

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**EFICACIA DE LA FARMACOTERAPIA EN VAGINOSIS BACTERIANA EN
EMBARAZADAS. HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI - VRAEM.**

DICIEMBRE DEL 2017- MARZO DEL 2018

**TESISTAS : MENDOZA MISAICO, ROGER
: QUISPE PUJAICO, Lía**

ASESORA : Mg. Obst. ÁVALOS MAMANI, Melchora J.

AYACUCHO – PERÚ

2019

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

RD N° 590 - FCSA - UNSCH/D

BACHILLER: LIA QUISPE PUJAICO

BACHILLER: ROGER MENDOZA MISAICO

En la ciudad de Ayacucho, siendo las diez y treinta de la mañana del cuatro de enero de dos mil nueve, se reunieron en el auditorio de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, los miembros del jurado de la sustentación conformado por:

Prof. Noemí Yolanda Quispe Cadenas - presidenta

Prof. Clotilde Prado Martínez- Miembro

Prof. Elsa fuentes Nolzco - Miembro

Prof. Melchora J. Avalos Mamani actúa como secretaria docente - Asesora.

Con el quorum del reglamento se da inicio a la exposición de la tesis titulada **"EFICACIA DE LA FARMACOTERAPIA EN VAGINOSIS BACTERIANA EN EMBARAZADAS. HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI-VRAEM DICIEMBRE 2017-MARZO 2018"** presentado por los bachilleres: Lia Quispe Pujaico y Roger Mendoza Misaico para obtener el título de obstetra.

Finalizada la exposición se da inicio a la defensa de la tesis, la presidenta del jurado calificador invita a los jurados a las interrogantes, aclaraciones y observaciones que vieron por conveniente. Da inicio la profesora Elsa Fuentes Nolzco seguidamente la profesora Clotilde Prado Martínez y finalmente la profesora Noemí Quispe Cadenas. Al finalizar la participación de los jurados, la profesora Noemí Quispe invita a la profesora Melchora Avalos Mamani en su condición de asesora de tesis para que participe.

Las preguntas fueron respondidas por los bachilleres, concluyendo esta etapa con las observaciones, sugerencias y recomendaciones realizadas por el jurado calificador.

La presidenta del jurado calificador invita a los sustentantes y al público a abandonar la sala para la deliberación y concluir con los resultados.

Bachiller Lia Quispe Pujaico

JURADOS	TEXTO	EXPOSICION	PREGUNTAS	PROMEDIO
PROF. NOEMI Y. QUISPE CADENAS	16	15	15	15
PROF. ELSA FUENTES NOLAZCO	14	14	14	14
PROF. CLOTILDE PRADO MARTINEZ	16	16	16	16

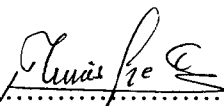
Promedio final 15

Bachiller Roger Mendoza Misaico

JURADOS	TEXTO	EXPOSICION	PREGUNTAS	PROMEDIO
PROF. NOEMI Y. QUISPE CARDENAS	16	15	15	15
PROF. ELSA FUENTES NOLAZCO	16	15	15	15.3
PROF. CLOTILDE PRADO MARTINEZ	16	16	16	16

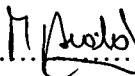
Promedio final 15

De acuerdo a los resultados, la Bachiller Lia Quispe Pujaico obtuvo la nota de quince (15) y el Bachiller Roger Mendoza Misaico, quince (15) por el cual firman al pie del presente acta, siendo las doce y treinta minutos finaliza dicho acto.


.....
Prof. Noemi Y. Quispe Cadenas
PRESIDENTE


.....
Prof. Clotilde Prado Martínez
MIEMBRO - JURADO


.....
Prof. Elsa Fuentes Nolasco
MIEMBRO - JURADO


.....
Prof. Melchora J. Avalos Mamani
ASESORA

DEDICATORIA

A Dios, por todas las bendiciones que ha derramado sobre mi vida, por ser quien ha estado en todo momento dándome la sabiduría y la fuerza necesaria para continuar luchando día tras día.

A mis padres, por el amor que me ha demostrado al apoyarme incondicionalmente en todo momento, ya que sin su ejemplo y sacrificio no hubiese vencido los obstáculos que se presentó en esta etapa de mi carrera. Han sido la fuente de mi inspiración y motivación para superar cada día más y así poder luchar para que la vida me depare un futuro mejor.

A mi amada novia, Lia; por el apoyo y ánimo que me brinda día a día para alcanzar nuevas metas, tanto profesional como personal.

Roger Mendoza Misaico

A dios, por darme la vida, salud, sabiduría y por darme siempre las fuerzas para continuar en lo adverso. Por guiarme en el sendero de lo sensato.

A mis padres, que gracias a sus consejos y palabras de aliento me han ayudado a crecer como persona y a luchar por lo que quiero, gracias por enseñarme valores que me han llevado a alcanzar una gran meta. Los quiero mucho.

A mis maestros, por el tiempo y esfuerzo que dedicaron a compartir sus conocimientos, sin su instrucción profesional no habría llegado a este nivel. Quienes brindaron dedicación al impartir su cátedra de tal forma que lo aprendido sea utilizado en la vida real, por el apoyo brindado, gracias.

A mi hermano, por el tiempo dedicación y paciencia en la elaboración de esta tesis.

A ti, gracias por el apoyo, comprensión y confianza que me has dado en momentos difíciles.

Lia Quispe Pujaico

AGRADECIMIENTO

Agrademos a Dios por habernos acompañado y guiado a lo largo de nuestra carrera profesional, por ser nuestra fortaleza en los momentos difíciles. Queremos dejar constancia de nuestra eterna gratitud a todos quienes de una u otra manera han sido artífices de una larga jornada de sacrificios e ilusiones.

A la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. A mis estimados maestros que, a lo largo de mis estudios, me han transmitido sus amplios conocimientos y sus sabios consejos; especialmente a mi distinguida asesora de tesis Prof. Melchora J. Avalos Mamani por su esfuerzo, dedicación, paciencia y valiosa dirección, base sólida en nuestro campo profesional.

A nuestros padres quienes dentro del hogar han sido nuestro constante apoyo moral y en el transcurso de nuestra vida universitaria nos formaron en la entereza y perseverancia para culminar con éxito nuestra carrera.

ABSTRACT

Objectives: To determine the efficacy of bacterial vaginosis pharmacotherapy in pregnant women who attended the San Juan de Kimbiri Hospital - VRAEM. December 2017 - March 2018. Design: Non-experimental; transversal, descriptive and prospective. Materials and methods: Review of medical records of pregnant women who attended the delivery, with and without diagnosis of bacterial vaginosis in their first prenatal control. Results: it was observed that of the total 100% (50) pregnant women with bacterial vaginosis, in 74% (37) the pharmacotherapy used for bacterial vaginosis had high efficacy, followed by 24% (12) had an average efficacy and only the 2% (01) showed low efficacy with the pharmacotherapy used (clindamycin and metronidazole) for bacterial vaginosis. The factors associated with the efficacy of pharmacotherapy in bacterial vaginosis in pregnant women, statistically significant ($p < 0.05$) are: The frequency of weekly vulvoperineal hygiene, with 34% (17) and the results after treatment, without presence of key cells and normal pH + negative potassium hydroxide (KOH (-)), with 54% (27).

ÍNDICE

	Pág.
Introducción.....	01

CAPÍTULO I

PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Situación problemática.....	05
1.2. Formulación del problema.....	12
1.3. Objetivo de la investigación.....	13
1.3.1. Objetivos generales.....	13
1.3.2. Objetivos específicos.....	13

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedente de estudio.....	14
2.2. Base teórica científica.....	20
2.2.1 Eficacia.....	20
2.2.2 Farmacoterapia.....	21
2.2.3. Vaginosis Bacteriana.....	24
2.2.4 Embarazo.....	30
2.3. Definición de Términos operativos.....	41
2.4. Hipótesis.....	44
2.5. Variables de estudio.....	45

2.5.1 Variables Independientes.....45

2.5.2. Variables Dependientes.....45

2.5.3 Variables Atributivas.....45

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación.....46

3.2. Nivel de investigación.....46

3.3. Diseño de investigación.....46

3.4. Método de estudio.....46

3.5. Población y Muestra.....47

3.5.1. Población en Estudio.....47

3.5.2. Muestra.....47

3.5.3. Tamaño de Muestra.....48

3.6. Técnica e instrumento de Recolección de Datos.....48

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Conclusiones.....75

Recomendaciones.....76

Referencias Bibliográficas.....77

Anexo

INTRODUCCIÓN

La vaginosis bacteriana es un síndrome clínico polimicrobiano, con el cambio de la flora lactobacilar normal por microorganismos anaerobios, como *Gardnerella Vaginalis*, *mobiluncus*, *bacteroides*, *mycoplasma*, etc.

La vaginosis bacteriana a pesar de no ser una Enfermedad de Transmisión Sexual, es causa de molestias en la mujer y en la pareja porque puede afectar no solo el estado de salud de la usuaria que padece el problema, sino que también puede afectar la relación de pareja.¹²

Sin duda la vaginosis bacteriana representa en todo el mundo un alto índice de consulta en la mayoría de las instituciones que prestan servicio de Salud Sexual y Reproductiva: La vaginosis bacteriana es una infección común que ocurre en aproximadamente 35% de las mujeres sexualmente activas; en 15% a 20% de las mujeres gestantes y puede encontrarse hasta en 5% a 10% de pacientes en ginecología general; actualmente representan por lo menos, una tercera parte de todas las infecciones vulvovaginales; de acuerdo a algunos investigadores, la prevalencia de vaginosis bacteriana se encuentra entre un 15% a 30%.²¹

En México, un estudio realizado en mujeres de bajo riesgo reveló una prevalencia del 32%. ¹

En los Estados Unidos, hasta el 16% de las mujeres embarazadas tienen Vaginosis Bacteriana, en el 2004, tan solo en este país se estiman 10 millones de consulta ginecológicas por esta causa. ³

La Vaginosis Bacteriana es un proceso patológico que afecta la vagina y se considera un síndrome que está dado por alteraciones de la flora bacteriana que se traduce en cambios físico-químico de las secreciones vaginales y en las que intervienen las características propias del hospedero y su pareja.

sexual. Es una afección diagnosticable entre el 5% y el 15% de las mujeres que acuden a consultas de Ginecología-Obstetricia y el 33% de las mujeres padecen de vulvovaginitis. ¹¹

En la actualidad señalan una prevalencia de Vaginosis Bacteriana entre un 12%- 50% dependiendo de la población estudiada. Los microorganismos aerobios y anaeróbicos que se encargan en mantener el pH normal, que representan la flora vaginal endógena en un 5%-60% de las mujeres sanas. El diagnóstico es la base del adecuado manejo de la paciente, permitiendo así, instaurar un tratamiento específico y certero que garantice la eliminación de la infección.

Actualmente numerosos estudios relacionan la vaginosis bacteriana con grandes patologías Gineco-Obstétricos. En relación al tratamiento, el

metronidazol se ha reconocido como medicamento altamente efectivo contra anaerobios y moderadamente activo contra *Gardnerella vaginalis* y con una excelente penetración y distribución en los tejidos. ⁴

La vaginosis bacteriana ha sido relacionado con múltiples complicaciones durante el embarazo, entre ellas: aborto, parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, bajo peso al nacer, colonización del líquido amniótico, inflamación de corion y amnios, endometritis posparto. También aumenta la susceptibilidad de la mujer a contraer otras infecciones de transmisión sexual (ITS), la infección por clamidia, la gonorrea, el virus del herpes simple (VHS) y virus de inmunodeficiencia humana (VIH-SIDA). ⁷

Dentro de la presente investigación, toma interés la vaginosis bacteriana (VB), debido a que es una de las causas más comunes de infección vaginal que se presenta en el embarazo. Es el desequilibrio de la florara vaginal, desde el predominio normal de lactobacilos hacia un dominio por organismos productores de enzimas tipo sialidasa, como es la *Gardnerella vaginalis*, *mobiluncus*, bacteroides, y otros microorganismos. Además, es relevante la atención farmacéutica para conseguir que el paciente se administre el medicamento con seguridad, dosis adecuada y tiempo exacto, con el fin de lograr la terapéutica adecuada. A nivel mundial, internacional concuerdan que la atención farmacéutica es un compendio de práctica profesional, en el que el principal beneficiado es el paciente.

Con el presente trabajo de investigación se determinó la eficacia de la farmacoterapia en vaginosis bacteriana en gestantes que se atendieron en el Hospital San Juan de Kimbiri – VRAEM. Diciembre del 2017- Marzo del 2018; a través de una investigación aplicada, descriptiva, prospectiva y transversal, en una muestra de 50 gestantes, se encontró los siguientes resultados: la eficacia de la farmacoterapia fue 74% (37) gestantes con vaginosis bacteriana fue con una eficacia alta, seguida luego 24% (12) con una eficacia media y el 2% (1) con una eficacia baja. Los factores asociados a la eficacia de la farmacoterapia en vaginosis bacteriana en embarazadas atendidas en el Hospital San Juan Kimbiri- VRAEM, estadísticamente significativo ($p < 0,05$) son: La frecuencia de la higiene vulvoperineal semanal, con un 34% (17) y los resultados después del tratamiento, sin presencia de células claves y pH normal + hidróxido de potasio negativo (KOH (-)), con un 54% (27).

CAPÍTULO I

PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Los primeros estudios sobre la vaginosis bacteriana se remontan a 1892, cuando Krönig, un investigador alemán, publicó dibujos de secreciones vaginales con tinción de Gram en mujeres con problemas de secreción, sugiriendo a los estreptococos anaerobios como agentes etiológicos. En 1955 la vaginosis bacteriana fue reconocida como entidad nosológica por los estudios realizados por Gardner y Dukes, nombrando la enfermedad como "vaginitis por Haemophilus". Varios han sido los nombres que se le ha dado tanto a la enfermedad como a los supuestos agentes etiológicos durante el último siglo. Actualmente se conoce como vaginosis bacteriana y es aceptado por los especialistas que es una infección polibacteriana, donde predominan las bacterias anaerobias estrictas y facultativas.^{4; 5}

Entendiéndose por salud el “estado de bienestar físico, mental y social de un individuo” Organización Mundial de la Salud. La vaginosis bacteriana es considerada un padecimiento leve que puede ser asintomático en la mujer, se asocia con una elevada incidencia de: Endometritis y Enfermedad Inflamatoria Pélvica, después de un aborto u otros padecimientos ginecológicos. ²⁴

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la vaginosis bacteriana es relativamente común. La prevalencia informada en embarazadas oscila entre el 14% y el 21% en países occidentales. En Asia, la prevalencia informada de vaginosis bacteriana durante el embarazo es del 13.6% en mujeres japonesas, del 15.9% en las tailandesas y del 18% en las de Indonesia. La prevalencia de la vaginosis bacteriana es más alta que la de otras enfermedades infecciosas durante el embarazo (como la bacteriuria asintomática, *Neisseria gonorrhea*, *Chlamydia trichomatis* y *Trichomonas vaginalis*) y se cuenta con evidencia de un aumento en el riesgo de parto prematuro y rotura prematura de las membranas antes del inicio del trabajo de parto entre mujeres portadoras de vaginosis bacteriana. En teoría, existe la posibilidad de que el tratamiento de la vaginosis bacteriana durante el embarazo reduzca la tasa de parto prematuro en un número considerable de mujeres. ²⁴

En Cuba (mayo – agosto) del año 2000; se estudiaron 300 exudados vaginales procedentes de pacientes que acudieron a la consulta de ginecología por presentar leucorrea. Se obtuvo el 50,3 % de positividad en las muestras.

Candida sp. fue el microorganismo más aislado con el 22,3%, seguido de vaginosis bacteriana 19,7 % y *Mycoplasma hominis* 4,7%. ³

En México, 2002; un estudio nos dice que la vaginosis bacteriana está causada por un incremento excesivo de bacterias que se hallan habitualmente en la vagina. Esta condición afecta a aproximadamente de 16 de cada 100 mujeres embarazadas y 10 de cada 100 mujeres en edad fértil. Aunque hay pocos datos acerca de la frecuencia de Vaginosis Bacteriana en países en desarrollo, este síndrome parece ser tan común, como en los países industrializados y se ha detectado una prevalencia hasta del 51% en mujeres asintomáticas que acuden al consultorio de Gineco-Obstetricia. Es un problema frecuente en mujeres gestantes, asociado a las complicaciones severas que pueden evitarse con un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado. ¹

Según estudios realizados en El Salvador (Nueva Esparta) en el año 2009, sobre la Prevalencia de Enfermedades Vaginales en Mujeres Embarazadas, participaron 120 pacientes de las cuales 108 presentaban infección vaginal, lo que representa el 90% de la población investigada, las citologías revelaron que los microorganismos mayormente asociados a infecciones vaginales durante el embarazo son: las bacterias en 29 pacientes (82.86%), seguida de hongos 5 (14.28%) y por último los parásitos 1 (2.86%) además hubo una clasificación indeterminada con 72 pacientes. ⁹

En Ecuador (enero a diciembre) del año 2011; los casos de vaginitis fueron

3,213 del total de consultas. Desglosándose de la siguiente manera: Consultas de primera vez 2,140 y Subsecuentes 1,832. Presentado la mayor incidencia en mujeres con edades entre 25 y 59 Años. Ubicándose en el primer lugar de las diez primera causas de la consulta ginecológica en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar. ²

En el Hospital Arzobispo Loayza - Lima, 2009; las infecciones fueron más frecuentes en multigestas: candidiasis vaginal se presentó en 36/50 (70,6%), tricomoniasis en 9/9 (100%) y vaginosis bacteriana 31/48 (64,5%). El promedio de tiempo de relaciones sexuales previo al diagnóstico fue de 9 años, no encontrándose diferencia con respecto a los tres principales diagnósticos; las que presentaron tricomoniasis fueron las que tuvieron un promedio de tiempo mayor a 14 años de relaciones sexuales; hubo pacientes con vaginosis bacteriana que tuvieron relaciones sexuales sólo un año como promedio. ²²

El beneficio establecido de la terapia para la Vaginosis Bacteriana en la gestante es aliviar los síntomas vaginales y los signos de infección, es decir, se la recomienda en pacientes sintomáticas. Los beneficios potenciales adicionales de la terapia incluyen:

- 1) Reducir el riesgo de complicaciones infecciosas asociadas con Vaginosis Bacteriana durante el embarazo.
- 2) Reducir el riesgo para otras infecciones (esto es, Virus de Inmunodeficiencia Humana y otras Infecciones de Transmisión Sexual).

Los resultados de varias investigaciones indican que el tratamiento de gestantes con Vaginosis Bacteriana y con riesgo alto de parto pretérmino podría reducir el riesgo de prematuridad (29-31 semanas). Por lo que, se recomienda considerar la probabilidad de tratamiento a gestantes asintomática que tengan riesgo obstétrico alto. Los regímenes recomendados para gestantes son:

- Metronidazol, 500 mg, vía oral, dos veces al día, por 7 días
- Metronidazol, 250 mg, vía oral, tres veces al día, por 7 días
- Clindamicina, 300 mg, vía oral, dos veces al día, por 7 días

Solo un ensayo clínico con clindamicina antes de las 20 semanas demostró reducción en la frecuencia de parto pretérmino. Otros estudios en los cuales se utilizó clindamicina en crema vaginal, entre las 16 y 32 semanas de gestación, resultaron en un incremento de eventos adversos en los productos (bajo peso al nacer). En vista de ello, las formas tópicas de clindamicina no deberían ser usadas en la segunda mitad del embarazo. Comparado con metronidazol, no existirían mayores ventajas en la eficacia, pero quizás sí una discreta mejor tolerancia y menor toxicidad ²⁵

En Ayacucho el tratamiento es protocolizado para la vaginosis bacteriana, se encuentra plasmado en el Protocolo del Departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho y además también en la Guía Nacional de Atención en Salud Sexual y Reproductiva, muchas veces los médicos tratantes en los consultorios de ginecología no se rigen en su totalidad a éstos protocolos

para el tratamiento de vaginosis bacteriana, por diferentes razones, una de ellas es: las altas tasas locales de resistencia microbiana, por lo tanto ofrecen alternativas comerciales de tratamiento a las pacientes, para obtener una adecuada eliminación de la enfermedad ya mencionada. Además, un porcentaje elevado de la población femenina carece de educación en salud, sobre todo en los aspectos de salud sexual y reproductiva; por otra parte, el analfabetismo y el bajo nivel socioeconómico, refleja la calidad de vida de las mujeres, que conduce a un inadecuado cuidado del cuerpo y mala higiene genital; por lo tanto, favorece la proliferación de ciertos gérmenes del medio externo hacia la vagina y el meato urinario.

La vaginosis bacteriana es ocasionada por un desequilibrio en las bacterias que viven en la vagina. Aproximadamente unos de cada cinco mujeres padecen de esta infección en algún momento del embarazo, aunque las estimaciones varían ampliamente, durante el embarazo, las condiciones defensivas de la vagina se mantienen por la acción de determinadas hormonas, algunas situaciones como el estrés, ciertas prácticas sexuales, el uso de antibióticos o los lavados con productos inadecuados pueden alterar sus condiciones favoreciendo el que se puedan producir lo que se conoce como vaginosis bacteriana. ¹³

Todas estas consideraciones nos han motivado realizar la presente investigación con el objetivo de determinar la eficacia de la farmacoterapia en vaginosis bacteriana en embarazadas que se atienden en el consultorio de

Ginecología-Obstetricia del Hospital San Juan de Kimbiri - VRAEM, y de esta manera contribuir con información para los estudiantes y el personal de la salud.

En el Hospital San Juan de Kimbiri - VRAEM, se observó una prevalencia significativa de Vaginosis Bacteriana en las embarazadas. En el año 2015 se reportó 102 casos con las posibles complicaciones que esta patología genera como son: amenaza de aborto (70 casos), amenaza de parto pretérmino (73 casos) y ruptura prematura de membranas (59 casos). (Hospital San Juan de Kimbiri - Sistema Informático Perinatal, 2015). Situación que nos motivó a realizar la presente investigación y profundizar sobre los factores de riesgo y complicaciones que producen esta patología en la gestante y su recién nacido.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 Problema General

¿Cuál es la eficacia de la farmacoterapia en vaginosis bacteriana en embarazadas que acudieron al Hospital San Juan de Kimbiri – VRAEM, Diciembre del 2017 – Marzo del 2018?

1.2.2 Problemas Específicos

- ¿Cuáles son los criterios terapéuticos ginecológicos en vaginosis bacteriana en embarazadas?
- ¿Cuál es la relación con la eficacia de la farmacoterapia en vaginosis bacteriana en embarazadas con la edad, estado civil, condición económica, actividad sexual, edad gestacional, paridad, antecedentes de vaginosis bacteriana, frecuencia de la higiene vulvoperineal?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General

- Determinar la eficacia de la farmacoterapia de vaginosis bacteriana en embarazadas que acudieron al Hospital San Juan de Kimbiri - VRAEM. Diciembre del 2017 - Marzo del 2018

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar los criterios terapéuticos ginecológicos en vaginosis bacteriana en embarazadas.
- Relacionar la eficacia de la farmacoterapia en vaginosis bacteriana en embarazadas con la edad, estado civil, condición económica, actividad sexual, edad gestacional, paridad, antecedentes de vaginosis bacteriana, frecuencia de la higiene vulvopreineal.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO

La vaginosis bacteriana representa una de las principales infecciones bacterianas durante el embarazo, debido a las altas tasas de resistencia local a los esquemas de tratamiento se ha enfatizado conocer la eficacia de estos, para la cual se tomaron los siguientes antecedentes:

CORDERO RUIZ, DAGMARA Y COL. (CUBA 2005), en su estudio "Vaginosis Bacteriana en gestantes: ¿una sepsis vaginal a tener en cuenta?", se realizó un estudio prospectivo longitudinal sobre Vaginosis Bacteriana en 129 gestantes que se captaron en los consultorios médicos del Policlínico Docente Cerro (Cuba), durante el periodo septiembre 2004- abril 2005. A las gestantes se les realizó los tres exudados vaginales que corresponden durante la gestación. Toda gestante que en algún momento tuvo un exudado positivo a Vaginosis Bacteriana se le impuso el tratamiento que sugiere la Dirección Nacional del Programa Materno Infantil. Como resultado encontramos que, de 93 veces, tanto en primera infección como en reinfección, que se realizó el tratamiento

establecido, en un total de 63 ocasiones se cumplió estrictamente las orientaciones dadas, lo que represento un 68% del total y en 30 ocasiones no se cumplió el tratamiento para un 32,2%.

En relación a la eficacia encontramos que en 42 ocasiones el tratamiento fue eficaz para un 45,2% y no fue eficaz en 51 ocasiones con un 54,8% demostrándose que la eficacia del tratamiento fue baja. Al correlacionar el cumplimiento y la eficacia, podemos ver que en 38 casos donde se cumplió el tratamiento este no fue eficaz representando un 74,5%. ³

ROCHA VÁZQUEZ, MABEL Y COL. (CUBA. 2005), En su estudio “alternativos de tratamiento de la vaginosis bacteriana, una experiencia”, reporta que dada la frecuencia de la vaginosis bacteriana y la diversidad de tratamientos utilizados en la Atención Primaria de Salud es que nos motiva a realizar un estudio cuasi-experimental en una serie de casos con diagnóstico de vaginosis bacteriana a través de exudado vaginal realizado en el Policlínico Área VII (Cuba), de un total de 1284 exudados vaginales realizados se excluyeron los que además de vaginosis bacteriana se aislaba otro germen y las embarazadas, quedando constituido por 978 exudados y 324 con diagnóstico de vaginosis bacteriana, realizándose una selección de 100 pacientes (30.86% del total), se impuso tratamiento con Metronidazol 2 gr o Azitromicina 2 gr dosis única aplicando un azar simple de cada tratamiento, una semana después las pacientes fueron interrogadas nuevamente, se repitió examen físico y exudado vaginal estableciéndose las categorías de curado y no curado. Los resultados obtenidos

fue que el 35% de las pacientes que se les realizó exudado presentaron vaginosis, predominando en adultas, jóvenes y respondiendo mejor al tratamiento con metronidazol.¹¹

PEREZ DE LEON, Nicolás (Guatemala; 2013) en su tesis "Vaginosis Bacteriana y amenaza de parto pretérmino. Hospital Nacional de Escuintla. Julio – diciembre 2010"; donde estudia la vaginosis bacteriana en mujeres con amenaza de parto pretérmino. **El Objetivo** de este trabajo fue determinar la prevalencia de vaginosis bacteriana en amenaza de parto pretérmino en mujeres embarazadas atendidas en el servicio de complicaciones perinatales del Hospital Regional de Escuintla en el periodo julio-diciembre 2010. La muestra estuvo representada por (535) pacientes embarazadas con edad gestacional entre 28 a 36 semanas más seis días, por fecha de última regla y ultrasonido obstétrico. **Resultado;** se encontró que (47.29%) padece de vaginosis bacteriana. De las pacientes con vaginosis bacteriana se determinó lo siguiente: el (35.41%) tenía entre 20 – 24 años, el (19%) con un solo embarazo, el (35%) refirió tener 2 o más parejas en toda su vida. El (53.0%) tuvo su primera relación sexual antes de los 18 años. **Conclusiones;** los factores de riesgo asociado a amenaza de parto pretérmino se encuentran las infecciones vaginales las cuales representan una de las principales causas, destacándose la vaginosis bacteriana, por lo que se hace necesario orientar a la completa y así poder tratar estas patologías durante el embarazo y evitar nacimientos población femenina que acuda a temprana edad de su embarazo a sus controles

prenatales así mismo al equipo médico tomar en cuenta una evaluación prematuros.²¹

MURILLO, Sandra (Ecuador; 2013) en su tesis "Incidencia de candidiasis y vaginosis en mujeres gestantes entre las edades comprendidas de 20 a 35 años de edad atendidas en el Hospital Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Porto Viejo durante setiembre del 2012 a febrero del 2013, propuesta de protocolo de atención". **Objetivos:** Determinar la incidencia de vaginosis en mujeres gestantes, de 20 a 35 años de edad, registrar el grupo de edad predominante gestantes con vaginosis, así como establecer los síntomas más frecuentes. **Metodología:** Se basa en el método científico. La población a investigar fueron 420 pacientes que acudieron a la atención médica durante el periodo de seis meses, y la muestra fue escogida de manera aleatoria integrada por 134 pacientes. **Resultados:** de las 420 pacientes embarazadas entre los 20 y 30 años atendidas, se obtuvo que 134 obtuvieron vaginosis que representa un 31,9% lo que significa una altísima incidencia de mujeres embarazadas que presentaron vaginosis. **Conclusiones:** El etario más frecuente fue entre las edades 24 a 27 años con un 38.1%, los signos y síntomas más predominantes fueron la leucorrea con el 38%, la incidencia donde más se diagnosticaron casos de vaginosis fue entre las 31 y 36 semanas de gestación con el 36,6%.²⁰

GERMAN KLINGES (PERÚ. 2003), En su estudio "Vaginosis Bacteriana en gestantes con peróxido de hidrogeno" refiere que, los lactobacillus predominan en la vagina y falta de ellos especialmente aquellos que producen peróxido de

hidrógeno se relacionan con la vaginitis. Los lactobacillus están ocupados en mantener un pH favorable para inhibir a los patógenos produciendo peróxido de hidrógeno. Aplicaciones intravaginales de lactobacillus han sido efectivas en el tratamiento de vaginosis bacteriana.¹⁵

PRADO, A. Y MERE, J. (Lima. 2009) en su estudio “Prevalencia y complicaciones de vaginosis bacteriana en el embarazo”. Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Se determina la prevalencia de vaginosis bacteriana en el embarazo y su relación con otras infecciones vaginales. El trabajo se realizó en el Hospital Arzobispo Loayza desde noviembre de 2005 a febrero de 2006, en gestantes que acudieron a su control prenatal, sin uso de medicación vaginal y/o sistémica en los últimos 30 días y sin evidencia de patología cervical al momento del examen. La muestra se tomó en forma aleatoria. Los resultados obtenidos Se evaluaron 174 pacientes, con edades de 16 a 40 años. Se encontró diagnóstico de infección vaginal en 46,6% de pacientes, correspondiendo a vaginosis bacteriana 27,5%, candidiasis vaginal 29,3% y tricomoniasis 5,1%, respectivamente; existiendo infecciones asociadas, principalmente, vaginosis bacteriana y candidiasis en 10.3% de pacientes. Se concluye que la infección vaginal tiene alta prevalencia en nuestro medio con resultados similares a lo encontrado a nivel mundial; amerita al seguimiento de las pacientes para determinar complicaciones.²²

Ramos T. Lily Magali (Tumbes. 2008), en su tesis “Frecuencia de vaginosis y comportamiento sexual en gestantes atendidas en el Hospital de la Región

Tumbes, 2008" **Objetivo:** Se determinar la relación entre la frecuencia de la vaginosis y el comportamiento sexual en gestantes que acudieron al Hospital de la Región Tumbes entre octubre a diciembre de 2008. **Metodología:** Es de tipo descriptivo, correlacional y transversal; la muestra se obtuvo mediante muestreo probabilístico aleatorio simple, conformada por 100 gestantes que presentaron flujo vaginal y acudieron con pareja al control prenatal. **Resultado:** de las 100 gestante se obtuvo que el 66% de las parejas presentaron factores de alto riesgo en su comportamiento sexual, el 23% mediano riesgo y el 11% bajo riesgo, se determina que el 72% son gestantes sexualmente activas que presentaron factores de riesgo y solo el 28% no presento. Así mismo se encontró que la mayoría de ellas había tenido más de un compañero sexual y casi ninguno uso el preservativo con su pareja; también se evaluó el estado civil, 67% de las parejas conviven y el 33% estaban casadas. **Conclusión:** se concluye que existe una relación muy significativa entre la frecuencia de vaginosis y el comportamiento sexual de los cuales el grupo etario más afectado entre 15 a 25 años. ¹⁴

2.2 BASE TEÓRICA CIENTIFICA

2.2.1 EFICACIA

Definición: La eficacia es la capacidad de lograr un efecto o resultado buscado a través de una acción específica. El término proviene del vocablo latino (efficax), que puede traducirse como “que tiene el poder de producir el efecto buscado”. La eficacia, entonces, tiene que ver con hacer lo apropiado para conseguir un propósito planteado a priori o de antemano.

La seguridad y la eficacia son los dos principales objetivos en el desarrollo de un fármaco. Sin embargo, la seguridad de todo fármaco puede ser tanto perjudicial o beneficioso; a mayor seguridad más utilidad, es decir, cuanto más amplio sea el margen de seguridad de un fármaco mayor será su utilidad.

La ventana terapéutica es la diferencia entre una dosis habitualmente efectiva y una dosis que pueda producir efectos secundarios graves o peligrosos, si la dosis eficaz de un determinado fármaco es a la vez tóxica, el médico lo prescribirá exclusivamente en situaciones puntuales en que no exista otra alternativa más segura.

Cuando se conocen los efectos de un fármaco, sean positivos o negativos, tanto el médico como el paciente están en mejores condiciones para juzgar si el fármaco está actuando eficazmente o si se están desarrollando procesos potencialmente graves. ¹⁶

2.2.2 FARMACOTERAPIA

La farmacología clínica de un medicamento refleja el conjunto de propiedades polifacéticas correspondientes a la disposición y acción de los fármacos y la respuesta (por ejemplo, efectos adversos, efectos terapéuticos, resultado terapéutico) a su administración. Los 3 aspectos más importantes de la farmacología clínica son la farmacocinética, la farmacodinamia y la farmacogenómica.

La farmacocinética: Describe el movimiento de un fármaco a través del cuerpo y las concentraciones o las cantidades que alcanzan un determinado espacio corporal y/o tejido y su permanencia en ellos. La farmacocinética de un fármaco considera el conjunto de características determinantes de la relación dosis-concentración efecto, es decir, absorción, distribución, metabolismo y excreción (ADME).

La farmacodinamia: Describe la relación entre la dosis o concentración del fármaco y la respuesta que origina. Esta respuesta puede ser conveniente (efectividad) o perjudicial (toxicidad). Aunque en la práctica clínica la respuesta a fármacos en diferentes poblaciones de pacientes suele describirse por una dosis o un rango de concentración estándar, la respuesta se conceptualiza mejor a lo largo de un continuo donde la relación entre dosis y respuesta(s) no es lineal.

La farmacogenética: Es el estudio de cómo las variaciones en los genes humanos contribuyen a la variabilidad interindividual en la respuesta a fármacos. El hallazgo de que esta respuesta puede estar influenciada por el perfil genético

del paciente ha ofrecido grandes esperanzas para realizar farmacoterapia individualizada cuando la relación entre genotipo y fenotipo (enfermedad y/o respuesta al medicamento) predice la respuesta a fármacos (cap. 56). En el niño en desarrollo, la ontogenia tiene el potencial de modular la respuesta farmacológica al modificar la farmacocinética y la farmacodinamia.¹⁷

A) LOS MEDICAMENTOS: Entre los medicamentos tenemos

A.1) Metronidazol: El metronidazol es un agente anti-microbiano utilizado para el manejo de infecciones por protozoarios como la tricominiasis e infecciones anaeróbicas. Desde 1980 el metronidazol ha sido utilizado de forma amplia en el tratamiento de Vaginosis Bacteriana, con buenos resultados clínicos. Varias preparaciones permiten la administración oral y vaginal; sobre las formas de administración debemos decir que la eficacia de los regímenes oral versus vaginal es similar, según algunos estudios realizados, sin embargo, el régimen vaginal presenta menos efectos gastrointestinales. Cuando hablamos de los esquemas de administración oral, debemos saber que estos comprenden:

- Metronidazol 2g en dosis única
- Metronidazol 500 mg cada 12 horas por siete días
- Metronidazol 250 mg cada 8 horas por siete días.

Joesoef y colaboradores demostraron en un estudio amplio que la eficacia clínica en el esquema de 7 días es superior al de una sola dosis con una tasa de curación a las 3 o 4 semanas del 82% contra 62% de la dosis única.²⁶

A.2) Clindamicina: La clindamicina es el segundo agente antimicrobiano para el tratamiento de vaginosis bacteriana. Existen varios preparados que incluyen presentación oral y vía vaginal (cremas y óvulos). La vida media de la clindamicina es de 2 a 3 horas. La clindamicina activa y sus metabolitos se excretan sobre todo en la orina y algo en la bilis.

En cuanto a la administración, el esquema es

- Clindamicina de 300 mg vía oral dos veces por 7 día
- Clindamicina al 2% en crema una vez por día por 7 días
- Clindamicina de 100 mg ovulo vía vaginal por 3 días (en las noches)

Un estudio que comparó la eficacia de la clindamicina vía vaginal en óvulos (100 mg por día por 3 días) con la clindamicina en crema (horas sueño por 7 días) demostró tasas de curación similares; así como también la comparación entre la eficacia entre clindamicina y metronidazol resulta ser similar en sus distintas formas de uso.

Las cremas que son supositorios al 2% de Clindamicina tiene una base oleosa y puede debilitar los preservativos y diafragmas de látex, hasta 5 días después de la última dosis.²⁶

2.2.3 VAGINOSIS BACTERIANA:

A. Generalidades: Muchas de las mujeres que acuden al médico con síntomas vaginales presentan una infección específica, descrita por primera vez por Gardner y Dukes en 1955 y que hoy se conoce como vaginosis bacteriana. La inflamación y la irritación perivaginal son considerables más leve que la observada en candidiasis o la tricomoniasis. La disuria y la dispareunia son igualmente raras. Las mujeres afectadas suelen ser sexualmente activas y a menudo se quejan de un olor vaginal, que describen frecuentemente como “a pescado”. Cerca del 90% de las pacientes también refieren una secreción entre leve y moderada. Las molestias abdominales, y aunque leves, deben ser motivo para realizar una exploración que descarte infecciones coincidentes como la salpingitis. ¹³

La secreción a menudo se encuentra en el introito y es visible sobre los labios menores. Los labios de la vulva no se encuentran eritematosos ni presentan edema. En la exploración con especulo las paredes vaginales no aparecen inflamadas. La vagina suele contener una secreción homogénea, poco espesa y grisácea.

El endocérnix no se ve afectado por lo que, si se observa secreción cervical, debe ser considerada como fisiología. La presencia de una secreción cervical purulenta puede deberse a una infección coincidente por herpes, gonococos o clamidias. No es habitual encontrar alteraciones en la exploración bimanual en un caso con vaginosis bacteriana no complicada, por lo que en caso de existir

se deben destacar otros procesos patológicos. Entre las mujeres con vaginosis bacteriana existe un riesgo superior de padecer endometritis o salpingitis.

En las extensiones en fresco de las secreciones vaginales de las pacientes con vaginosis bacteriana se observan las células clave, que son células epiteliales vaginales cubiertas por pequeños cocobacilos. No todas las células de la muestra son células clave, pero más del 90% de las pacientes con vaginosis bacteriana se observa algunas de estas células. El hallazgo de una elevación del número de polimorfonucleares en una paciente con vaginosis bacteriana sugiere la presencia de un proceso coexistente, en particular, una cervicitis.⁸

La *Gardnerella Vaginalis* puede cultivarse en diversos medios. El microorganismo puede aislarse en todas las mujeres con vaginosis bacteriana, pero también se aísla, en menor proporción, hasta el 70% de las mujeres asintomáticas. Por lo tanto, la presencia de *Gardnerella Vaginalis* no prueba que la paciente padezca de vaginosis bacteriana ni sugiere la necesidad de instaurar un tratamiento. La frecuencia con la que se aísla este microorganismo interprete. Por tanto, no deberían realizarse cultivos para *Gardnerella vaginalis*.

Aunque Gardner fue capaz de reproducir de manera regular cuadro de vaginosis bacteriana en voluntarias sanas tras la inoculación vaginal de secreciones vaginales frescas de pacientes con vaginosis bacteriana, la inoculación de un cultivo puro de *Gardnerella vaginalis* producía la enfermedad con mucho menos probabilidad. Además, *Gardnerella vaginalis* puede aislarse al menos en el 50% de las mujeres asintomáticas. Por último, la sensibilidad de *G. vaginalis* in vitro

a los agentes antimicrobianos no se relaciona con la efectividad de estos agentes en la enfermedad clínica.

El metronidazol es uno de los antibióticos del esquema terapéutico muy eficaz para el tratamiento de vaginosis bacteriana a pesar de que *Gardnerella vaginalis* es muy resistente al fármaco in vitro.¹³

Una explicación de todas estas observaciones es que *Gardnerella vaginalis* no es la única causa de la vaginosis bacteriana. La vaginosis bacteriana en realidad es una infección sinérgica, producido por *G. vaginalis* junto a otros microorganismos. El número total de microorganismos presentes en la mujer con vaginosis bacteriana es muy elevado. Se han implicado bacilos anaerobios Gram negativos como *Prevotella*, especie de *Bacteroides* distintas de *Bacteroides fragilis* y varias especies de *Peptococcus*. La mayor parte de los casos de vaginosis bacteriana también se asocian con bacilos anaerobios curvos, móviles, gram negativos o de tinción de Gram variable. Estos microorganismos han sido clasificados en el género *Mobiluncus*.

**CUADRO COMPARATIVO DE FLUJO VAGINAL NORMAL Y CON
PRESENCIA DE VAGINOSIS BACTERIANA**

CARATERÍSTICAS	NORMAL	VAGINOSIS BACTERIANA
Presencia en introito	No	Si
Color	Blanco	Gris
Viscosidad	Elevado	Baja
Consistencia	Flocular	Homogénea
Presencia en vagina	En declive	En paredes
pH	< 4.5	> 4.5
Amina	Negativo	Positivo
Células guía	No	Si
Gram:Lactobacillus	3+,4+ (1 punto)	< 3+ (2 puntos)
G. vaginalis y Bacteroides sp	0+,1+, (1 punto)	> 2+ (3 puntos)
Mobiluncus sp	<2+ (1 punto)	> 2+ (2 puntos)
Total de puntos	3 puntos	7 puntos

B. Fisiopatología: En términos generales puede afirmarse que la vaginosis bacteriana es de etiología desconocida; esencialmente es un cambio de la flora vaginal normal cuyos lactobacilos disminuyen o desaparecen; su lugar lo ocupa una flora bacteriana mixta de predominio anaeróbico formado por Gardnerella vaginalis, anaerobios más o menos estrictos (bacteroides, peptostreptococcus, mobilincus, eubacterium, fusobacterium, veillineila, prevotalla, porphyromonas y mycoplasma).

A consecuencia del cambio bacteriano aparecen alteraciones bioquímicas como la disminución o ausencia del ácido láctico y el aumento del succínico; el metabolismo de los anaerobios conduce a la aparición de aminas (putrescina, cadaverina y trimetilamina) responsables del olor a pescado al alcalinizar la

secreción con hidróxido de potasio (KOH) al 10%; la paciente misma puede percibir el olor desagradable después del coito. ⁶

C. Signos y Síntomas: Las pacientes suelen referir la presencia de olor y secreción vaginal, el flujo vaginal blanco grisácea y homogéneo en gran cantidad, el olor "a pescado" es debido a la producción de aminas, como la metilamina, por *Gardnerella vaginalis*. Estas aminas se localizan al aumentar el pH, lo que explica la propensión de las pacientes de percibir el olor a pescado cuando sus secreciones son más alcalinas (por ejemplo, durante la menstruación o tras el coito). La irritación vulvovaginal no suele ser un síntoma destacado, de ahí que se emplee el término de "vaginosis" en vez de "vaginitis". ¹³

D. Diagnóstico: El diagnostico se establece en el laboratorio cumpliendo tres de los cuatro criterios propuestos por Amsel, a saber:

- Presencia de células guía en el examen microscópico (células del epitelio vaginal recubiertas por cocobacilos adheridos a su superficie, en cantidad tan alta que los bordes de las células llegan a perder nitidez).
- pH del flujo vaginal por encima de 4.5.
- Olor a pescado (aminas) al alcalinizar el flujo con hidróxido de potasio (KOH) al 10%.
- El flujo homogéneo, blanco, no inflamatorio que se adhiere suavemente a las paredes de la vagina. ⁶

E. Tratamiento: Según los resultados:

- Si se encuentra Tricomonas en el examen directo de suero salino de la secreción cervical dar: metronidazol 2gr vía oral en dosis única a la pareja.
- El tratamiento de elección es el Metronidazol oral: 250 mg cada 8 horas durante 7 días o Metronidazol gel 0,75% 5g intravaginal, cada 24 horas/5días o Clindamicina crema 2% 5g intravaginal antes de acostarse 7 días. Otras alternativas de tratamiento serían la Clindamicina 300 mg cada 12 horas durante 7 días o Clindamicina óvulos 100 mg en las noches durante 3 días. La dosis única de 2 gramos de Metronidazol ha demostrado ser la de menor eficacia para el tratamiento de la vaginosis bacteriana. La Food and Drug Administration (FDA) ha acreditado el Metronidazol 750 mg, una vez al día durante 7 días, y la dosis única de Clindamicina en crema vaginal.
- Si se encuentra 3 de los siguientes criterios diagnóstico de vaginosis bacteriana, dar: Metronidazol 2gr vía oral dosis única, si se presentan los siguientes: presencia de flujo vaginal fluido y homogéneo, pH de secreción vaginal mayor a 4.5, 20% o más de células clave y reacción de amina positiva (al agregar una gota de KOH al 10% a la secreción vaginal da olor a pescado).²⁶

2.2.4 EMBARAZO

El embarazo es la etapa que marca la vida de una mujer, representa una experiencia vital y en cierta medida su realización plena como tal, se trata de una manifestación de cambios que toda mujer debe comprender y asimilar desde el momento en que su test de embarazo le indica positivamente su condición; es allí donde comienza un camino de expectativas, dudas y un sinfín de emociones, por las que deberá atravesar, siendo los cambios fisiológicos y psicológicos los que despertarán mayor inquietud. Para sobrellevarlos con la mayor fortaleza, lo mejor es conocerlos, para esperarlos con la seguridad del que sabe bien a qué atenerse.

A. Cambios durante el embarazo: En los próximos 9 meses va a experimentar una serie de cambios normales tanto físicos como psicológicos, cada mujer los vive de forma diferente. Conocerlos y saber por qué se producen puede ayudarle a sobrellevarlos y evitar preocupaciones innecesarias. Los cambios hormonales y el crecimiento del tamaño del útero van a ser los responsables de la mayoría de los síntomas que acompañan a la gestación. ⁽²⁷⁾

A.1. Cambios físicos

a. Cambios en las mamas o pechos: Las modificaciones mamarias son precoces, constantes y numerosas.

El fenómeno más evidente lo constituye la hipertrofia, producida por la hiperplasia glandular, el aumento de tejido adiposo, la hiperemia y la imbibición

liquida del tejido intersticial; por idénticas razones su consistencia disminuye y, de turgentes, las mamas se ponen péndulas, en especial en las multigestas. ⁽²⁷⁾

A las modificaciones precedentes se suman: aparición de grietas por la hiperdistensión de la piel; a nivel del pezón, mayor tensión, sensibilidad y capacidad eréctil; pigmentación más o menos intensa del mismo y de su areola; producción de una areola secundaria, de pigmentación más tenue, en la periferia de la anterior; aparición de una sutil red venosa (Haller) en la superficie periférica de la glándula; existencia de los tubérculos de Montgomery o de Morgagni en la areola primaria constituidos por nudosidades variables en número (15 a 20) e interpretados como glándulas sudoríparas o mamarias accesorias rudimentarias. Funcionalmente predomina la secreción de calostro, líquido siruposo, incoloro (a veces grisáceo), cuya aparición es precoz a partir de las primeras semanas, para persistir hasta la 3° o 4° día del puerperio, época en que es sustituido por la leche. El calostro se diferencia de la leche por su mayor densidad y contenido de sustancias nitrogenadas y por su menor proporción de lactosa. Contiene más vitaminas A, C y D. ²⁷

b. Cambios en el útero: Durante la gestación el útero experimenta una serie de cambios para cumplir dos funciones principales:

- Albergar al feto, la placenta y la bolsa de líquido amniótico.

- Convertirse en un potente órgano que se contrae y que es capaz de generar la fuerza necesaria para lograr la expulsión de su hijo/a en el momento del parto.

El crecimiento del útero se debe a la estimulación hormonal (estrógenos y progesterona), y a la distensión mecánica al adaptarse al crecimiento progresivo del feto, la placenta y bolsa de líquido amniótico. ⁽¹⁸⁾

c. Modificaciones citohormonales: Ya se menciona la importancia del progresivo aumento de estrógeno y progesterona durante el embarazo, en el cual estos dos esteroides se producen y metabolizan en cantidades reciprocas ya determinadas, a lo que se designa con el nombre de coeficiente estrógenos/progesterona. ²⁷

Estas hormonas tienen acción sobre el trofismo del epitelio pavimentoso estratificado del tercio superior de la vagina, trígono vesical y ninfas. El estudio de las células descamadas, al ser éstas “efectoras” de los esteroides, reflejaría en forma muy indirecta su nivel circulante. Los extendidos de células vaginales exfoliadas (colpocitograma) o de un centrifugado de orina (urocitograma) presentan características definidas durante el embarazo. ²⁷

d. Vulva: Es una hendidura sagital mediana. Anatómicamente se divide en dos regiones: la región labial, de origen ectodérmico, que consta de labios mayores y menores, clítoris y capuchón del clítoris y la otra región es vestibular, cuyo origen es endodérmica, situada entre la sínfisis y el himen.

e. Anatomía de la Vagina: Es un conducto musculomembranoso, orientado en forma de arco de abajo hacia arriba y de adelante hacia atrás. Forma con el eje longitudinal del útero un ángulo abierto hacia adelante.

Se ha demostrado que posee contractilidad activa, debido a sus capas musculares: interna circular y externa longitudinal. Sus dos caras, anteriores y posteriores en la línea media dos espesamientos longitudinales: las columnas de la vagina. Además, existe una serie de arrugas trasversales, que desaparecen en general a nivel del tercio posterior de la cara anterior, quedando allí una zona lisa, triangular (triángulo de Pawlick), que corresponde al triángulo vesical.

Su extremidad superior se ensancha y forma un fondo de saco circular que rodea al cuello uterino (bóveda de la vagina) y que se divide en fondos de saco anterior, posterior y laterales. El fondo de saco posterior es más profundo que el anterior.

Las paredes vaginales se adosan en el centro, quedando ligeramente separadas a los costados en dirección anteroposterior, de manera que en corte transversal la vagina adopta la forma de la letra H. la mucosa vaginal no tiene glándulas; por consiguiente, carece de productos secretorios. Fuera de la secreción cervical que se recoge en la vagina, su contenido está formado por la descamación de las células epiteliales de su mucosa.

Éstas contienen glucógeno, a expensas del cual los bacilos de Döderlein forman ácido láctico, que da al contenido vaginal reacción ácida, contrariamente a la secreción vulvar, que es alcalina.²⁷

- **Fisiología de la vagina:** La vagina normalmente presenta un contenido húmedo, con cambios de acuerdo a su fisiología. La humedad está dada por las secreciones de las glándulas de Bartholino, glándulas Apocrinas y las glándulas de Skene parauretrales, pero que pueden incrementarse de acuerdo al estímulo sexual, hormonal, etc.¹⁸.

La vagina sufre modificaciones cíclicas características, ya que es el órgano efector más sensible a los cambios hormonales del ciclo que influyen en las características de su contenido. La descamación celular escasa en el postmenstruo, se incrementa para alcanzar su máximo en la fecha ovular. Estas células ricas en glucógeno por acción del Bacilo de Döderlein (gram positivo) sufre la penetración láctica, que acidifica el medio vaginal (pH 3.8 – 4.2) para la depuración y defensa de la vagina.²⁷

- **Flora vaginal:** La flora vaginal no es estática, sino que está sometida a un dinamismo, condicionado por muchos factores tales como la edad, los hábitos de higiene, los estados endocrinos, promiscuidad sexual y otros. Posterior al nacimiento, la niña mantiene un pH vaginal bajo hasta las 2 a 6 semanas, el glucógeno celular disminuye y el pH vaginal se hace más alcalina. Los microorganismos más prevalentes que se aislaron de la vagina de la niña entre

10 meses a 10 años de edad fueron: *Staphylococcus epidermidis*, *Difteroides*, *Bacteroides*, *Peptococcus*, *Peptoestreptococcus*, entre los más principales.¹⁷

Luego de la menarquia en la madurez sexual, las funciones exocrinas y endocrinas ováricas, el epitelio vaginal que hasta entonces se componía de pocas capas se estratifica e incrementa en altura. En la pubertad los *Lactobacillus* aerobios y anaerobios reaparecen en grandes cantidades y contribuye a la conservación del pH ácido mediante la producción de ácido láctico a partir del glucógeno.

La flora normal de la vagina incluye con frecuencia a *Streptococcus* hemolíticos del grupo B, *Streptococcus* anaerobios (*Peptoestreptococcus*), especies de *Prevotella*, *Clostridios*, *Gardnerella vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*, y a veces especies de *Listeria* y *Mobiluncus*. Los gérmenes varían en las distintas zonas, así, por ejemplo:

- **En el tercio inferior**, como en las regiones vestibulares y vulvar, predominan los *Streptococcus* y *Staphylococcus*, bacilos y otros gérmenes de vida saprofítica; son capaces de adquirir su carácter patógeno ante cualquier eventualidad.²⁷
- **En los dos tercios superiores**, es predisponente la presencia de los bacilos lácticos, estos impiden el desarrollo de gérmenes de la zona inferior; pero la capacidad defensiva se vuelve insuficiente. Los elementos agresivos intensifican su acción y el equilibrio se altera por invasión de

gérmenes a la zona alta, dando lugar a manifestaciones clínicas de una infección, con las características propias del microorganismo predominante.²⁷

f. Peso: Aumentará de forma gradual a lo largo de estos meses en total de 8 a 12 kg, en el primer trimestre debe de ganar un kilo, en el segundo 4 kg y en el tercer trimestre alrededor de 4 kg.

g. Cambios sanguíneos: En la sangre también se producen cambios, va a existir una anemia fisiológica del embarazo por lo que aumentan las necesidades de hierro.

h. Piel: En la piel los cambios son debidos a las hormonas. Pueden aparecer manchas en la cara por aumento de la pigmentación, también en areolas, genitales y línea alba.

i. Estrías: Las estrías pueden aparecer en abdomen, caderas, mamas, debido al aumento de tamaño, son de color rojizas y se producen por la destrucción de las fibras de colágeno.

j. Corazón: Aumenta su frecuencia cardíaca (latidos por minuto), disminuye la tensión arterial, la circulación sanguínea es más lenta sobre todo en las piernas debido al peso del útero que dificulta el retorno venoso de ahí la aparición de varices en piernas y vulva y el edema en los pies al estar mucho tiempo en pie. Todo esto contribuye también a la posible aparición de trombosis venosa profunda en la embarazada.

k. Aparato respiratorio: Va a aumentar el número de respiraciones por minuto, incluso puede percibir una dificultad respiratoria.

l. Aparato urinario: Va a orinar con más frecuencia debido al aumento del útero que comprime la vejiga y a un aumento de la producción de orina.

m. Aparato digestivo: En las primeras semanas se van a producir cambios en el apetito, puede aumentar o disminuir, además de cambios en las apetencias de los alimentos. Van a aparecer náuseas y vómitos matutinos debido a la hormona gonadotropina coriónica humana (HCG). En las últimas semanas aparece la pirosis conocida como ardores, consecuencia directa del cambio de posición del estómago por el crecimiento del útero. Las encías pueden sangrar con facilidad y provocar gingivitis. Es muy frecuente el estreñimiento por la disminución de la motilidad del intestino por la acción de la hormona progesterona, la compresión del intestino sobre el útero y la falta de ejercicio. En el año pueden aparecer hemorroides sobre todo a final del embarazo como consecuencia del estreñimiento, dificultad del retorno venoso y la compresión uterina. ¹⁹

n. Sistema músculo esquelético: Lo más característico es la lordosis progresiva, se trata de un mecanismo compensador del aumento de peso en la parte anterior del cuerpo, es decir, se arquea la columna, estos cambios pueden producir dolores de espalda sobre todo al final del embarazo y una forma de andar característica llamada “marcha de pato”. ¹⁸

A.2 Cambios psicológicos

A principio del embarazo es normal que experimente cambios frecuentes en sus sentimientos y en su estado de ánimo, es una reacción frecuente debida a las transformaciones que van a producirse en su vida con el nacimiento de su nuevo hijo/a. Puede sentirse irritada y sufrir cambios frecuentes de humor, además pueden aparecer temores respecto al nuevo hijo/a. No todas las mujeres se sienten de la misma forma, depende de su carácter, de las circunstancias que le rodean y del apoyo que disponga en cada momento. Se producen sentimientos de ambivalencia, alegría, tristeza, ilusión, rechazo, inquietud, preocupación, etc. Puede que se sienta más necesitada de compañía y muestras de cariño de su pareja, familia y amistades.

En el segundo trimestre es normal que se sienta más tranquila. La experiencia de sentir a su hijo/a le ayudará a olvidar sus temores.

En el tercer trimestre al acercarse el momento del parto pueden aparecer las inquietudes, estará impaciente y a la vez preocupada por cómo será el parto, si su hijo/a nacerá sano y si será capaz de cuidarlo adecuadamente y sobre todo deseando conocer y tocar a su bebé. ¹⁹

B. Diagnóstico en el embarazo

El diagnóstico del embarazo se hace usualmente sobre la base de ausencia menstrual, síntomas y signos hallados durante la exploración física, pruebas de laboratorio durante el embarazo y ecografías.

a. Signos:

- Amenorrea
- Modificaciones en las mamas
- Polaquiuria
- Aumento del flujo vaginal
- Aumento de la pigmentación de la piel. (Aureola y línea alba, del ombligo al pubis más oscuro)

b. Síntomas:

- Náuseas y vómitos
- Mareos
- Cefaleas
- Sensación de fatiga

C. Higiene en el embarazo

Durante el embarazo aumenta la sudoración y el flujo vaginal, por eso debe cuidar su higiene personal, es recomendable la ducha diaria con jabones neutros y posteriormente el uso de una crema hidratante para el cuerpo sobre todo en las zonas que van a sufrir mayor estiramiento (abdomen, pecho y muslos).

La higiene íntima; lo mejor es que se lave los genitales externos durante la ducha, si necesita hacerlo más de una vez, hágalo sólo con agua, además los lavados vaginales no son recomendables ya que pueden alterar el pH y favorecer las infecciones. Utilice ropa interior de algodón cambiándose siempre

que lo necesite, no es recomendable el uso de salvaslip ya que no deja transpirar la piel con normalidad.¹⁸

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERATIVOS

- **Actividad Sexual:** Es la frecuencia del coito que tiene la mujer en edad fértil en un determinado tiempo la cual se clasifica en pasiva y activa.
- **Aerobio:** Es aquel organismo que necesita oxígeno libre en el medio ambiente para subsistir.
- **Anaerobio:** Es aquel microorganismo que es capaz de vivir sin la presencia de oxígeno.
- **Antecedentes de Vaginosis Bacteriana:** Es saber y consignar si la paciente padeció igual sintomatología anteriormente.
- **Células claves:** Las células clave son células propias de la mucosa vaginal en la que se han adherido bacterias (por lo general Gardnerella vaginalis); este hallazgo ya haría presumir fuertemente en la presencia de una infección denominada Vaginosis bacteriana.
- **Condición Económica:** Es el poder adquisitivo personal y/o familiar de bienes y servicios esenciales que posee la persona.
- **Criterio:** Es la capacidad para formarse un juicio o tomar una decisión acertada.
- **Criterio Terapéutico:** Se denomina terapéutica, a la especialidad medicinal encargada de los medios para el tratamiento de dolencia y afecciones con la finalidad de lograr la curación o minimizar los síntomas.

- **Edad:** Es el tiempo transcurrido de la persona desde el nacimiento hasta el presente. Se expresa en años cumplidos.
- **Edad gestacional:** Se refiere a la edad de un embrión, un feto o un recién nacido desde el primer día de la última menstruación normal y se determina en semanas de amenorrea. La duración promedio del embarazo normal es 40 semanas.
- **Eficacia:** Es la capacidad de lograr el efecto que se desea o espera en este caso del tratamiento de una enfermedad. La capacidad de un fármaco o compuesto de producir los efectos deseados en el cuerpo.
- **Embarazo:** Se conoce como embarazo al período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto.
- **Estado Civil:** Es la situación de las personas físicas determinado por sus relaciones de familia, provenientes del patrimonio o del parentesco.
- **Farmacoterapia:** La farmacología clínica de un medicamento refleja el conjunto de propiedades polifacéticas correspondientes a la disposición y acción de los fármacos y la respuesta a su administración.
- **Higiene Genital:** Es el procedimiento que se realiza a nivel de los genitales para prevenir infecciones, el cual debería volverse un hábito que debe practicarse de acuerdo al rol establecido.
- **Hidróxido de potasio (KOH):** Es un compuesto químico inorgánico de fórmula KOH, es una base fuerte de uso común, al contacto de bacterias

anaerobios tiene un olor tipo a pescado podrido, también es usado en las industrias.

- **Infección Vaginal:** Es la invasión de microorganismos patógenos que se reproducen y se multiplican causando un estado morbosos a nivel de la vagina incluyendo el cérvix causando lesión celular, tal es el caso de la *gardnerella vaginalis*, *trichomonas vaginalis*, *candida albicans* y otros.

- **Paridad:** Es la clasificación de una mujer por el número de hijos nacidos vivos y fetos muertos de más de 28 semanas de gestación; por lo general la paridad se anota junto con el número total de embarazos y se representa por la letra "P".

- **Procedencia:** Es el lugar de origen o nacimiento de donde procede la mujer. La unidad de medida será: urbano, urbano marginal y rural.

- **Tratamiento Terapéutico:** Máxima a la curación del paciente, puede incluir la provisión de fármacos y la indicación de diversas acciones (reposo, un cierto tipo de alimentación, ejercicio físico) para lograr que la enfermedad se revierta en su totalidad.

- **Vaginosis Bacteriana:** Es una infección producida por una flora bacteriana del grupo GRAM (*gardnerella*, anaerobios y *mobiluncus*).

2.4 HIPÓTESIS

La eficacia de la farmacoterapia de vaginosis bacteriana en embarazadas es alta y es relacionada con la edad, estado civil, condición económica, actividad sexual, edad gestacional, paridad, antecedentes de Vaginosis Bacteriana, frecuencia de la higiene vulvoperineal. Hospital San Juan de Kimbiri - VRAEM. Diciembre del 2017 – Marzo del 2018.

2.5 VARIABLES DE ESTUDIO

2.5.1 Variable Independiente

Vaginosis bacteriana en embarazadas.

2.5.2 Variable Dependiente

Eficacia de la farmacoterapia.

2.5.3 Variables Atributivas

- Edad
- Estado civil
- Condición económica
- Actividad sexual
- Edad gestacional
- Paridad
- Antecedentes de Vaginosis Bacteriana
- Frecuencia de higiene vulvoperineal

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Aplicada

3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Cuantitativa - Clínico

3.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

No experimental

3.4. MÉTODO DE ESTUDIO

Transversal, descriptivo y prospectivo.

3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.5.1. POBLACIÓN EN ESTUDIO

Estuvo constituidas por todas las embarazadas que presentaron vaginosis bacteriana; que acudieron al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital San Juan de Kimbiri - VRAEM. Diciembre del 2017 - Marzo del 2018.

3.5.2 MUESTRA

Estuvo constituidas por 50 gestantes con vaginosis bacteriana, que acudieron al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital San Juan de Kimbiri - VRAEM. Diciembre del 2017 - Marzo del 2018.

FÓRMULA:

$$n = \frac{pxq}{\frac{E^2}{Z^2} + \frac{pxq}{N}}$$

Donde:

n= tamaño de muestra

z= desviación estándar 1.96

p= proporción de la población 50

q= (1-p)

E= margen de error $\pm$ 5%

N= tamaño de la población 50

3.5.3 TAMAÑO DE MUESTRA

Tipo de Muestreo Probabilístico

Aleatorio simple.

Criterio de Inclusión

Gestantes con vaginosis bacteriana sensibilizadas para la entrevista, con consentimiento informado para participar en la investigación.

Criterios de Exclusión

Gestantes que no deseen participar en la investigación.

Gestantes que no presentan vaginosis bacteriana.

3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica:

- Aplicación de encuesta estructurada
- Toma de muestra de secreción vaginal
- Revisión de historias clínicas

Instrumentos:

- Ficha de encuesta estructurada
- Historias clínicas
- Equipo para toma de muestra de secreción vaginal

PLAN DE PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN:

- A través del Decanatura de la Facultad de Ciencias de la Salud, se solicitó el permiso al Director del Hospital de Kimbiri. Obtenido el permiso, se procedió a la identificación de las gestantes que acudieron al consultorio materno, para facilitar la entrevista y tomar la muestra de secreción vaginal.
- La muestra es enviada al laboratorio en donde se analizó y procesó por el biólogo.
- Paciente con resultados de laboratorio es atendida por ginecólogo.
- Se revisó las historias clínicas para corroborar el tratamiento prescrito, luego se realizó la visita domiciliaria a las pacientes para entrevistarlas, pedirle el consentimiento correspondiente para tomarle una segunda muestra de secreción vaginal y corroborar la eficacia del tratamiento de la vaginosis bacteriana con el reactivo de hidróxido de potasio (KOH).

PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS

- Se creó una base de datos con los instrumentos de recolección de datos en la hoja de cálculo Excel, seguidamente fueron exportados al SPSS-IBM versión 23, con los cuales se construyeron los cuadros de contingencia de doble entrada, a los cuales se les aplicó la prueba estadística de independencia de Chi cuadrado, para determinar la dependencia de las principales variables de estudio.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 01: EFICACIA DE LA FARMACOTERAPIA EN EMBARAZADAS CON VAGINOSIS BACTERIANA EN RELACIÓN AL TIPO DE MEDICAMENTO. HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI -VRAEM.DICIEMBRE DEL 2017 – MARZO 2018.

Eficacia de la Farmacoterapia	Criterio Terapéutico				TOTAL	
	Metronidazol		Clindamicina			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alta	13	26	24	48	37	74
Media	07	14	05	10	12	24
Baja	01	2	00	00	01	2
TOTAL	21	42	29	58	50	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

$\chi^2_c = 3,411$
 $\chi^2_t = 5,991$
g. l. = 2
p > 0.05

En la tabla 01 se aprecia la eficacia de la farmacoterapia en embarazadas con vaginosis bacteriana, en el cual se observa que del 100% (50 embarazadas), el 58%(29) fueron tratadas con clindamicina, de ellas el 48% (24) la eficiencia de la farmacoterapia fue alta, seguida el 10% (5) es media y en el caso del segundo tratamiento con metronidazol fueron; el 42% (21) de las cuales el 26% (13) tuvieron eficacia alta, seguido del 14% (07) es media y el 2% (1) es una eficacia baja.

Del análisis de la tabla se concluye que el 48%(24) gestantes la eficacia de la farmacoterapia con la clindamicina fue alta, Lo cual demuestra que el tratamiento es mayormente eficiente en la vaginosis bacteriano, con un total de

74% (37) en las embarazadas total; y solo 2% (1 paciente tratada con metronidazol) presencia una eficacia baja.

Al analizar los resultados con la prueba de chi cuadrado, no se halló evidencia estadística significativa ($p>0.05$), lo cual nos indica que la eficacia resulta con cualquiera de estos medicamentos.

La vaginosis bacteriana afecta entre 10 a 30 % de las embarazadas por los cambios hormonales como el aumento del estrógeno y progesterona; lo cual conlleva muchas causas como: Amenaza de aborto, aborto, ruptura prematura de membranas, amenaza de parto pretérmino, corioamnionitis histológica. La medida a decidir es un diagnóstico temprano y un buen tratamiento.

El tratamiento de vaginosis bacteriana combate la abundancia de bacterias anaerobios que definen esta condición. La clindamicina de 300mg oral por 5 a 7 días mejora los síntomas en 83 a 87% de los casos. Es similar para las mujeres que usan metronidazol por lo que ambos antibióticos son recomendados en el embarazo.

Nuestro resultado se relaciona con **ROCHA VÁZQUEZ, MABEL Y COL. (CUBA. 2005)**, En su estudio “alternativos de tratamiento de la vaginosis bacteriana, una experiencia”, en una serie de casos con diagnóstico de vaginosis bacteriana a través de exudado vaginal realizado en el Policlínico Área VII (Cuba), de un total de 1284 exudados vaginales realizados se excluyeron los que además de vaginosis bacteriana se aislaba otro germen y las embarazadas, quedando

constituido por 978 exudados y 324 con diagnóstico de vaginosis bacteriana, realizándose una selección de 100 pacientes (30.86 % del total), se impuso tratamiento con Metronidazol 2 gr o Azitromicina 2 gr dosis única aplicando un azar simple de cada tratamiento, una semana después las pacientes fueron interrogadas nuevamente, se repitió examen físico y exudado vaginal estableciéndose las categorías de curado y no curado. Los resultados obtenidos fue que el 35 % de las pacientes que se les realizó exudado presentaron vaginosis, predominando es adultas, jóvenes y respondiendo mejor al tratamiento con metronidazol.

Tabla 02: EFICACIA DE LA FARMACOTERAPIA EN GESTANTES CON VAGINOSIS BACTERIANA EN RELACIÓN A LA EDAD. HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI -VRAEM. DICIEMBRE DEL 2017 – MARZO 2018.

Eficacia de la farmacoterapia	Edad						Total	
	13-19 años		20-35 años		36-45 años			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alta	12	24	19	38	06	12	37	74
Media	05	10	04	8	03	6	12	24
Baja	00	00	01	2	00	00	01	2
Total	17	34	24	48	09	18	50	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

$\chi^2_c = 2,334$
 $\chi^2_r = 9,487$
g. l. = 4
p > 0.05

En la tabla 02 se relaciona la eficacia de la farmacoterapia con la edad de las embarazadas, en la cual se observa que el 100% (50 embarazadas) de ellas el 48% (24) fueron con edades entre 20 a 35 años, de ellas el 38% (19) la eficacia es alta, seguida 8% (4) es media y finalmente 2% (1) es baja. En el caso con las edades de 13 a 19 años: 34% (17), el 24% (12) tiene eficacia alta, el 10% (5) es media y ninguna baja; entre las edades de 36 a 45 años 18% (9), en 06 personas la eficacia es alta, en 03 persona es media y no se registra ninguno para eficacia baja.

Del análisis de la tabla se concluye que el 38% (19) la eficacia de la farmacoterapia es alta entre las edades 20 a 35 años, seguida con las de 13 a 19 años 24% (12) y las de 36 a 45 años 12% (6). Lo cual demuestra que el tratamiento es mayormente eficaz en la vaginosis bacteriana con un total de 74%

(37) de embarazadas total; y solo 2% (1 embarazadas entre las edades de 20 a 35 años) presentan una eficacia baja.

Al constatar los resultados con la prueba de Chi cuadrado, no se halló evidencia estadística significativa ($p>0.05$), lo cual nos indica que la eficacia de la farmacoterapia no está asociada con la edad de las embarazadas.

Se manifiesta el comportamiento de las pacientes en cuanto a la edad de la primera relación sexual. El inicio de las relaciones sexuales de 13 a 15 años de edad como se observa, existe un inicio precoz de las relaciones sexuales y el no uso de los preservativos, aspecto que está muy vinculado a las infecciones de transmisión sexual. Como también en el primer contacto quedan embarazadas las adolescentes en lo cual más los que adquieren esta infección de vaginosis bacteriana y son muy vulnerables y se ve que en el VRAEM hay mucha promiscuidad.

Coincidimos con lo descrito por **MURILLO, Sandra (Ecuador; 2013)** en su tesis "Incidencia de candidiasis y vaginosis en mujeres gestantes entre las edades comprendidas de 20 a 35 años de edad atendidas en el Hospital Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Porto Viejo durante setiembre del 2012 a febrero del 2013". Estudió a 420 pacientes que acudieron a la atención médica durante el periodo de seis meses que duró el estudio, y la muestra fue escogida de manera aleatoria, y quedando conformada por 134 pacientes, donde obtuvo que 134 obtuvieron vaginosis que representa un 31,9% lo que significa una altísima incidencia de mujeres embarazadas que presentaron vaginosis. El grupo etario

más frecuente fue entre las edades 24 a 27 años con un 38.1%, los signos y síntomas más predominantes fueron la leucorrea con el 38%, la incidencia donde más se diagnosticaron casos de vaginosis fue entre las 31 y 36 semanas de gestación con el 36.6%.

Tabla 03: EFICACIA DE LA FARMACOTERAPIA EN GESTANTES CON VAGINOSIS BACTERIANA EN RELACIÓN AL ESTADO CIVIL. HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI -VRAEM. DICIEMBRE DEL 2017 – MARZO 2018.

Eficacia de la farmacoterapia	Estado civil							
	soltera		casada		conviviente			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alta	10	20	8	16	19	38	37	74
Media	3	6	3	6	6	12	12	24
Baja	0	00	0	00	1	2	01	2
Total	13	26	11	22	26	52	50	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

$\chi^2_c = 1,006$
 $\chi^2_t = 9,487$
 $g. l. = 4$
 $p > 0.05$

La tabla 03 muestra la eficacia de la farmacoterapia con el estado civil de las embarazadas; en el cual se observa que del 100% (50 embarazadas en estudio), el 52% (26) son convivientes, de ellas, el 38% (19) la eficacia es alta, seguida 12% (6) es media y el 2% (1) es baja. En el caso de las solteras: 26% (13), el 20% (10) tiene eficacia alta, el 6% (3) tiene eficacia media y ninguna en baja; en las casadas: del 22% (11), en 8 personas la eficacia es alta, en 3, media; y no se registra ninguno para eficacia baja.

Por otro lado, del análisis de la tabla se concluye que el 38% (19) de convivientes tiene la eficacia farmacoterapia alta, seguida de las solteras con 20% (10) y las casadas con 16% (8). Lo cual demuestra que el tratamiento es mayormente eficiente en la vaginosis bacteriana, con un total de 74% (37) de

todas las embarazadas; y solo el 2% (1 embarazada conviviente) presenta una eficacia baja.

Al constatar los resultados con la prueba de Chi cuadrado, no se halló evidencia estadística significativa ($p>0.05$), lo cual nos indica que la eficacia de la farmacoterapia no está asociada con el estado civil de las embarazadas.

Nuestro resultado se asemeja con **Ramos Magali (Tumbes; 2008)** estudio la frecuencia de vaginosis y comportamiento sexual en gestantes atendidas en el Hospital de la Región Tumbes, y evaluó el estado civil resultando que el 67% de las parejas conviven y el 33% estaban casadas. En relación a la actividad laboral que ejercía solo el 3% de gestantes estudiaban y el 97% se dedicaban a los cuidados del hogar.

Tabla 04: EFICACIA DE LA FARMACOTERAPIA EN GESTANTES CON VAGINOSIS BACTERIANA EN RELACIÓN A LA CONDICIÓN ECONÓMICA. HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI -VRAEM. DICIEMBRE DEL 2017 – MARZO 2018.

Eficacia de la farmacoterapia	Ingreso económico				TOTAL	
	Salario < 850		Salario de 850-1350			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alta	27	54	10	20	37	74
Media	11	22	1	2	12	24
Baja	1	2	0	00	01	2
TOTAL	39	78	11	22	50	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

$\chi^2_c = 2,133$

$\chi^2_t = 5,991$

g. l. = 2

p > 0.05

La tabla 04 se presenta la eficacia de la farmacoterapia en relación al ingreso económico mensual de la embarazada, en el cual se observa que el 100.0%(50 embarazadas en estudio), el 78% (39) tienen un ingreso económico menor a S/. 850 y el 22% (11) de un ingreso mayor. En el segmento de menor ingreso, la eficacia de la farmacoterapia en el 54% (27), media 22% (11) y baja en 2% (1); en el segmento de mayor ingreso, la eficacia de la farmacoterapia es alta en el 20% (10), media en el 2% (1) y baja en ninguna.

Por otro lado, del análisis de la tabla se concluye que el 54% (27) de un salario menor a S/. 850 tiene la eficacia farmacoterapia alta, seguida de un salario de S/. 850 a 1350 con 20% (10). Lo cual demuestra que el tratamiento es

mayormente eficiente en la vaginosis bacteriana, con un total de 74% (37) de embarazados totales; y solo el 2% (1 embarazada con un salario menor a S/. 850) presenta una eficacia baja.

Al constatar los resultados con la prueba de Chi cuadrado, no se halló evidencia estadística significativa ($p > 0.05$), lo cual nos indica que la eficacia de la farmacoterapia no está asociada con el ingreso económico de las embarazadas.

No es posible comparar estos resultados con otras investigaciones ya que no hay estudios realizados en zona de la selva alta similares a Kimbiri y evidencias sobre la eficacia de la farmacoterapia de la vaginosis bacteriana en relación al ingreso económico, ya que no influye en la farmacoterapia.

Tabla 05: EFICACIA DE LA FARMACOTERAPIA EN GESTANTES CON VAGINOSIS BACTERIANA EN RELACIÓN A LA FRECUENCIA DE RELACIONES SEXUALES. HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI -VRAEM. DICIEMBRE DEL 2017 – MARZO 2018.

Eficacia de la farmacoterapia	Frecuencia de relaciones sexuales				TOTAL	
	Activa		Pasiva			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alta	31	62	6	12	37	74
Media	10	20	2	4	12	24
Baja	1	2	0	00	01	2
TOTAL	42	84	8	16	50	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

$\chi^2_c = 0,196$
 $\chi^2_r = 5,991$
g. l. = 2

p > 0.05

En la tabla 05 presentamos la eficacia de la farmacoterapia con la frecuencia de relaciones sexuales de las embarazadas, en el cual se observa que el 100 (50 embarazadas en estudio), el 84% (42) fueron embarazadas activamente sexuales, de ellas el 62% (31) la eficacia es alta, seguida 20% (10) es media y el 2% (1) es baja. En el caso de las embarazadas con relaciones sexuales pasiva: 16% (8), el 12% (6) con eficacia alta, el 4% (2) es media y no se registra ningún para eficacia baja.

Por otro lado, del análisis de la tabla se concluye que el 62% (31) que la eficacia de la farmacoterapia es alta en embarazadas activamente sexuales, seguida de las sexualmente pasiva 12% (6). Lo cual demuestra que el tratamiento es mayormente eficaz en la vaginosis bacteriana, con un total de 74% (37) en

embarazadas total; y solo el 2% (1 embarazada sexualmente activa) presenta una eficacia baja.

Al constatar los resultados con la prueba de Chi cuadrado, no se halló evidencia estadística significativa ($p > 0.05$), lo cual nos indica que la eficacia de la farmacoterapia no está asociada con la actividad sexual de las embarazadas.

En la mujer activamente sexual estos le transfieren en la carga espermática numerosas bacterias genéticamente diferente cada uno de ellos, lo que hace que colonicen la vagina desplazando a las bacterias autóctonas, estas condiciones ecológicas de la población bacteriana cuando son desplazadas por microorganismos no propios establecen números cambios fisiológicos que hace que la vagina responda con la enfermedad que se investiga en esta oportunidad.

Nuestro resultado se asemeja con **Ramos Magali (Tumbes; 2008)** estudios la frecuencia de vaginitis y comportamiento sexual en gestantes quien determinó que el 72% de gestantes con vaginosis presentaron factores de riesgo y solo el 28% no presentó. Asimismo, se encontró que la mayoría de ellas habían tenido más de un compañero sexual y casi ninguno usó el preservativo con su pareja. Situación que les confirme un riesgo considerable alto, así como se puede comparar la condición de riesgo del comportamiento sexual entre la gestante y su pareja

Tabla 06: EFICACIA DE LA FARMACOTERAPIA EN GESTANTES CON VAGINOSIS BACTERIANA EN RELACIÓN AL TRIMESTRE DE GESTACIÓN. HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI -VRAEM. DICIEMBRE DEL 2017 – MARZO 2018.

Eficacia de la farmacoterapia	Trimestre de Gestación							
	Primer trimestre		Segundo trimestre		Tercer trimestre			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alta	16	32	13	26	08	16	37	74
Media	05	10	05	10	02	4	12	24
Baja	00	00	01	2	00	00	01	2
Total	21	42	19	38	10	20	50	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

$\chi^2_c = 1,883$

$\chi^2_i = 9,487$

g. l. = 4

p > 0.05

La Tabla 06 muestra la eficacia de la farmacoterapia en el tratamiento de la vaginosis bacteriana en relación al trimestre de gestación; donde se observa que del 100% (50) gestantes con vaginosis bacteriana, el 42% (21) fueron del primer trimestre de gestación, de ellas 32% (16) la eficacia de la farmacoterapia fue alta, seguida el 10% (05) es media. En el caso del segundo trimestre de edad gestacional: el 38% (19), el 26% (13) tuvieron eficacia de la farmacoterapia alta, seguido del 10% (05) es media y solo el 2% (01) es baja y en el tercer trimestre de edad gestacional: 20% (10), de ellas el 16% (08) tuvieron eficacia de la farmacoterapia alta, seguido del 04% (02) es media y no se registra ninguna para eficacia baja.

De la tabla se concluye que el 32% fueron gestantes del primer trimestre con una eficacia alta de la farmacoterapia.

Al realizar el análisis de Chi Cuadrado, no se halló significancia estadística ($p > 0.05$); lo cual implica que la eficacia de la farmacoterapia para la vaginosis bacteriana no está asociada al trimestre de gestación.

Los resultados se asemejan con **PEREZ DE LEON, Nicolás (Guatemala; 2013)** en su tesis "Vaginosis Bacteriana y amenaza de parto pretermino. Hospital Nacional de Escuintla. Julio – diciembre 2010"; donde estudia la vaginosis bacteriana en mujeres con amenaza de parto pretérmino. La muestra estuvo representada por (535) pacientes embarazadas con edad gestacional entre 28 a 36 semanas más seis días, por fecha de ultima regla y ultrasonido obstétrico; se encontró que (47.29%) padece de vaginosis bacteriana. Los factores de riesgo asociado a amenaza de parto pretérmino se encuentran las infecciones vaginales las cuales representan una de las principales causas, destacándose la vaginosis bacteriana, por lo que se hace necesario orientar a la población femenina que acuda a temprana edad de su embarazo a sus controles prenatales así mismo al equipo médico tomar en cuenta una evaluación completa y así poder tratar estas patologías durante el embarazo y evitar nacimientos prematuros.

Tabla 07: EFICACIA DE LA FARMACOTERAPIA EN GESTANTES CON VAGINOSIS BACTERIANA EN RELACIÓN A LA PARIDAD. HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI -VRAEM. DICIEMBRE DEL 2017 – MARZO 2018.

Eficacia de la farmacoterapia	Paridad								Total	
	Nulípara		Primípara		Multipara		Gran multipara			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alta	12	24	13	26	9	18	3	6	37	74
Media	6	12	2	4	1	2	3	6	12	24
Baja	0	00	1	2	0	00	0	00		2
Total	18	36	16	32	10	20	6	12	50	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

$\chi^2_c = 7,224$
 $\chi^2_i = 12,591$
 $g. l. = 6$
 $p > 0.05$

En la tabla 07 se muestra la eficacia de la farmacoterapia con la paridad de las embarazadas, en el cual se observa que el 100 (50 embarazadas en estudio), el 36% (18) fueron embarazadas nulíparas, de ellas el 24% (12) la eficacia es alta, seguida el 12% (6) es media y ninguna baja. En el caso la primípara: 36% (18), el 26% (13) tiene eficacia alta, el 4% (2) es media y el 2% (1) es baja. En las multíparas: 20% (10), en 18% (9) la eficacia es alta, el 4% (2) es media y ninguna baja. En las gran multíparas: 12% (6), el 6% (3) la eficacia es alta, el 6% (3) es media y no se registra ninguno para eficacia baja.

Por otro lado, del análisis de la tabla se concluye que el 36% (18) con una eficacia de la farmacoterapia es alta en las nulíparas, seguida de las primíparas con 26% (13), luego por las multíparas con 18% (9) y las gran multíparas con 6% (3). Lo que demuestra que el tratamiento es mayormente eficaz en la vaginosis bacteriana, con un total de 74% (37) en embarazadas total; y solo el 2% (1 embarazadas primíparas) presenta una eficacia baja.

Al constatar los resultados con la prueba de Chi cuadrado, no se halló evidencia estadística significativa ($p > 0.05$), lo cual nos indica que la eficacia de la farmacoterapia no está asociada con la paridad de las embarazadas.

Nuestro resultado se asemeja con **PÉREZ DE LEON, Nicolás (Guatemala; 2013)** en su tesis "Vaginosis Bacteriana y amenaza de parto pretérmino. Hospital Nacional de Escuintla. Julio – diciembre 2010"; donde estudia la vaginosis bacteriana en mujeres con amenaza de parto pretérmino. Donde la muestra estuvo representada por (535) pacientes embarazadas con edad gestacional entre 28 a 36 semanas más seis días, por fecha de última regla y ultrasonido obstétrico; y encontró (47.29%) padece de vaginosis bacteriana. De las pacientes con vaginosis bacteriana se determinó lo siguiente: el (35.41%), respecto a la paridad el 19% (39) eran primíparas, 17%(34) multíparas y 11%(23) fueron gran multíparas.

Tabla 08: EFICACIA DE LA FARMACOTERAPIA EN GESTANTES CON VAGINOSIS BACTERIANA EN RELACIÓN AL ANTECEDENTE DE VAGINOSIS BACTERIANA. HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI - VRAEM. DICIEMBRE DEL 2017 – MARZO 2018.

Eficacia de la farmacoterapia	Antecedente vaginosis bacteriana				TOTAL	
	Si		No			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alta	27	54	10	20	37	74
Media	10	20	2	4	12	24
Baja	1	2	0	00	01	2
TOTAL	38	76	12	24	50	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

$\chi^2_c = 0,855$
 $\chi^2_r = 5,991$
g. l. = 2

p > 0.05

La tabla 08 se muestra la eficacia de la farmacoterapia en las embarazadas con antecedente de vaginosis bacteriana, en el cual se observa que el 100% (50 embarazadas en estudio), el 76% (38) fueron embarazadas con antecedentes de vaginosis bacteriana, de ellas el 54% (27) es alta, seguida el 20% (10) es madia y el 2% (1) es baja. En el caso de los que no tuvieron antecedentes de vaginosis bacteriana: 24% (12), el 20% (10) con una eficacia alta, 4% (2) es media y ninguna con eficacia baja.

Por otro lado, del análisis de la tabla se concluye que el 54% (27) que la eficacia de la farmacoterapia es alta en las que tuvieron antecedentes de vaginosis bacteriana, seguida con las que no tuvieron con 20% (10). Lo cual demuestra que el tratamiento es mayormente eficaz en la vaginosis

bacteriana, con un total de 74% (37) en embarazadas total; y solo el 2% (1 embarazada con antecedente) presenta una eficacia baja.

Al constatar los resultados con la prueba de Chi cuadrado, no se halló evidencia estadística significativa ($p>0.05$), lo cual nos indica que la eficacia de la farmacoterapia no está asociada con los antecedentes de vaginosis bacteriana de las embarazadas.

Nuestro resultado se asemeja con **CORDERO RUIZ, DAGMARA Y COL. (CUBA 2005)**, en su estudio "Vaginosis Bacteriana en gestantes: ¿una sepsis vaginal a tener en cuenta?", se realizó un estudio prospectivo longitudinal sobre Vaginosis Bacteriana en 129 gestantes que se captaron en los consultorios médicos del Policlínico Docente Cerro (Cuba), durante el periodo septiembre 2004- abril 2005. A las gestantes se les realizó los tres exudados vaginales que corresponden durante la gestación. Toda gestante que en algún momento tuvo un exudado positivo a Vaginosis Bacteriana se le impuso el tratamiento que sugiere la Dirección Nacional del Programa Materno Infantil. Como resultado encontramos que, de 93 veces, tanto en primera infección como en reinfección, que se realizó el tratamiento establecido, en un total de 63 ocasiones se cumplió estrictamente las orientaciones dadas, lo que represento un 68% del total y en 30 ocasiones no se cumplió el tratamiento para un 32%.

Tabla 09: EFICACIA DE LA FARMACOTERAPIA EN GESTANTES CON VAGINOSIS BACTERIANA EN RELACIÓN A LA FRECUENCIA DE HIGIENE VULVOPERINEAL. HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI - VRAEM.DICIEMBRE DEL 2017 – MARZO 2018.

Eficacia de la farmacoterapia	Higiene vulvoperineal									
	Diario		Interdiario		Semanal		De vez en cuando			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
									Nº	%
Alta	4	8	14	28	17	34	2	4	37	74
Media	0	00	4	8	5	10	3	6	12	24
Baja	1	2	0	00	0	00	0	00	01	2
Total	5	10	18	36	22	44	5	10	50	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

$\chi^2_c = 13,811^{**}$
 $\chi^2_i = 12,591$
g. l. = 6
p < 0.05

La tabla 09 se relaciona la eficacia de la farmacoterapia con la higiene vulvoperineal de las embarazadas, en el cual se observa que el 100% (50 embarazadas en estudio), el 44% (22) fueron embarazadas que semanalmente realizan su higiene vulvoperineal, de ellas el 34% (17) la eficacia es alta, el 10% (5) es media y ninguna baja. En el caso que realizan su higiene interdiario: 36% (18), el 28% (14) tiene eficacia alta, el 8% (4) es media y ninguna baja. En las que realizan su higiene diariamente: 10% (5), el 8% (4) es alta, ninguna es media y el 2% (1) es baja y finalmente las que realizan su higiene de vez en cuando:

10% (5), el 4% (2) es alta, el 6% (3) es media y no se registra ninguno para eficacia baja.

Del análisis de la tabla se concluye que el 34% (17) que la eficacia de la farmacoterapia es alta en las embarazadas que semanalmente realizan su higiene vaginal, seguida las que realizan interdiario con 28% (14), luego con las que hacen diariamente con 8% (4) y con las que hacen su higiene de vez en cuando 4% (2). Lo cual demuestra que el tratamiento es mayormente eficaz en la vaginosis bacteriana, con un total de 74% (37) en embarazadas total; y solo el 2% (1) embarazadas que diariamente realizan su higiene vaginal) presenta una eficacia baja.

Al constatar los resultados con la prueba de Chi cuadrado, se halló evidencia estadística significativa ($p < 0.05$), lo cual nos indica que la eficacia de la farmacoterapia está asociada con la higiene vaginal de las embarazadas.

Nuestro resultado se asemeja con **CHÁVEZ, Natividad. (PERÚ 2009).** "Duchas vaginales y otros riesgos de vaginosis bacteriana". Determinar la prevalencia y los factores de riesgo de vaginosis bacteriana, especialmente su asociación con el uso de duchas vaginales, Las mujeres que practican duchas vaginales fueron 2,28 veces ($OR=2,28$; IC del 95%: 1,0 a 5,0) mayor probabilidad de tener vaginosis bacteriana en comparación con aquellos que no lo practican.

Tabla 10: EFICACIA DE LA FARMACOTERAPIA EN GESTANTES CON VAGINOSIS BACTERIANA EN RELACIÓN A LOS RESULTADOS DE SECRECIÓN VAGINAL. HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI -VRAEM. DICIEMBRE DEL 2017 – MARZO 2018.

Eficacia de la farmacoterapia	Resultados después del tratamiento				TOTAL	
	Presencia de células claves>20%+pH>4.5+ KOH (+)		Sin presencia de células claves y pH normal + KOH (-)			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alta	10	20	27	54	37	74
Media	12	24	0	0	12	24
Baja	1	2	0	0	01	2
TOTAL	23	46	27	54	50	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

$\chi^2_c = 20,623^{**}$
 $\chi^2_r = 5,991$
g. l. = 2
p < 0.05

En la tabla 10 se relaciona la eficacia de la farmacoterapia en embarazadas con los resultados después del tratamiento, en el cual se observa que el 100%(50 embarazadas en estudio), el 54%(27) fueron embarazadas con un resultado de sin presencia de células claves y pH normal + hidróxido de potasio negativo (KOH (-)), de ellas el 54%(27) es alta y en el resto ninguna. En el caso con presencia de células claves > 20% + pH >4.5 + hidróxido de potasio positivo (KOH (+)): 46% (23), el 20% (10) con una eficacia alta, el 24% (12) es media y el 2% (1) es baja.

Del análisis de la tabla se concluye que el 54%(27) que la eficacia de la farmacoterapia es alta con un resultado de sin presencia de células claves y pH

normal + hidróxido de potasio negativo (KOH (-)), seguida con presencia de células claves >20% + pH >4.5 + hidróxido de potasio positivo (KOH (+)), con 20% (10). Lo cual demuestra que el tratamiento es mayormente eficaz en la vaginosis bacteriana, con un total de 74% (37) en embarazadas total; y solo el 2% (1 embarazadas con presencia de células claves < 20% + pH >4.5 y KOH (-)) presenta una eficacia baja.

Al constatar los resultados con la prueba de Chi cuadrado, se halló evidencia estadística significativa ($p > 0.05$), lo cual nos indica que la eficacia de la farmacoterapia está asociada con los resultados después del tratamiento en las embarazadas.

Nuestro resultado se relaciona con **GERMAN KLINGES (PERÚ. 2003)**, En su estudio "Vaginosis Bacteriana en gestantes con peróxido de hidrogeno" refiere que, los lactobacillus predominan en la vagina y falta de ellos especialmente aquellos que producen peróxido de hidrogeno se relacionan con la vaginitis. Los lactobacillus están ocupados en mantener un pH favorable para inhibir a los patógenos produciendo peróxido de hidrogeno. Aplicaciones intravaginales de lactobacillus han sido efectivas en el tratamiento de vaginosis bacteriana.

CONCLUSIONES

1. La Vaginosis Bacteriana es una de las patologías ginecológicas más frecuentes que se presentan mayormente en el embarazo por los cambios hormonales, por lo que implica el riesgo inherente de estar asociado a otras patologías y complicaciones ginecológicas que afectan la Salud Sexual y la Salud Reproductiva de las mujeres.
2. El tratamiento de la vaginosis bacteriana combate la abundancia de bacterias anaerobios que definen esta condición. La clindamicina de 300mg vía oral por 5 a 7 días c/12 horas, en la mayoría de los casos mejora los síntomas. Es similar para las mujeres que usan metronidazol de 250 mg por 5 a 7 días c/8 horas, por lo que ambos antibióticos son recomendados en el embarazo.
3. Los factores asociados a la vaginosis bacteriana en embarazadas atendidas en el Hospital San Juan de Kimbiri estadísticamente significativo ($p < 0.05$) son:
La frecuencia de la higiene vulvoperineal de las embarazadas que lo realizan semanalmente, de los cuales el 34% (17) es alta la eficacia y los resultados después del tratamiento, del resultado sin presencia de células claves y pH normal + KOH (-), ellas el 54% (27) es alta la eficacia.

RECOMENDACIONES

1. En el Hospital San Juan de Kimbiri, el personal de Obstetricia debe realizar un buen control prenatal (precoz, periódica, continua e integral), con la finalidad de disminuir las complicaciones maternas fetales.
2. Informar a las pacientes acerca de las complicaciones de la vaginosis bacteriana, ya que en la mayoría de los casos es asintomática; acerca de los riesgos que pueden presentar durante su período de gestación, comunicando que el embarazo es la etapa primordial para el futuro desarrollo del bebé.
3. Uno de los factores de riesgo es el inicio temprano de las relaciones sexuales (menores de 18 años), lo que se recomienda fortalecer los temas de salud sexual y reproductiva en adolescentes, brindar información clara y eficaz basada en el conocimiento científico y promover conductas sexuales saludables, como por ejemplo uso de preservativo.
4. Realizar otras investigaciones comparativas, analíticas de profundidad referente al tema, como son las complicaciones que se presentan en las embarazadas con vaginosis bacteriana.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Canto de cetina, t. y col. "Prevalencia de vaginosis bacteriana en un grupo de mujeres de una clínica de planificación familiar". Revista La Gaceta Medica de México. Vol.1 México; 2002.
2. Cevallos C. Mónica M. "Vaginosis bacteriana como factor de riesgo preconcepcional y del embarazo". Tesis Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Guayaquil, Ecuador 2011.
3. Cordero Ruiz, Dagmara Y Col. "Vaginosis bacteriana en gestantes: ¿una sepsis vaginal a tener en cuenta?", revista de investigación del policlínico docente cerro de la ciudad de la habana. Cuba abril 2005.
4. Duque Ramírez, Luis G. y Rubio Vanegas, H. "Semiología médica integral", primera edición. Editorial Universidad de Antioquia. Colombia. Julio, 2006.
5. Gal Iglesias, Beatriz y Col. "Bases de la fisiología", primera edición. Editorial Tebar. España, 2007.
6. www.GineWeb[Internet] Ginecología. Información sobre Salud Vaginosis Bacteriana. [consultado 08 de mayo 2016] Disponible en la Web: <http://www.unizar.es/gine/229gin.htm>.
7. Jawetz, Ernest; Melnick, Joseph L y Adelberg, Edward. Microbiología médica, editorial El Manual moderno, 14a edición, 1992. p.700.
8. José Antonio Sánchez Hernández. "Diagnóstico clínico, de laboratorio y tratamiento de la Vaginosis por Gardnerella vaginalis". [En línea] [Consultado el 05 de marzo de 2012] http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v48n4/5_vaginosis.pdf.
9. Nancy J. Guevara Padilla y Hamilton A. Yanes. "Vaginosis Bacteriana en mujeres embarazadas, que consultan las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Cantón del niño, Tesis Facultad Multidisciplinaria de Medicina, Universidad de el Salvador, Nueva Esparta. El Salvador. 2009.
10. Pacheco Romero, José Ginecología y Obstetricia. 3ra Edición Vol.1 (58). Lima, 2010.

11. Rocha Vázquez, Mabel y Col. "Alternativas de tratamiento de la vaginosis bacteriana, una experiencia" tesis de la facultad de ciencias médicas de Cienfuegos. Cuba. Junio 2005.
12. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), boletín de información terapéutica del sistema nacional de salud. Vol. 29, 2013.
13. Mcdonald H, Brocklehurst P, Parsons J. "Antibióticos para el tratamiento de la vaginosis bacteriana en el embarazo". En: la Biblioteca Cochrane Plus, Número 1, 2007.
14. Ramos T, Lily Magali. Frecuencia de vaginosis y comportamiento sexual en gestantes atendidas en el hospital de la región de Tumbes, 2008. Tesis de maestría en salud comunitaria. Escuela de post Grado. Universidad de Tumbes.
15. German Klings. "Vaginosis Bacteriana en gestantes con peróxido de hidrogeno" Perú, 2003.
16. Fernando Tazón. "Seguridad y Eficacia de medicamentos". Editorial Sant Cugat del Vallés. Barcelona – España. 2012
17. Paul IM: Advances in pediatric pharmacology, therapeutics, and toxicology, Adv Pediatr 52:321-365, 2005.
18. Ramírez García O, Martín Martínez A, y Col. "Duración del embarazo, Modificaciones de los órganos genitales y de las mamas" Panamericana Ed. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Cabero Roura L, Madrid, 2003; pp. 232-237.
19. Cerqueira Dapena MJ. "Metabolismo en el embarazo y modificaciones psíquicas". En: Cabero Roura L (Director). Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2003; pp. 249-258
20. Murillo, Sandra. "Incidencia de candidiasis y vaginosis en mujeres gestantes", Tesis Escuela de Obstetricia, Universidad Estatal de Guayaquil. Ecuador 2013.

21. Pérez De León, Nicolás. "Vaginosis Bacteriana y amenaza de parto pretérmino. Hospital Nacional de Escuintla. Julio – Diciembre 2010". Tesis Universidad de San Carlos, Guatemala 2013.
22. Prado, A. y Mere, J. "prevalencia y complicaciones de vaginosis bacteriana en el embarazo". Hospital Nacional arzobispo Loayza. Revista de Ginecología y obstetricia. Vol. 47 N° 3 Lima, Julio 2009. p.177-183.
23. Chávez N, Molina H, Sanchez J. Y Col. "Duchas Vaginales y otros riesgos de vaginosis bacteriana". Perú Exp. Salud Pública [serial online] 2009 [citado 22 de Octubre 2015]; 26(3): Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2995200/>.
24. Organización mundial de la salud (OMS) recopilación de artículos "prevalencia de la vaginosis bacteriana en embarazadas" Vol 85. Abriln2007 p. 245-324.
25. Pedro J. García. "Vaginosis Bacteriana". Revista peruana de ginecología y obstetricia Vol. 53 No 3 Julio-Setiembre 2007. p.167- 171.
26. Ronny Trejos Valverde "vaginosis bacteriana" revista médica de costa rica y centro América 2012. p.183-187.
27. Schwartz R. Obstetricia 6ta edición. Editorial el ateneo. Buenos Aires-Argentina 2005.

ANEXOS

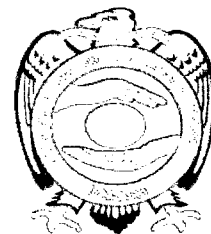


UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



Nro. de ficha: **Nombres y Apellidos:**.....

1. DATOS DE FILIACIÓN

a. Edad Materna:

- Adolescente: 13-19 años ()
- Adulta: 20-35 años()
- Añosa: 36-45 años()

b. Dirección:.....

c. Estado civil:

- Soltera ()
- Conviviente ()
- Casada ()

d. Condición económica

- Salario < 930 soles ()
- Salario de 850 – 1350 soles ()
- Salario > 1350 soles ()

2. DATOS GINECOLÓGICOS

a. Edad gestacional

- Primer trimestre ()
- Segundo trimestre ()
- Tercer trimestre ()

b. Paridad:

- Nulípara ()

- Primípara ()
- Multipara ()
- Gran multipara ()

c. Actividad sexual:

- Activa ()
- Pasiva ()

d. Alguna vez tuvo vaginosis bacteriana (VB):

Si () No ()

e. Recibió tratamiento:

Si () No ()

f. Frecuencia de la higiene genitales externos:

- Diario ()
- Interdiario ()
- Semanal ()
- De vez en cuando ()

g. ¿Cómo realiza su higiene genital externo?

En tina () A chorro ()

h. ¿Qué solución utiliza para su higiene?

Agua y jabón () Solo agua () Agua de hiervas ()

3. VAGINOSIS BACTERIANA

a. Signos y síntomas

- Picazón ()
- Dispareunia ()
- Disuria ()
- Leucorrea ()
- Es mal oliente flujo vaginal ()

b. Color de la secreción

- Transparente