposcópica de la misma, lo más frecuente fue la colpitis a puntos finos rojos, difusa, con un patrón vascular de capilar simple y a la prueba de lugol, la imagen colposcópica fue el caoba irregular con 82 % ($P < 0,05$), estadísticamente significativo.

Müller y Cols. (2008), en Bogotá (Colombia): describen la frecuencia y etiología de las infecciones del tracto genital, en mujeres con flujo vaginal mediante un estudio de corte transversal en el que participaron 131 mujeres de 14 a 49 años con sintomatología genital. La Vaginosis Bacteriana se presentó en el 46% de las pacientes, seguida por la infección por *Candida* con el 16%. La sífilis fue la infección de transmisión sexual (ITS) más frecuente con el 7% de los casos mientras que *Chlamydia trachomatis* se aisló en el 6%. *Trichomonas vaginalis* se observó en 2 pacientes y no hubo aislamientos para *Neisseria gonorrhoeae*.

TABLA N° 2

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DE LA VAGINOSIS BACTERIANA EN MUJERES EMBARAZADAS, HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. ENERO – OCTUBRE 2013.

Complicaciones obstétricas	Frecuencia	
	N°	%
Con complicación	112	41,2
Inicio prematuro de trabajo de parto	25	9,2
Parto pretérmino	32	11,8
Ruptura prematura de membranas	44	16,2
Endometritis post parto	11	4,0
Sin complicación	160	58,8
TOTAL	272	100,0

En la Tabla N° 2, se aprecian las complicaciones obstétricas a las que condujeron la presencia de vaginosis bacteriana en mujeres embarazadas, donde se observa que el 41,2% (112 casos) tuvieron algún tipo de complicación materna, siendo la más frecuente fue la ruptura prematura de membranas con el 16,2% (44 casos), seguida por el parto pretérmino, con el 11,8% (32 casos); inicio prematuro de trabajo de parto con el 9,2% (25 casos) y, la endometritis post parto en el 4% (11 casos), resultados que fueron obtenidos de las historias clínicas que obran en la Unidad de Estadística del referido nosocomio, evidenciando lo que la bibliografía reporta, cual es, lo que vaginosis bacteriana está asociada a una serie de complicaciones relacionadas con el embarazo.

La vaginosis bacteriana puede incrementar las posibilidades de contraer una infección pélvica seria llamada enfermedad inflamatoria pélvica, o una infección, luego de haberse realizado una operación vaginal o al útero. También puede incrementar la posibilidad de tener problemas durante el

embarazo como por ejemplo Recién Nacido con poco peso al nacer o un parto prematuro.

En relación a nuestros resultados:

Prieto y Cols. (2011), en Cuba, tomaron como muestra 55 niños que nacieron con peso inferior a 2500 g, independientemente de la edad gestacional, aplicándoles a las madres un cuestionario que contenía las variables: presencia de sepsis, tipo de germen, rotura prematura de membranas y modificaciones cervicales durante el embarazo. El 72,72% de las madres tuvieron en algún momento del embarazo vaginosis bacteriana, concluyendo que más de la mitad de las gestantes que tuvieron esta patología presentaron rotura prematura de membranas.

Gómez (2011), en Chile, relaciona el inicio prematuro de trabajo de parto con la vaginosis bacteriana, que continúa complicando el 10% de todos los embarazos, señalando que las grandes cantidades de fosfolipasa A₂ podía causar la cascada de prostaglandinas, provocando el trabajo de parto, donde las especies de Bacteroides y de Peptostreptococcus, que se encuentran presentes en grandes cantidades en las pacientes con vaginosis bacteriana, producen considerables volúmenes de fosfolipasa A₂.

TABLA N° 3

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DE LA VAGINOSIS BACTERIANA EN MUJERES EMBARAZADAS, EN RELACIÓN A LA PARIDAD, HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. ENERO – OCTUBRE 2013.

Complicaciones obstétricas	Paridad				TOTAL	
	Primípara		Multípara		N°	%
	N°	%	N°	%		
Inicio prematuro de trabajo de parto	06	5,4	19	17,0	25	22,3
Parto pretérmino	09	8,0	23	20,5	32	28,6
Rotura prematura de membranas	13	11,6	31	27,7	44	39,3
Endometritis posparto	05	4,5	06	5,4	11	9,8
TOTAL	33	29,5	79	70,5	112	100,0
$\chi^2 = 1,31$		$p > 0,05$		N.S.		
NS = No significativo						

En la Tabla N° 3, se relaciona las complicaciones obstétricas con la paridad de las mujeres afectadas con vaginosis bacteriana, donde se puede apreciar que de 112 casos de complicación obstétrica, el 70,5% (79 casos) se identificó en mujeres multiparas, siendo la ruptura prematura de membranas (27,7%) y el parto pretérmino (20,5%), las complicaciones más frecuentes; mientras que en las primíparas se determinó en el 29,5% (33 casos), con similar predominio de la rotura de membranas y el parto pretérmino.

Resultados que al ser analizados con el estadístico del Chi Cuadrado, demuestran que no hay diferencia significativa entre las variables de estudio ($p > 0,05$), lo que significa que las complicaciones obstétricas de la vaginosis bacteriana no están influenciadas por el número de partos, pudiendo presentarse indistintamente en cualquier grupo de gestante, siempre y cuando estén presentes los factores microbianos que generen el desencadenamiento

de los elementos virulentos, los mismos que van a influir en el debilitamiento de las membranas de defensa de la gestante.

Al respecto, **Rado y Cols. (2001)**, en Lima (Perú), al determinar los riesgos de la vaginosis bacteriana en gestantes, encontraron ruptura prematura de membranas en 12 multigestas y 7 en primigestas. El parto pretérmino ocurrió en 5 multigestas y 14 en primigestas. Es decir, en el parto prematuro y Ruptura Prematura de Membrana el riesgo relativo encontrado en las gestantes con vaginosis bacteriana no fue estadísticamente significativo en relación a la gestación, siendo semejante a lo determinado en nuestro trabajo.

Concluyéndose que la paridad no está asociada con las complicaciones de la vaginosis bacteriana en la población en estudio.

TABLA N° 4

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DE LA VAGINOSIS BACTERIANA EN MUJERES EMBARAZADAS, EN RELACIÓN A LA EDAD, HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. ENERO – OCTUBRE 2013.

Complicaciones obstétricas	Edad (años)						TOTAL	
	< 20		20 – 34		> 35			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Inicio prematuro trabajo parto	03	2,7	15	13,4	07	6,3	25	22,3
Parto pretérmino	07	6,3	15	13,4	10	8,9	32	28,6
RPM	07	6,3	21	18,8	16	14,3	44	39,3
Endometritis posparto	02	1,8	06	5,4	03	2,7	11	9,8
TOTAL	19	17,0	57	50,9	36	32,1	112	100,0
$\chi^2 = 2,43$	p > 0,05		N.S.					
NS = No significativo								

En la Tabla N° 4, se establece la relación entre las complicaciones obstétricas y los grupos de edad de las gestantes con vaginosis bacteriana, donde se puede apreciar que el mayor número de mujeres que tuvieron complicación tienen edad entre los 20 a 34 años (50,9%), presentándose en este grupo con mayor prevalencia la rotura de membranas con 18,8% (21 casos) y el parto pretérmino conjuntamente con el inicio prematuro de trabajo de parto con 13,4% (15 casos), para cada variable, respectivamente; luego están las gestantes mayores de 35 años con 32,1% (36 mujeres), identificándose prioritariamente como complicación a la rotura prematura de membranas con el 14,3% (16 casos); en tanto que las gestantes menores de 20 años agruparon al 17% (19 casos), quienes tuvieron como complicación al parto pretérmino a la ruptura prematura de membranas con 6,3%, respectivamente para cada variable.

Resultados, que al ser analizados con el estadístico del Chi Cuadrado, demuestran que no hay diferencia significativa entre la edad y las complicaciones obstétricas de gestantes con vaginosis bacteriana ($p > 0,05$), significando que la edad no influye sobre las complicaciones del embarazo por causa de la patología genital, pudiendo presentarse de manera indistinta en cualquier edad.

Al respecto:

Bartolomeo y Cols. (2002), en Argentina, estudiaron 84 adolescentes y 784 adultas. En las mujeres adultas encontraron vaginosis bacteriana en el 23,8%; *Candida spp* en el 17,8%; *Streptococcus agalactiae* 5,6%; *Trichomonas vaginalis* 2,4%. En 50,3% no se detectó ninguno. En adolescentes se detectó: vaginosis bacteriana, 17,8%; *Candida spp* 29,7%; *Streptococcus agalactiae* 3,6%, *Trichomonas vaginalis* 2,4%: En 46,4% de los casos el resultado fue negativo,

Asimismo:

Ortiz y Cols. (2000), en Cuba, al estudiar 300 exudados vaginales, determinaron que la vaginosis bacteriana fue diagnosticada con mayor frecuencia en el grupo de 20 a 35 años de edad. *Candida sp.* y *Trichomonas vaginalis* fueron los microorganismos que más se asociaron con la vaginosis bacteriana, aunque estos investigadores no hacen mención a las complicaciones obstétricas, sino que hacen notar la diferencia de prevalencia de la vaginosis en adolescentes, quienes padecen en menor frecuencia en comparación con las mujeres adultas, cuyos resultados son similares a lo obtenido en el presente trabajo, si se trata de prevalencia de la Vaginosis Bacteriana en los diferentes grupos etáreos.

Por lo que se concluye que las complicaciones obstétricas generadas por la vaginosis bacteriana no tienen relación directa con los grupos de edad de la población en estudio.

TABLA N° 5

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DE LA VAGINOSIS BACTERIANA EN MUJERES EMBARAZADAS, EN RELACIÓN AL GRADO DE INSTRUCCIÓN, HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. ENERO – OCTUBRE 2013.

Complicaciones obstétricas	Grado de instrucción						TOTAL	
	Primaria		Secundaria		Superior		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Inicio prematuro de trabajo parto	06	5,4	17	15,2	02	1,8	25	22,3
Parto pretérmino	18	16,1	11	9,8	03	2,7	32	28,6
Rotura prematura de membranas	17	15,2	18	16,1	09	8,0	44	39,3
Endometritis posparto	02	1,8	06	5,4	03	2,7	11	9,8
TOTAL	43	38,4	52	46,4	17	15,2	112	100,0
	$\chi^2 = 12,66$		p < 0,05		*			
	* = Significativo							

En la Tabla N° 5, se muestra la relación entre las complicaciones obstétricas y el nivel de instrucción de las gestantes con vaginosis bacteriana, donde se puede apreciar que el mayor número de mujeres que tuvieron complicación tienen estudios de secundaria (46,4%), presentándose en este grupo con mayor prevalencia la rotura de membranas con 16,1% (18 casos) y el inicio prematuro de trabajo de parto con 15,2% (17 casos); luego están las gestantes con estudios de primaria con 38,4% (43 mujeres), identificándose prioritariamente como complicación al parto pretérmino con el 16,1% (18 casos) y la rotura prematura de membranas con 15,2% (17 casos); en tanto que las gestantes con estudios superiores agruparon al 15,2% (17 casos), quienes tuvieron como complicación a la rotura prematura de membranas con 8% (9 casos).

Nuestros resultados al ser analizados con el Chi Cuadrado, determinan la existencia de diferencia significativa (p < 0,05), lo que significa que el nivel de estudios influye sobre la prevalencia de complicaciones obstétricas, donde

las gestantes con estudios superiores tuvieron menor frecuencia de casos a comparación con aquellas que tienen estudios de secundaria y primaria, respectivamente.

Indudablemente, el grado de instrucción tiene una relación directamente proporcional con el acceso a la información y orientación en el cuidado y prevención para las infecciones genitales, más no así con las mujeres que tengan estudios de primaria o secundaria, quienes al desconocer estas pautas de prevención se infectan fácilmente, y al dedicarse a sus quehaceres domésticos o a su actividad cotidiana, permitiendo que la infección progrese, acudiendo al establecimiento de Salud, sólo cuando se presentan complicaciones durante su embarazo, tal como sucedió en el presente estudio, pues, la ruptura prematura de membranas tienen como una de sus causas a la infección de las membranas por bacterias patógenas ascendentes de la cerviz y/o vagina, que las pone en riesgo de morbi mortalidad materno perinatal.

En el caso de las mujeres con estudios superiores, el mayor acceso a las fuentes de información hace que tengan mejor conocimiento sobre las ITS, pero aun así, la vaginosis bacteriana se presentó en ellas, pudiendo deberse ya a la presencia de otros factores, tales como el inicio precoz de las relaciones sexuales, la promiscuidad sexual sin protección, etc, que pueden influir en ellas, conduciendo aun mayor índice de infección. Pues, tal como lo señala **Fernández y Cols. (2010)**, existe una multiplicidad y variedad de factores socioeconómicos, culturales y biológicos que influyen en la transmisión de las ITS, entre ellas se puede mencionar a la vaginosis bacteriana, donde la falta de educación sexual, de una cultura de prevención

e ignorancia del problema de las ITS, son factores que determinan en su prevalencia y posibles consecuencias.

Caballero y Cols. (2000), en su publicación “vaginosis bacteriana” refiere que esta patología afecta principalmente a mujeres en edad reproductiva, siendo mayor en adultas jóvenes, donde posiblemente exista una participación de una escolaridad inadecuada y una relación directa con la actividad coital.

Por su parte, **Rado y Cols. (2001)**, al referirse sobre los riesgos de complicaciones de la vaginosis bacteriana, observó un aumento considerable en la presencia de esta patología con el nivel cultural y socioeconómico bajo.

Por lo que se puede concluir que las gestantes con vaginosis bacteriana y con estudios de secundaria y primaria, tuvieron mayores casos de complicación obstétrica.

TABLA N° 6

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DE LA VAGINOSIS BACTERIANA EN MUJERES EMBARAZADAS, EN RELACIÓN A LA PROCEDENCIA, HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. ENERO – OCTUBRE 2013.

Complicaciones obstétricas	Procedencia							
	Urbana		Marginal		Rural		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Inicio prematuro de trabajo parto	09	8,0	10	8,9	05	4,5	25	22,3
Parto pretérmino	11	9,8	19	17,0	02	1,8	32	28,6
Rotura prematura de membranas	08	7,1	28	25,0	08	7,1	44	39,3
Endometritis posparto	02	1,8	08	7,1	01	0,9	11	9,8
TOTAL	30	26,8	66	58,9	16	14,3	112	100,0

$\chi^2 = 9,74$ $p > 0,05$ N.S.
 NS = No significativo

En la Tabla N° 6, se establece la relación entre las complicaciones obstétricas y la zona de procedencia de las gestantes con vaginosis bacteriana, donde se puede apreciar que el mayor número de mujeres que tuvieron complicación proceden de zonas marginales de la ciudad de Ayacucho (58,9%), presentándose en este grupo con mayor prevalencia la rotura de membranas con 25% (28 casos) y el parto pretérmino con 17% (19 casos); luego están las gestantes que proceden de la zona urbana con 26,8% (30 casos), identificándose prioritariamente como complicación al parto pretérmino con el 9,8% (11 casos); en tanto que las gestantes procedentes de la zona rural agruparon al 14,3% (16 casos), quienes tuvieron como complicación a la rotura prematura de membranas con 7,1% (8 casos).

Los resultados demuestran que las mujeres procedentes de zonas marginales de la ciudad de Ayacucho, vale decir, de asentamientos humanos, pueblos jóvenes, etc., fueron las más susceptibles a la infección genital, así

como también a las complicaciones obstétricas ocasionadas por esta. También es importante mencionar que las gestantes procedentes de la zona urbana presentaron un porcentaje significativo de vaginosis bacteriana, aunque sin mostrar diferencia significativa cuando fueron analizados con el Chi Cuadrado ($p > 0,05$).

Al respecto se puede mencionar que la zona de procedencia, guarda una relación estrecha con la condición económica de sus pobladores, así como con el nivel de vida y salud de los mismos, por lo tanto, en estas zonas se encuentran familias cuyas viviendas no tienen las condiciones adecuadas, con bajos ingresos económicos, reflejándose en el modo de vida de sus moradores, así como en su comportamiento y actitud sexual.

CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos y considerándose los objetivos planteados, se llegó a las siguientes conclusiones:

1. De un total de 861 gestantes con infección genital, la incidencia de la vaginosis bacteriana fue del 31,6% (272), de estas, el 41,2% (112) presentaron complicaciones obstétricas.
2. Las complicaciones obstétricas fueron: ruptura prematura de membranas (39,3%), parto pretérmino (28,6%), inicio prematuro de trabajo de parto (22,3%) y la endometritis post parto (9,8%, siendo las complicaciones obstétricas las que se presentaron con mayor frecuencia en mujeres multíparas (70,5%).
3. El grupo de gestantes de 20 a 34 años de edad se comportó como el grupo predominante para las complicaciones obstétricas, ($p > 0,05$), y el nivel de instrucción está relacionado con la presencia de complicaciones en las gestantes, presentándose con mayor frecuencia en aquellas con estudios de secundaria y primaria ($p < 0,05$)
4. La procedencia no tiene relación directa con los casos de complicación obstétrica en gestantes con vaginosis bacteriana ($p > 0,05$).

RECOMENDACIONES

- Los Obstetras capten lo más temprano posible a las embarazadas, para el cumplimiento riguroso del monitoreo de atención con la finalidad de identificar, detectar e intervenir de manera oportuna sobre los factores que predisponen a un diagnóstico de Vaginosis Bacteriana.
- El personal del servicio de Obstetricia trate a las gestantes, respetuosamente, para que acudan con predisposición a los controles prenatales.
- Desarrollar programas de educación en salud materna, incentivando a las gestantes a cumplir y asistir a los controles prenatales, de esta manera detectar la vaginosis bacteriana oportunamente y evitar las complicaciones obstétricas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BARBERIS L Enfermedades de transmisión sexual: ¿una incidencia muy elevada? 2002. URL: <http://www.unre.edu.ar/publicar/intercies/003/sies.htm>
2. BARTOLOMEO, S; RODRIGUEZ, M; SAUKA, D y TORRES, R. Prevalencia de microorganismos asociados a secreción genital femenina, Argentina Rev. Saúde Pública; 2002, vol. 36 N° 5 São Paulo
3. CABALLERO, R; BATISTA, R; CUE, M; ORTEGA, L; y RODRIGUEZ, M. Vaginosis bacteriana. Artículo de Revisión. RESUMED; 2000, 13(2): 63 – 75. URL: http://bvs.sld.cu/revistas/res/vol13_2_00/res04200.htm
4. CANTO, T; POLANCO, L; REYES, G; FERNÁNDEZ, V, y CUPUL, G. Prevalencia de vaginosis bacteriana en un grupo de mujeres de una clínica de planificación familiar. Gaceta Médica México; 2002, Vol. 138 No. 1: 25-30
5. CELSAM. Infecciones de transmisión sexual. Centro Latinoamericano de Salud y Mujer. 2004. URL: http://www.celsam.org/home/articulos.asp?cve_articulo=21.
6. CHÁVEZ, N; MOLINA, H; SÁNCHEZ, J; GELAYE, B; SÁNCHEZ, S. Duchas vaginales y otros riesgos de vaginosis bacteriana. Rev. Perú. Med. Exprim. Salud Pública. Vol. 26 N° 3; 2009. URL: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342009000300006&script=sci_arttext
7. FASIO, S; GIRON, J; CELAYA, V; HERNANDEZ, J; RAMIREZ, R; VARELA, R. Factores asociados a Vaginosis Bacteriana. Edición Especial. Unidad de Medicina Familiar N° 55 Fresnillo, Zacatecas. 2002

8. FERNÁNDEZ, J; MARTÍNEZ, A; CASTILLÓN, R; TAMARIZ, J. Vaginosis bacteriana en trabajadoras sexuales que acuden a un centro especializado de referencias de enfermedades de transmisión sexual y SIDA. Rev. Med. Hered. Vol. 21 N° 1; 2010. URL: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018130X2010000100006&script=sci_arttext
9. FLORES, R; MARTINEZ, R, y LLACA, J. Prevalencia de vaginosis bacteriana en una clínica universitaria. Revista de Salud Pública y nutrición. 2003, Vol 4 Nª 1. Nuevo León – México. URL: www.uanl.mx/publicaciones
10. GÓMEZ, R. Infecciones frecuentes en la mujer: vaginosis bacteriana. Gineco Web. 2011. URL: <http://www.ginecoweb.com/0vaginosis.html>
11. LANDRY, S. Preguntas frecuentes acerca de la vaginosis bacterial. España. 2002. URL: www.4woman.gob/faq/Spanish
12. MARTINEZ, M; BARRIA, A; MENESES, R; OYARZUN, P y SANDOVAL, J. Vulvovaginitis en la adolescencia: estudio etiológico. Rev ChilObstetGinecol; 2003, 68(6): 499-502. URL: www.scielo.cl/scielo.php?
13. MOTA, A; DI PIETRANTONIO, K; MOTA, ALEX. Vaginosis bacteriana: aspectos colposcópicos. Rev. Obstet. Ginecol. Venez. 68(2); 2008. URL: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322008000200004&script=sci_arttext
14. MÜLLER E, GONZÁLEZ M, NÚÑEZ L, PACHECO J, et. Al. Frecuencia de infecciones del tracto genital femenino en mujeres sintomáticas y uso de pruebas rápidas para su diagnóstico en dos poblaciones de Bogotá (Colombia) 2008. Estudio piloto. RevColombObstetGinecol. 2010; 61(3). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342010000300006&script=sci_arttext

15. ORTIZ, C; LEY, M; LLORENTE, C y ALMANZA, C. Vaginosis bacteriana en mujeres con leucorrea. Rev. Cub. Obstetric Ginecol. 2000; 26(2): 74 – 81. URL: www.bvs.sld.cu/revistas/gin
16. PEREZ, M; BORRAS, J; ZUBIETA, X. Prevención de las infecciones de transmisión sexual. 2006, URL: <http://www.elmundo.es/elmundo/sexo.html>.
17. PRIETO M, GARCÍA C, RUBIO E, SERRANO J, RODRÍGUEZ N. Relación del bajo peso al nacer con la sepsis vaginal. Rev. Cubana Obstet. Ginecol. 2011, 37(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2011000200006&script=sci_arttext
18. RADO A, MERE J, GARCÍA M. Riesgo de complicaciones de la vaginosis bacteriana en gestantes. Ginecol. Obstet. 2001, 47(3). Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/ginecologia/Vol_47N3_2001/Ries_C_omp_Vag.htm
19. ROJAS, J; RAMIREZ, T y JAIMES, F. Prevalencia de vaginosis bacteriana en el embarazo. GinecolObstet; 2004, 50(2): 101 – 105. URL: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/Vol50_N2/a04.htm.
20. VERA, L; LÓPEZ, N; ARAMBULA, A. Validez y reproducibilidad del sistema de puntuación de Nugent para el diagnóstico de vaginosis bacteriana en mujeres embarazadas. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2009; 74(5): 285 – 291. URL: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262009000500004&script=sci_arttext&tlng=es



ANEXO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA
FACULTAD DE OBSTETRICIA



FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Ficha N°:

I.- DATOS GENERALES

- 1.- Edad:años
- 2.- Grado de instrucción:
 Ilustrada () Primaria () Secundaria () Superior ()
- 3.- Procedencia: Urbana () Marginal () Rural ()
- 4.- Gestación Primigesta () Multigesta ()

II.- COMPLICACIONES OBSTETRICAS

- 1.- Presencia de RPM: Si () No ()
2. Inicio prematuro de trabajo de parto: Si () No ()
3. Parto pretérmino: Si () No ()
4. Otros:

III.- RESULTADOS DE LABORATORIO

- Vaginosis Bacteriana: Si () no ()
- Candidiasis: Si () no ()
- Tricomoniasis Si () no ()
- Otros:

IV.- OBSERVACIONES

.....

.....

.....