

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA

Título: Comportamiento de las complicaciones obstétricas en gestantes con diagnóstico de sepsis vaginal. Consultorios 3 y 4 del Municipio Primero de Enero.

Autora: Dra. Paola Liliana Fuertes Andrade.
Residente de segundo año de la especialidad de Medicina General Integral.

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CIEGO DE ÁVILA

Título: Comportamiento de las complicaciones obstétricas en gestantes con diagnóstico de sepsis vaginal. Consultorios 3 y 4 del Municipio Primero de Enero.

TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
GENERAL INTEGRAL.



Autora: Dra. Paola Liliana Fuertes Andrade.
Residente de segundo año de la Especialidad de Medicina
General Integral.

Tutor: Sigrid Rojas Ortiz. Especialista de Primer Grado en Ginecología y
Obstetricia.

PENSAMIENTO

“... en el campo de la atención primaria tengo la impresión que Cuba ha encontrado el sistema ideal más avanzado del mundo; tendremos una atención óptima desde la base desde el niño que nace hasta el anciano. El médico de familia es un paso colosal de avance en la atención primaria de salud que se brinda a la población, una cosa excelente”.

Fidel Castro.

DEDICATORIA

A mis padres porque están siempre en cada momento de mi vida y su ayuda incondicional.

A mis abuelos por su amor, compañía y ser los impulsores de que yo sea una profesional.

A mis hermanos porque son los motivos que me impulsan a seguir adelante.

AGRADECIMIENTOS

A la Revolución Cubana.

A mi comandante Fidel, por su ejemplo.

A todos los que de una forma u otra contribuyeron en la realización de este trabajo.

RESUMEN.

El desarrollo de la medicina preventiva con la participación del médico y la enfermera de la familia en la atención ginecoobstétrica, han obligado a buscar formas más dinámicas que favorezcan el desempeño del equipo de salud, entre las que se encuentra la temprana detección de infecciones vaginales en las gestantes, por lo que se precisa como **problema científico**: ¿cómo se comportan las complicaciones obstétricas en las gestantes diagnosticadas con sepsis vaginal? como **objetivo general** describir el comportamiento de las complicaciones obstétricas en las gestantes diagnosticadas con sepsis vaginal en los Consultorios del Médico y Enfermera de la Familia (CMF) 3 y 4 del Municipio Primero de Enero, por lo que se realizó un estudio observacional descriptivo prospectivo en el periodo comprendido desde el 1 de Enero del 2013 al 31 de marzo de 2014. El universo de estudio estuvo constituido por el total de gestantes (39) a las cuales se le realizó exudado vaginal, a las que se les diagnosticó infección vaginal (31) se incluyeron en la muestra, por muestreo probabilístico intencional. Dichas gestantes fueron seguidas hasta el parto para detectar complicaciones obstétricas. Como conclusión se obtuvo que el grupo de edad más frecuente fue entre 18 y 35 años, resultó infrecuente el hábito de fumar, la mayoría de las pacientes no presentaron antecedentes patológicos personales, la totalidad de las gestantes presentó sepsis vaginal, como causa fundamental predominó la moniliasis, la totalidad presentó complicaciones obstétricas, siendo la más frecuente las infecciones recidivantes y las inflamaciones pélvicas.

Palabras Clave: Sepsis vaginal, Complicaciones obstétricas, Atención Primaria.

INDICE

Páginas

Resumen

Introducción

1

Marco Teórico

4

Materiales y Métodos

12

Análisis y Discusión Resultados

15

Conclusiones

19

Recomendaciones

20

Referencias Bibliográficas

21

Anexo

I. INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la medicina preventiva con la participación del médico y la enfermera de la familia en la atención ginecobstetricia, unido a los sustanciales cambios técnicos y organizativos para mejorar la calidad de la asistencia al binomio madre-hijo, han obligado a buscar formas más dinámicas que favorezcan el desempeño del equipo de salud,¹ entre las que se encuentra la temprana detección de infecciones vaginales en las gestantes, tanto en las ingresadas en el hospital, hogar materno o domicilio, como en las que no han requerido esa indicación médica.

La secreción normal de la vagina es de color blanco, inodora, no homogénea que se encuentra generalmente en todo el fondo del saco vaginal, donde concomitan numerosos microorganismos de la flora habitual en esa región (*E. coli*, estafilococos, estreptococos y otros), sin embargo, cuando el volumen secretado aumenta y se acompaña de síntomas irritativos, olores desagradables y molestias, ha ocurrido una infección vaginal, que tiende a presentarse con marcada frecuencia en las embarazadas.²⁻⁵

La infección vaginal puede estar presente en mujeres de cualquier edad, estén o no sexualmente activas. La mayoría ha tenido una infección vaginal, por lo menos una vez en su vida. Este es uno de los principales motivos de consulta de las mujeres adultas a ginecólogos y médicos de la atención primaria.⁶⁻⁸ El embarazo es un período en el cual las mujeres no están exentas de padecer infección vaginal, varias investigaciones declaran que la gestación constituye un factor para la aparición de las infecciones vaginales. Algunas mujeres conviven con estas y en ocasiones pasan inadvertidas, pero durante el embarazo esto constituye un grave problema, ya que representan un factor de riesgo para la producción de complicaciones como rotura prematura de membrana, parto pretérmino y sus consecuencias, incluso el nacimiento de un producto bajo peso.^{1,9,10}

Los estudios epidemiológicos realizados al respecto coinciden en declarar que los tres tipos más comunes de infecciones vaginales son la vaginosis bacteriana

(40-50 %), seguida por candidiasis (20-25 %), y trichomoniasis (15-20 %). También se pueden producir secreciones vaginales si se tiene una infección en el cuello uterino con gonorrea o *Chlamydia* (enfermedades de transmisión sexual). Hay otras causas de infecciones vaginales que son menos comunes.^{6, 7, 11,12,13}

Existen varios microorganismos que se asocian frecuentemente con la Rotura Prematura de las Membranas (RPM) y el trabajo de parto pretérmino. Estos gérmenes pueden producir una respuesta inflamatoria, proteasas, elastasas, mucinasas y colagenasas que pueden destruir o debilitar las membranas fetales, así como un aumento del ácido araquidónico y las prostaglandinas e incrementar la frecuencia de las contracciones uterinas. La infección cervico-vaginal se asocia con morbilidad materna como sepsis, trastornos de la contractilidad uterina y operación cesárea. En fetos y neonatos se asocia con desaceleraciones tardías, sufrimiento fetal, prematuridad, enfermedad de membrana hialina, sepsis e ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).^{14,15}

Lo antes expuesto justifica la necesidad de detectar precozmente la sepsis vaginal en las gestantes para tratarlas y evitar la aparición de complicaciones obstétricas lo que motivó a la autora a investigar la problemática en su contexto, se precisa como problema **científico**: ¿cómo se comportan las complicaciones obstétricas en las gestantes diagnosticadas con sepsis vaginal?

La **novedad** de la investigación radica en que por primera vez se estudia la temática en los CMF 3 y 4 de Primero de Enero, lo que permite accionar en la población gestante para evitar complicaciones obstétricas. El **aporte práctico** consiste en los instrumentos elaborados para la investigación que quedarán a disposición de otros investigadores.

La investigación tiene como **objetivo general** describir el comportamiento de las complicaciones obstétricas en las gestantes diagnosticadas con sepsis vaginal en los Consultorios del Médico y Enfermera de la Familia (CMF) 3 y 4 del Municipio Primero de Enero.

Como **objetivos específicos**:

- Determinar los sustentos teóricos – metodológicos del tema
- Distribuir pacientes según, edad, tiempo de gestación, antecedentes patológicos
- Identificar tipo de sepsis vaginal en las gestantes
- Diagnosticar las complicaciones relacionadas con la sepsis vaginal.

Al considerar la importancia de la detección de las infecciones vaginales durante el embarazo, se diseña la investigación para contribuir con el accionar del equipo básico de salud, al perfeccionamiento de la atención médica de las gestantes de los CMF 3 y 4 del Municipio Primero de Enero.

II. MARCO TEORICO.

En la búsqueda de los antecedentes históricos referentes a las infecciones vaginales se aprecia que en 1931 Plass y colaboradores publicaron en American Journal of Obstetrics and Gynecology un estudio sobre la candidiasis vulvovaginal, demostrando la patogenicidad de este agente levaduriforme.¹⁶

En 1949 fue descrita por primera vez por JS Wilkinson la micosis vulvovaginal, al establecer una relación entre la existencia de hongos en la vagina y la aparición de una vaginitis. A partir de ese momento los conocimientos fueron evolucionando progresivamente.

En 1955, Gardner y Dukes describen un síndrome vaginal nuevo, inicialmente conocido como vaginitis inespecífica e identificaron un nuevo organismo, el *Haemophilus vaginalis*, como agente causal. Este germen, identificado por corto tiempo como *Corinebacterium vaginalis*, actualmente se denomina *Gardnerella vaginalis*.

La candidiasis vaginal comenzó a considerarse como ITS a partir de 1967 y actualmente se acepta que el 50 % de los casos reportados son producto de un contacto sexual.

A lo largo de la historia de esta entidad, se han descrito cambios no solo en el nombre de la bacteria causal, sino también en el concepto del proceso infeccioso. Actualmente se reconoce el término Vaginosis Bacteriana como referencia a la alteración de la flora vaginal donde los lactobacilos, normalmente predominantes, son sustituidos por el crecimiento de bacterias aerobias y anaerobias.

Igualmente, en los antecedentes referenciales y contextuales se habla de vaginitis (vulvovaginitis) micótica o por hongos levaduriformes ya que no todas las vaginitis son causadas por especies pertenecientes al género *Candida*. Se considera que la micosis vulvovaginal es un problema universal, afectando a millones de mujeres en todo el mundo. Constituye la primera causa de vulvovaginitis en Europa. Tal como se

ha referido anteriormente, prácticamente todas las mujeres presentarán al menos un episodio de vulvovaginitis candidiásica a lo largo de su vida. Además, el aislamiento de *Cándida* a partir de exudados vaginales en mujeres asintomáticas no es un hallazgo infrecuente: se estima que entre un 20 y un 25% de mujeres premenopáusicas asintomáticas presentan un cultivo positivo para *Cándida* en vagina. De hecho, tal como ha sido recientemente descrito, la candidiasis puede asemejarse a un iceberg: todos los datos sugieren que una colonización vaginal es de extrema importancia y que la infección clínica no es sino la parte visible del iceberg. Teniendo en cuenta esta alta frecuencia de presencia de *Candida* en vagina, parece importante conocer el mecanismo patogénico por el que una colonización asintomática puede transformarse en una infección clínica.¹⁶

Durante el embarazo se producen cambios hormonales que predisponen con mayor frecuencia a la aparición de infecciones del tracto genital inferior (TGI). Dichas infecciones están asociadas a un gran número de complicaciones ginecoobstétricas, tales como parto prematuro, ruptura prematura de membranas, aborto espontáneo, corioamnionitis, endometritis postparto, enfermedad inflamatoria pélvica, retardo en el crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer.

El bajo peso al nacer (BPN) es el índice más importante para determinar las posibilidades del recién nacido de sobrevivir y tener un crecimiento sano, constituye uno de los principales problemas obstétricos actuales pues está relacionado con más del 75 % de la mortalidad perinatal. Esta complicación repercute negativamente sobre la morbilidad infantil, puede tener efectos nefastos en la etapa adulta, donde se pueden ver afectados varios sistemas además del inmunológico, trayendo como consecuencia, secuelas que incapacitan al niño desde el punto de vista físico y social.¹⁷

Las infecciones del aparato genital femenino, además de los problemas físicos y emocionales que ocasionan en las pacientes, constituyen una pérdida económica de proporciones apreciables al sistema de salud, tanto en las mujeres de países

industrializados como en la población femenina de países en vías de desarrollo. Entre los factores que pueden explicar la mayor frecuencia de estas infecciones se incluyen: el aborto provocado que, en los países en vías de desarrollo, constituye una causa importante de graves y mortales cuadros infecciosos; el aumento de las exploraciones diagnósticas ginecoobstétricas, fomentadas por los avances tecnológicos y el aumento de las intervenciones quirúrgicas abdominales y vaginales. En todos estos procedimientos se altera el ecosistema natural del aparato reproductor femenino o se produce la introducción de gérmenes patógenos externos.

Otro factor importante lo constituye el explosivo aumento de las infecciones de transmisión sexual, principal fuente de infecciones exógenas. El uso de dispositivos intrauterinos y de duchas vaginales, la conducta sexual promiscua, el embarazo, los tratamientos hormonales y el padecimiento de enfermedades que produzcan depresión del sistema inmunológico, como la diabetes mellitus descompensada y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, constituyen otros factores que predisponen a la mujer a estas infecciones.

Las manifestaciones clínicas de las infecciones del aparato genital femenino son muchas y variadas, desde una simple vaginitis hasta el shock séptico, con una serie de cuadros intermedios y progresivos como la endometritis, la salpingitis, los abscesos tuboováricos, la pelviperitonitis y la peritonitis, así como complicaciones durante la gestación, en el posparto y en el puerperio. Si se tiene en cuenta lo antes planteado, se hace necesario el diagnóstico rápido de estas entidades clínicas, tanto en mujeres grávidas como en no grávidas, en cualquier instancia médica de nuestro país.¹⁸

La infección genital es la causa más importante de infertilidad a nivel mundial. Microorganismos como *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y micoplasma genitales tienen consecuencias a mediano y corto plazo que provocan infertilidad. Son numerosas las evidencias que demuestran que las infecciones genitales en la mujer conducen a enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), la cual

genera daños permanentes a las trompas de Falopio, al útero y a los tejidos circundantes. Estos daños implican dolor pélvico crónico, infertilidad y embarazo ectópico.

Mycoplasma hominis, *Ureaplasma urealyticum*, *Chlamydia trachomatis* son considerados microorganismos de transmisión sexual que se relacionan con trastornos de repercusión perinatal y enfermedad ginecológica. Desde el punto de vista obstétrico también ha sido relacionada una alta incidencia de estos microorganismos con parto prematuro, pérdidas fetales, corioamnionitis, etcétera. Los micoplasmas genitales provocan cuadros de vaginosis bacteriana (VB) junto a gérmenes anaerobios y *Gardnerella vaginalis* como co-patógenos en la EIP y la infertilidad, estas infecciones son fácilmente transmisibles y en ocasiones asintomáticas, por lo que su detección evita las complicaciones que las mismas ocasionan.

El impacto de las infecciones del tracto reproductivo sobre la fertilidad ha sido debatido por varias décadas, sin que se haya podido llegar a conclusiones definitivas, esto se debe a varios factores entre los que se pueden mencionar la dificultad para aislar los patógenos responsables, la ausencia de síntomas que indiquen que se trata de una patología a nivel del tracto genitourinario y a los procesos inflamatorios subclínicos a dicho nivel, entre otros.

Contribuye también a este problema el uso frecuente de antibióticos de manera inadecuada e indiscriminada, sin realizar diagnóstico previo para identificar el microorganismo causal, a fin de administrar terapéutica específica y controlar posteriormente la efectividad de la misma. En los últimos años se ha dado mayor importancia a las infecciones como causa de infertilidad, quizás porque las enfermedades de transmisión sexual se hayan incrementado a nivel mundial de forma alarmante y están produciendo afecciones que culminan en infertilidad de la pareja.¹⁹

El Síndrome de flujo vaginal es un proceso infeccioso de la vagina caracterizado por uno o más de los siguientes síntomas: flujo, prurito vulvar, ardor, irritación, disuria, dispareunia, fetidez vaginal, determinados por la invasión y multiplicación de cualquier microorganismo y como resultado de un desbalance ambiental en el ecosistema vaginal. En la práctica médica las infecciones vaginales representan un problema de salud frecuente ya que el 95 % de las pacientes consultan por flujo vaginal, según el número de pacientes que asisten a la consulta médica de Barrio Adentro. Teniendo en cuenta que en una misma mujer pueden coexistir más de una forma clínica (vaginitis y/o cervicitis) y si el examen ginecológico no permite afirmar la presencia de un agente causal en particular, el tratamiento deberá ser enfocado de forma sindrómica, a las tres infecciones más frecuentemente asociadas al Síndrome de flujo vaginal: trichomoniasis, candidiasis y vaginosis bacteriana; con menor frecuencia estas infecciones son producidas por *Neisseria Gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estimó que anualmente 333 millones de casos nuevos de enfermedades de transmisión sexual curables en personas de 15 a 49 años, la mayoría en países en desarrollo, que incluyen países miembros de la comunidad europea. Por otra parte, cálculos recientes reportan que cada año se presentan en el mundo más de 340 millones de casos de infecciones de transmisión sexual (ITS) curables, (incluyen solo aquellas infecciones bacterianas fúngicas y parasitarias), que tienen como manifestación el síndrome de flujo vaginal, susceptibles de tratamientos efectivos y que por lo menos un millón de contagios ocurren cada día. Solamente para Latinoamérica y el Caribe se contagiaron entre 35 y 40 millones de casos de este grupo de ITS con más de 100 mil infecciones promedio por día.

La candidiasis vaginal es causada por un hongo o levadura que se encuentra en la mucosa vulvo-vaginal que prolifera favorecida por antibióticos de amplio espectro, anticonceptivos orales, embarazo, menstruación, diabetes mellitus, prendas ajustadas, infección por VIH, malos hábitos higiénicos, etc. Las mujeres suelen

presentar irritación vulvar y exudado escaso. La vulva puede aparecer inflamada con excoriaciones y fisuras. La pared vaginal puede estar cubierta por colonias de levaduras, blancas, de aspecto caseoso y adherente. Su tratamiento consiste en el uso de clotrimazol 100 mg, intravaginal 2 veces al día por 3 días o nistatina 100000 U (óvulo vaginal) intravaginal, una vez al día por 14 días. Es una infección diagnosticable en el 33 % de las mujeres en edad reproductiva que padecen de vulvovaginitis. El síntoma más frecuente es la secreción maloliente de color blanco-grisáceo, el picor y la irritación son comunes, no así, el enrojecimiento y los edemas. El olor a amoníaco (pescado) se vuelve más fuerte cuando más alcalina es la secreción, tras el coito o la menstruación. En ocasiones la entidad cursa sin síntomas. El tratamiento con metronidazol 500 mg 2 veces al día durante 7 días es efectivo.

La VB no solo se asocia con la presencia de *Gardnerella vaginalis*. Su etiología se ha atribuido al denominado complejo GMM, constituido por *Gardnerella vaginalis*, agentes anaerobios como bacteroides, peptococos, peptostreptococos y enterobacterias, *Mycoplasma hominis*, *Ureoplasma urealyticum* y *Mobiluncus curtisi*.

Las relaciones sexuales a edades precoces de la vida, la promiscuidad, la no protección y las actitudes permisivas facilitan el aumento de la VB, al igual que del resto de las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Muchos casos no se reportan porque la mayoría de las personas con VB no saben que tienen la infección y no se hacen pruebas para detectar la enfermedad. Es frecuente que se traten los síntomas y no se hagan las pruebas de detección, mientras que la reinfección es frecuente si sus parejas sexuales no reciben tratamiento.

No se conoce exactamente cómo se contrae la VB, pero sí, algunas conductas alteran el equilibrio normal de las bacterias vaginales y exponen a la mujer al riesgo de contraer la enfermedad, por ejemplo, el cambio frecuente de pareja sexual o su multiplicidad, el empleo

La secreción normal de la vagina es de color blanco, inodora, no homogénea que se encuentra generalmente en todo el fondo del saco vaginal, donde concomitan numerosos microorganismos de la flora habitual en esa región (E. coli, estafilococos, estreptococos y otros), sin embargo, cuando el volumen secretado aumenta y se acompaña de síntomas irritativos, olores desagradables y molestias, ha ocurrido una infección vaginal, que tiende a presentarse con marcada frecuencia en las embarazadas.

La infección vaginal puede estar presente en mujeres de cualquier edad, estén o no sexualmente activas. La mayoría ha tenido una infección vaginal, por lo menos una vez en su vida. Este es uno de los principales motivos de consulta de las mujeres adultas a ginecólogos y médicos de la atención primaria.²⁰

El embarazo es un período en el cual las mujeres no están exentas de padecer infección vaginal, varias investigaciones declaran que la gestación constituye un factor para la aparición de las infecciones vaginales. Algunas mujeres conviven con estas y en ocasiones pasan inadvertidas, pero durante el embarazo esto constituye un grave problema, ya que representan un factor de riesgo para la producción de complicaciones como rotura prematura de membrana, parto pretérmino y sus consecuencias, incluso el nacimiento de un producto bajo peso.

Los estudios epidemiológicos realizados al respecto coinciden en declarar que los tres tipos más comunes de infecciones vaginales son la vaginosis bacteriana (40-50 %), seguida por candidiasis (20-25 %), y trichomoniasis (15-20 %). También se pueden producir secreciones vaginales si se tiene una infección en el cuello uterino con gonorrea o Chlamydia (enfermedades de transmisión sexual). Hay otras causas de infecciones vaginales que son menos comunes.²¹

Cuando se pronuncia “infección vaginal” inmediatamente se asocia a niña, adolescente, adulta joven, adulta mayor y embarazada, y también en las consecuencias de esa enfermedad: la infertilidad, la infección urinaria baja, la rotura

prematura de la membrana, el parto pretérmino, las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el bajo peso, entre otras.²²

En un estudio realizado a una población infantil se observó que la leucorrea o la vulvovaginitis fueron el primer motivo de consulta, lo que coincide con otros trabajos publicados. Algunos de los factores que más influyeron en la aparición de esos procesos infecciosos fueron el aseo perineal incorrecto, los baños en piscinas, la contaminación por hacinamiento, el uso de ropa de adultos y la asociación con parasitismo intestinal, entre otros. La vaginosis bacteriana fue la causa más frecuente de leucorrea, lo que se explica, en muchos casos, por el uso de la ropa de la madre y el hacinamiento.²³

En las consultas se comprobó que más del 80% de las gestantes tuvieron infección vaginal en su primer trimestre; al final del mismo terminaron asintomáticas. La vaginosis bacteriana predominó sobre las otras causas infecciosas^{24,25}

Numerosos estudios reportan la frecuencia de infecciones vaginales en las gestantes y su relación con complicaciones obstétricas lo que sirve de sustento teórico a la investigación.²⁶⁻³⁰

III. MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo prospectivo en el periodo comprendido desde el 1 de enero del 2013 al 31 de marzo de 2014. El universo de estudio estuvo constituido por el total de gestantes pertenecientes a los CMF 3 y 4 del Municipio Primero de Enero (39) a las cuales se le realizó exudado vaginal y a las que se les diagnosticó infección vaginal (31) se incluyeron en la muestra, por muestreo probabilístico intencional. Dichas gestantes fueron seguidas hasta el parto para detectar complicaciones obstétricas. La información se recogió mediante la encuesta elaborada y previamente validada por la autora (Anexo I). Los datos se obtuvieron a partir de la revisión de documentos (Fichas Familiares e historias clínicas). Como medida de resumen de la información se utilizó la proporción por ciento, los resultados se procesaron con ayuda de Microsoft, se presentaron en tablas de distribución absoluta y de frecuencia que permitieron obtener las conclusiones en correspondencia con los objetivos previstos en la investigación.

Las variables utilizadas se operacionalizaron como se muestra en la tabla:

Operalización variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continúa.	Menores de 18 Entre 18 y 35 Mayores de 35	Según años cumplidos.	Número y Porcentaje según grupo de edad.
Antecedentes personales	Cualitativa dicotónica.	Diabetes mellitus Infecciones anteriores	Si No	Número y Porcentaje.
Diagnóstico	Cualitativa policotónica.	Con leucorrea Sin leucorrea	Si No	Número y Porcentaje.

Tipo de tratamiento	Cualitativa policotónica.	Farmacológico Interacciones con otros fármacos incorrectos Combinaciones inapropiadas Medicamentos incorrectos Dosis demasiado bajas Resistencia al tratamiento Tratamiento correcto No farmacológico Modificaciones dietéticas. Evitar o disminuir consumo de alcohol. Eliminar hábitos tóxicos.	Si No	Número y Porcentaje.
Complicaciones obstétricas	Cualitativa dicotómica.	Rotura prematura de membranas Parto pre término Bajo peso al nacer Infección del líquido amniótico infección recidivante Endometritis posparto Enfermedad	Antecedentes presentados durante el embarazo.	Número y Porcentaje.

		Inflamatoria Pelviana posaborto Susceptibilidad a la adquisición/transmisi ón del VIH Infección posquirúrgica Infección del tracto urinario Enfermedad Inflamatoria Pelviana		
Sepsis vaginal	Cualitativa dicotómica.	Moniliasis Clamidiasis Gardenerella vaginalis Gonorrea Trichomoniasis	Cuales presento durante el embarazo.	Número y Porcentaje.
Diagnóstico Síntomas y signos	Cualitativa	Leucorrea, prurito Ardor, dolor	Síntomas y Signos	Número y Porcentaje.
Hábitos tóxicos	Cualitativa dicotómica.	Alcoholismo tabaquismo	Se explica así mismo .	Número y Porcentaje.

Aspectos Éticos

Para esta investigación se contó con la afirmación del comité de ética e investigación de la institución. Se cumplieron estrictamente con el proceso de confiabilidad de la información. Se tuvo en cuenta el consentimiento informado de las gestantes

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1: Distribución de la muestra según grupos de edad.

Grupos de edad (años)	Femeninas	
	No	%
Menores de 18	5	16.1
Entre 18 y 35	23	74.2
Mayores de 35	3	9.7
Total	31	100

Fuente: historia clínica

La tabla 1 muestra que, del total de las 31 gestantes, el grupo de edad que predominó estuvo comprendido entre 18 a 35 años con 23 gestantes, lo que representa un 74.2 %, entre las menores de 18 años se encuentran 5 que representa el 16.1% y entre mayores de 35 años se encuentran 3 que representa 9.7%.

Estos datos se corresponden con los resultados de otros autores que refieren que su universo de estudio estuvo representado por gestantes entre 18 y 35 años de edad lo que está influenciado por la edad más frecuente para la reproducción. (1, 2, 4,10)

Tabla 2: Distribución de la muestra según el hábito tóxico.

Hábitos tóxicos.	No	%
Tabaquismo	3	9.7
Total	3	9.7

La tabla dos muestra la distribución de la presencia de hábitos tóxicos en las gestantes estudiadas, se comprueba que solo tres gestantes refirieron fumar lo que

representa el 9.7 % del total. En estudio realizado en Santiago de Cuba por Periquet Marino y colaboradores se aprecia una mayor incidencia del hábito de fumar en la gestante estudiada (14).

Tabla 3: Distribución de la muestra los antecedes personales.

Antecedentes personales.	No	%
Diabetes Mellitus	1	3.2
Infecciones anteriores	10	32.2
Complicaciones anteriores	3	9.7
Sin antecedentes	17	54.8
Total	31	100

Fuentes: interrogatorio a la captación

La tabla 3 muestra que solo una gestante para el 3.2% padece de diabetes mellitus, con infecciones anteriores 10 (32.2%), con complicaciones anteriores 3 gestantes (9.7%) y sin antecedentes 17 que representa el 54.8 %. En estudio realizado en el Municipio Playa por López y Lugones (29) se reporta como antecedentes personales la Diabetes Mellitus y las infecciones vaginales anteriores. Como complicación obstétrica estudió el bajo peso al nacer y los factores que se asociaron a dicha complicación

Tabla 4: Distribución de la muestra según el diagnóstico.

Diagnóstico.	No	%
Moniliasis con tratamiento	30	96.8
Tricomoniasis con tratamiento	1	3.2
Total	31	100

Fuentes: historias clínicas

La tabla 4 muestra los resultados obtenidos en los exudados vaginales y se aprecia la frecuencia de moniliasis en 30 gestantes, las cuales recibieron tratamiento, lo que representa el 96,8 % del total, solo una gestante resultó positiva de trichomoniasis (3.2%). La comparación con otros estudios revela que es el germen más frecuente en las gestantes. (1,5,7,9,10,15,25-30)

Tabla 5: Distribución de la muestra según complicación presentada.

Complicación.	No	%
Infección recidivante	18	58
Inflamación pélvica	7	22.5
Infección urinaria	3	9.7
Parto pre término	1	3.2
Bajo peso al nacer	1	3.2
Sin complicación	1	3.2
Total	31	100

Fuentes: historia clínica

La tabla 5 representa que de las gestantes estudiadas presentaron Infección recidivante 18 con un 58%, inflamación pélvica 7 gestantes con 22.5%, con infección urinaria 3 gestantes que representan un 9.7%, con parto pre término 1 (3.2%) y bajo peso al nacer 1 gestante (3.2%) y 1 sin complicación

Los resultados referidos en esta tabla coinciden con los obtenidos por otros autores (25-30), que refieren existe asociación entre la presencia de sepsis vaginal durante la gestación y la aparición de complicaciones obstétricas, aunque en la investigación que se presenta no constituyó un objetivo valorar la relación causa efecto de ambos aspectos, solo se mostró el comportamiento de dichas variables

V. CONCLUSIONES.

El grupo de edad más frecuente en la investigación correspondió a las gestantes entre 18 y 35 años, fue infrecuente el hábito de fumar, la mayoría de las pacientes no presentaban antecedentes patológicos personales, la totalidad de las gestantes presentó sepsis vaginal y fueron tratadas, como causa fundamental predominó la moniliasis, la totalidad presentó complicaciones obstétricas siendo la más frecuente las infecciones recidivantes y las inflamaciones pélvicas.

VI. RECOMENDACIONES

1. Divulgar los resultados de esta investigación al personal de salud con el objetivo de incrementar las actividades en gestantes sobre complicaciones obstétricas causadas por las infecciones vaginales.
2. Continuar la investigación enfocada hacia la ejecución de un sistema de acciones que perfeccionen la atención de la gestante, con énfasis en el tratamiento oportuno de la sepsis vaginal.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cabeza Cruz E, Herrera Alcázar V, Ortega Blanco M, Santiesteban Alba S. Infección vaginal. En: García Hernández ML, editor. Procederes de obstetricia y ginecología para el médico de la familia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1998. p. 34-40.
2. Hernández Izaguirre BM, García García J. Semiología ginecológica y trastornos menstruales En: Socarrás Ibáñez N, editor. Manual de enfermería ginecoobstétrica. Programa, guías y temas. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2007. p.113-30.
3. Rivero Rodríguez C, Tizón González O, Copo Jorge JA, Díaz Alfonso OM. Empleo del método directo para el diagnóstico de vaginitis por *Gardnerella vaginalis*. Rev Cubana Enfermer. 2002;8(1):36-42.
4. Huston WJ, Gaileen HE, King D. Preguntas usuales que las pacientes formulan durante el embarazo. Rev Cubana Med Gen Integr. 2006;12(1):74-6.
5. González Melián D, Blanco Miclín N, Lucas Macías F, Rosa Kindelán EL. Principales causas de infecciones vaginales en gestantes ingresadas en el Hospital "Reynaldo Chiang Vargas" durante enero-abril de 2001. MEDISAN [serie en Internet]. 2002[citado 4 Dic 2008];6(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol6_3_02/san10302.htm
6. Lara Hauslaib BA. Información de salud para adolescentes. Center for Young Women's Health Children's Hospital Boston [sitio en Internet]. 2004 [citado 4 Dic 2008]. Disponible en: www.youngwomenshealth.org/spvag.html
7. Microbiología clínica en la infección vaginal. Apuntes para el manejo de la infección vaginal [sitio en Internet]. [citado 4 Dic 2008]. Disponible en: <http://www.microbiologiaclinica.com/vaginal.htm>

8. Botella J. Obstetricia y ginecología infanto-juvenil: Su importancia. La Habana: Socudef; 1996.
9. Hillier F. Association between bacterial vaginosis and preterm delivery of a low-birth weight infant. N Engl J Med. 2005;(33):317-37.
10. Heredia HB, Velazco A, Cutié LE, Álvarez B. Enfermedades de transmisión sexual y su relación con el embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1998;24(1):28-33.
11. National Institute of Child Health and Human Development. ¿Qué es la vaginitis? [sitio en Internet]. 2004 [citado 4 Dic 2008]. Disponible en: <http://www.nichd.nih.gov/publications/pubs/vagtoc.htm>
12. Montes de Oca Mejías E, Payan M, Pérez de Ávila M, Loyola Domínguez M. Comportamiento clínico epidemiológico de la infección vaginal en gestantes de dos consultorios. Archivo Médico de Camagüey [serie en Internet]. 2005[citado 4 Nov 2008];9(3). Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2005/v9n3/1033.pdf>
13. Miranda Guerra Amauri de Jesús, Hernández Vergel Lázaro Luís, Romero Rodríguez Celia. Infección vaginal en gestantes y su incidencia en indicadores seleccionados del Programa Materno Infantil. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 2014 Oct 03]; 26(2): Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000200009&lng=es.
14. Periquet Meriño Magda, Pascao Gamboa Adriana, Labaut Ginarte Onidia, Vargas de la Paz Liudmila, Mora Nieto Juana. Algunos factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en el Hospital General "Orlando Pantoja Tamayo". MEDISAN [revista en la Internet]. 2014 Ene [citado 2014 Oct 03] ; 18(1): 11-16. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000100003&lng=es.

15. Vázquez Niebla Juan Carlos, Ortiz González Cecilia, Ley Ng Mirta, Pérez Penco José María, Calero Ricardo Jorge Luis. Prevalencia de infecciones cervico-vaginales en embarazadas en un hospital obstétrico de referencia de Ciudad de la Habana*. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2007 Ago [citado 2014 Oct 03] 33(2): Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000200001&lng=es
16. Gorka Barrenetxea Ziarrusta .Vulvovaginitis Candidiásica. Rev Iberoam Micol 2009; 19: 22-24
17. Prieto Herrera M.E, García Luna C, Rubio López. E, Serrano Fuentes, Juan M, Rodríguez Sánchez, Niurka. Relación del bajo peso al nacer con la sepsis vaginal. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2011; 37(2):162-171
18. Alemán Mondeja Linet Diana; Almanza Martínez Caridad; Fernández Limia Octavio. Diagnóstico y prevalencia de infecciones vaginales. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.2010; 36(2)62-103
19. Ortiz Rodríguez C; Hechavarría Calderín C; Álvarez Medina G; Hernández Ortiz Y. Estudio de Chlamydia trachomatis, Ureaplasma urealyticum y Mycoplasma hominis en pacientes infértiles y abortadoras habituales. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.2010; 36(4)573-584
20. Crespo Suri M; Triana Casado I, Fernández Karell E, Cabrera Cantelar N. Caracterización de la vaginosis bacteriana en mujeres haitianas Rev Cubana Obstet Ginecol vol.38 no.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2012

21. Miranda Guerra A; Hernández Verge L; Romero Rodríguez C. Infección vaginal en gestantes y su incidencia en indicadores seleccionados del Programa Materno Infantil. Revista Cubana de Medicina General Integral.2010; 26(2)291-300
22. Betancourt Bravo A. Infecciones Vaginales en la mujer. [Internet]. La Habana. Cuba: Centro Nacional de Sanidad Agropecuaria; 2006 [citado el 8 de febrero de 2011]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos34/infecciones-vaginales/infecciones-vaginales.shtml>
23. Lugones Botell M, Calzada Occeguera MA. La atención ginecológica en niñas de 0 a 10 años. Rev Cubana Med Gen Integr. [Internet]. 2007 Mayo-jun [citado 8 de febrero de 2011];8(3): [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252002000300004&script=sci_arttext
24. Montes de Oca Mejías E, Payan M, Pérez de Ávila M, Loyola Domínguez M. Comportamiento clínico epidemiológico de la infección vaginal en gestantes de dos consultorios. Arch Méd Camagüey. [Internet]. 2005 [citado 8 de febrero de 2011];9(3): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2005/v9n3/1033.pdf>
25. G. Rodea, M. D. Diestro y J. J. Escribano. Infecciones del tracto genital inferior ,Vulvovaginitis, Ginecología y Atención Primaria. Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Severo Ochoa Leganés (Madrid) 2008.
26. Fernando Coppelillo Enrique, Cora Eliseht Martha et all. Prevalencia de infecciones vaginales en embarazadas sintomáticas y asintomáticas. Enfermedades del Tracto Genital Inferior. Vol. 1, No.1 Julio-septiembre 2011 pp 17-22
27. Vidal Borrás Emilio; Ugarte Rodríguez Crispina Justa. Síndrome de flujo vaginal. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.2010; 36(4)594-602

28. Gala Vidal Héctor, Crespo Mengana Eva, García Díaz Reina de la Caridad, Bertrán Bahades Jacqueline, Valón Rodríguez Ángel Onel. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en una comunidad venezolana. MEDISAN [revista en la Internet]. 2010 Mar [citado 2014 Oct 03]; 14(2): Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000200011&lng=es.

29. López José Israel, Lugones Botell Miguel, Valdespino Pineda Luis M., Virella Blanco Javier. Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2004 Abr [citado 2014 Oct 03]; 30(1): Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2004000100001&lng=es.

30. Perez Morales Juan Carlos. Vaginosiis Bacteriana en Morón. Tesis de Especialista. Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. 2008

VIII. ANEXO 1.

ENCUESTA PARA SER LLENADA POR EL MÉDICO DE ASISTENCIA.

Objetivo: obtener información sobre la sepsis vaginal en gestantes.

Nombre _____.

- En qué grupo de edad se encuentra

Menor 18 años _____ 18-35 _____ Mayor a 35 años _____.

- Presenta hábitos tóxicos

Sí _____ No _____

- Se realizó alguna vez aborto.

Si _____ No _____ Cuantos _____

- Padece de alguna enfermedad crónica

Si _____ No _____ Cuales _____

- Presencia de sepsis vaginal anterior.

Si _____ No _____.

- Realizó tratamiento para la sepsis vaginal

Si _____ No _____

- Presencia de síntomas o signos.

Leucorrea, flujo, _____ prurito vulvar _____ ardor _____ irritación,

disuria, _____ dispareunia, _____ fetidez vaginal _____

- Resultados del exudado vaginal. Colocar tipo de sepsis vaginal

Presencia de complicaciones obstétricas

Rotura prematura de membranas. - _____ Parto pre término _____ Bajo peso al
nacer _____ Infección del líquido amniótico _____ Endometritis posparto _____

Enfermedad Inflamatoria Pelviana _____ Enfermedad Inflamatoria Pelviana
posaborto _____ Susceptibilidad a la adquisición/transmisión del VIH _____

Infección posquirúrgica _____ infección recidivante _____ Infección del tracto
urinario. - _____

