

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CIEGO DE ÁVILA  
DR. JOSÉ ASSEF YARA.**

**POLICLÍNICO DOCENTE RAFAEL PÉREZ GONZÁLEZ  
BOLIVIA.**

**Comportamiento de la Sepsis Vaginal en las  
embarazadas del Consejo Popular La Loma.  
Municipio Bolivia.**

**Autor:** Dra. Dayana Delgado López.  
Residente de Segundo año de Medicina General  
Integral.

*“Trabajo para optar por el título de  
Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral”*

Bolivia.  
2007 – 2009

**PENSAMIENTO:**

*“Es la medicina como el derecho, profesión de lucha, necesitase un alma bien templada para desempeñar con éxito ese sacerdocio.”*

*José Martí.*

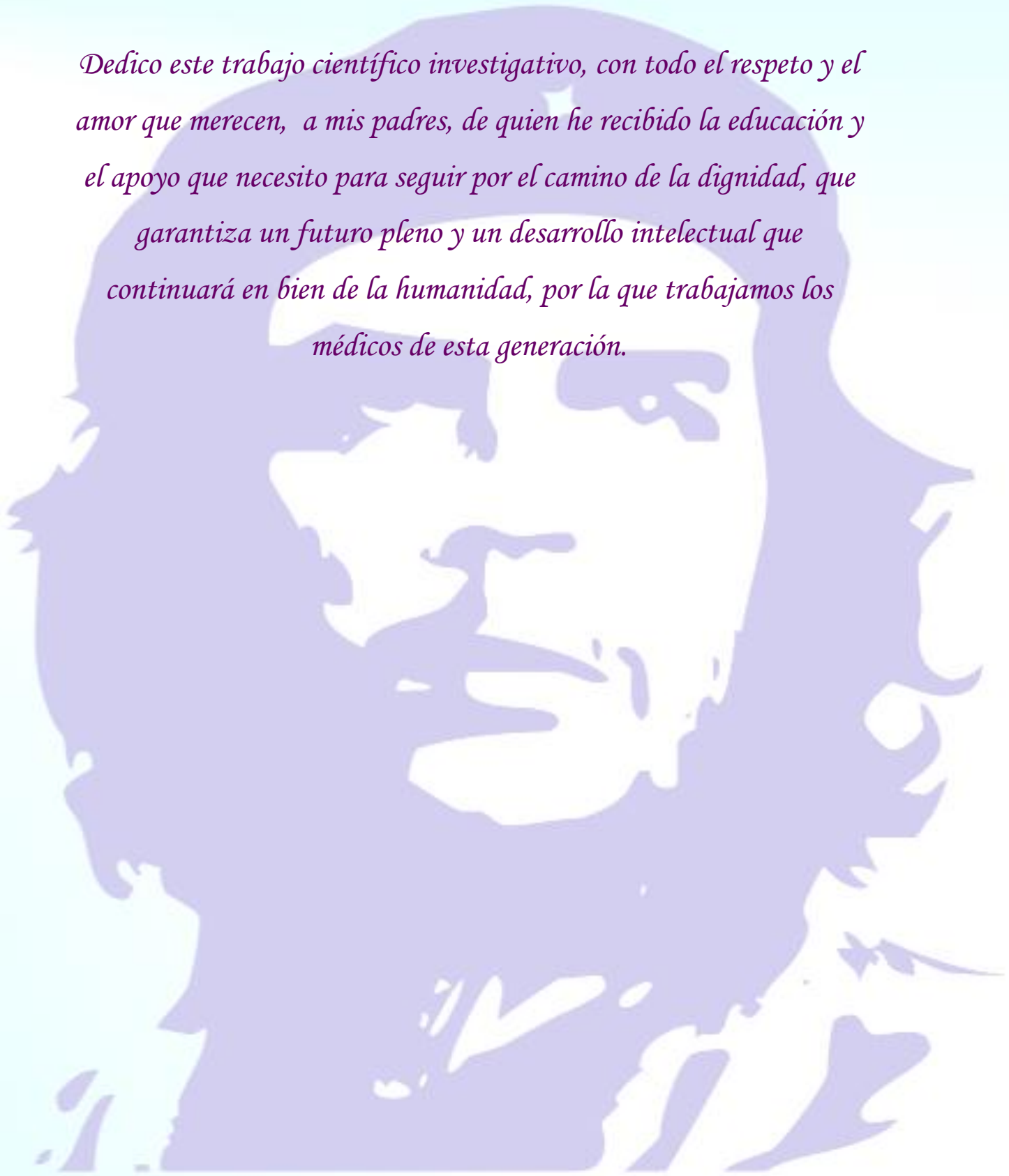


## **AGRADECIMIENTOS:**

- ❖ *Agradezco la realización de este trabajo, en primer lugar a mis padres y en especial a mi madre, quien me apoyó en todo momento con su amor y dedicación desde mis primeros pasos.*
- ❖ *En segundo lugar, agradezco a la Dra. Noemí Vergel López que es la tutora de este trabajo investigativo, por su dedicación y sacrificio, al Dr. Augusto González Hidalgo, por su colaboración como asesor de este trabajo, al Licenciado Rubisnel Castillo López por su apoyo incondicional y colaboración, al informático de salud Adonis Díaz Delgado, quien ha dedicado su tiempo libre para ayudar a la confección de esta tesis. De forma general a todos los que de una manera u otra han contribuido con la realización del mismo.*

## **DEDICATORIA:**

*Dedico este trabajo científico investigativo, con todo el respeto y el amor que merecen, a mis padres, de quien he recibido la educación y el apoyo que necesito para seguir por el camino de la dignidad, que garantiza un futuro pleno y un desarrollo intelectual que continuará en bien de la humanidad, por la que trabajamos los médicos de esta generación.*



## ***RESUMEN:***

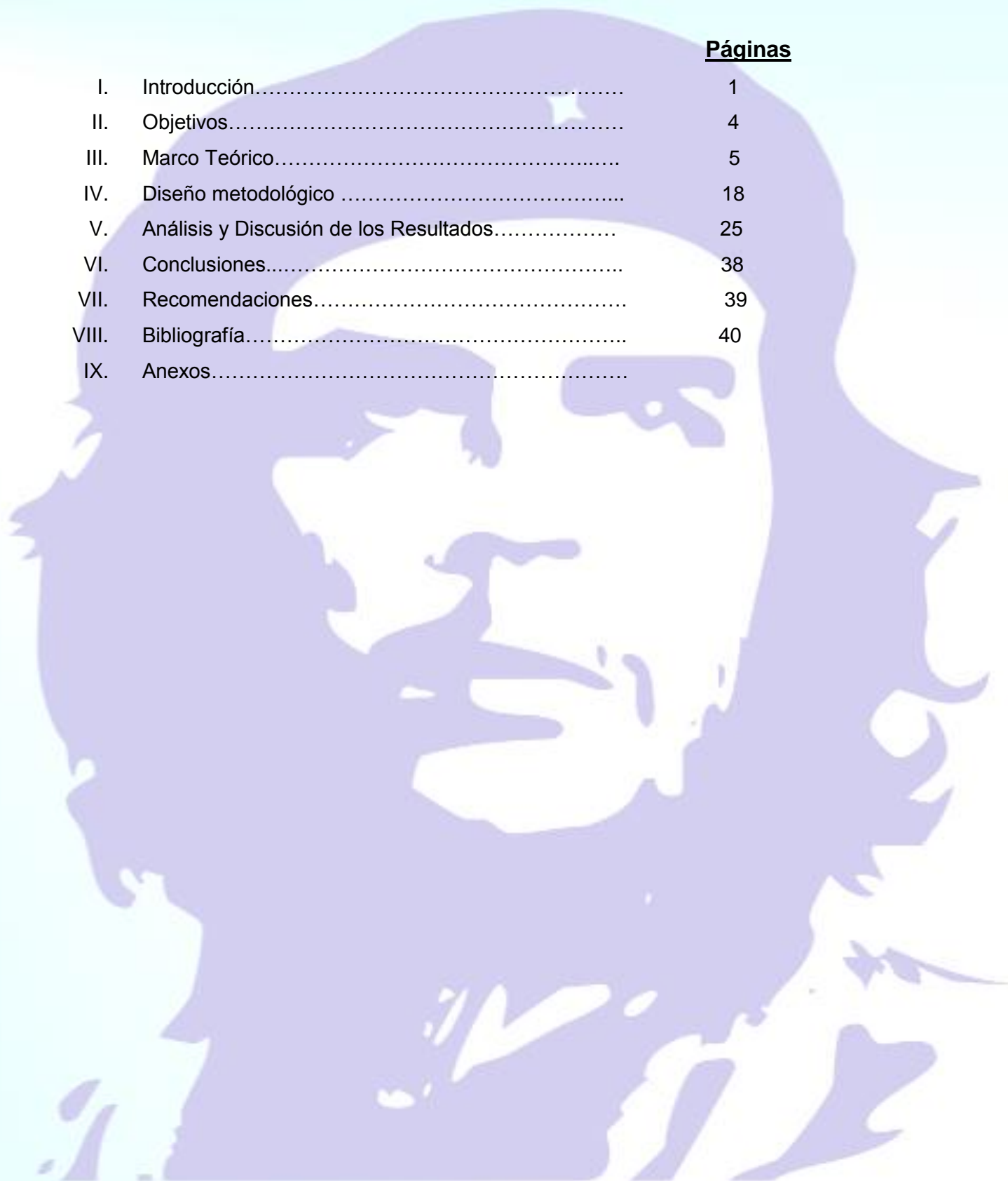
Se realizó un estudio epidemiológico, de tipo observacional descriptivo en el Consejo Popular La Loma del Municipio Bolivia, durante el período que abarca desde Enero a Diciembre del 2008, con el objetivo de precisar la magnitud y repercusión de la sepsis vaginal en las embarazadas en esta área de salud. La muestra seleccionada fue no probabilística y estuvo constituida por 28 pacientes con sepsis vaginal diagnosticadas durante el embarazo.

La sepsis vaginal es una de las enfermedades que se presentan de forma frecuente en las embarazadas, con un porcentaje elevado en el área que abarca el Consejo Popular La Loma del Municipio Bolivia, donde la distribución más alta se encuentra en el grupo de 20 a 35 años, diagnosticándose un mayor número en las embarazadas que se encuentran casadas. En el estudio no se encontró relación con el nivel de escolaridad, ni con el peso corporal de las pacientes, pero sí con otros factores de riesgo como las condiciones higiénicas sanitarias desfavorables y estados carenciales como la anemia. Los gérmenes causales más frecuentes de la sepsis vaginal en estas pacientes fueron: la monilia, trichomona y Gardnedrella, diagnosticados desde el punto de vista clínico o de laboratorio, con un porcentaje elevado de recurrencia después del tratamiento, las complicaciones perinatales que con más frecuencia se presentaron en las pacientes estudiadas fueron: la Amenaza de Parto Pretérmino, la Rotura prematura de membranas y la conjuntivitis neonatal.

Palabras claves: Sepsis Vaginal, Leucorrea, Candidiasis, Trichomoniasis, Vaginosis Bacteriana.

## ÍNDICE:

	<u>Páginas</u>
I. Introducción.....	1
II. Objetivos.....	4
III. Marco Teórico.....	5
IV. Diseño metodológico .....	18
V. Análisis y Discusión de los Resultados.....	25
VI. Conclusiones.....	38
VII. Recomendaciones.....	39
VIII. Bibliografía.....	40
IX. Anexos.....	



## I. INTRODUCCIÓN:

El desarrollo de la medicina preventiva y los sustanciales cambios técnicos y organizativos para mejorar la calidad de la asistencia al binomio madre-hijo, sustentadas por las estrategias del Programa de Atención Materno Infantil (PAMI), fundamentalmente en la Atención Primaria Salud (APS) con la participación del equipo básico de trabajo del médico y la enfermera de la familia en la atención ginecoobstétrica, permiten la temprana detección de la sepsis (ó Infección) vaginal en las gestantes.

La sepsis vaginal durante el embarazo es de riesgo tanto para la madre como para el fruto de la concepción. Las tasas de morbilidad y mortalidad materno-infantiles están muy en relación con la Rotura Prematura de las Membranas ovulares (RPM) y el parto pretérmino y ambos eventos son motivados muchas veces por una infección cérvico vaginal, entre los efectos dañinos que pueden causar en los Recién Nacidos se incluyen mortinatos, bajo peso al nacer, conjuntivitis, neumonía, septicemia neonatal, daño neurológico, ceguera, sordera, hepatitis aguda, meningitis, enfermedad hepática crónica y cirrosis; por eso es tan importante detectar y tratar de forma oportuna a esta patología.<sup>1</sup>

Teniendo en cuenta la alta frecuencia de Flujo Vaginal en la embarazada, la probada relación existente entre la sepsis vaginal y las complicaciones del embarazo, el parto y del recién nacido, con el objetivo de perfeccionar la calidad de la salud reproductiva, el Ministerio de Salud Pública se ha trazado la estrategia de fortalecer la atención perinatal a través de la implementación del manejo sindrómico del Flujo Vaginal en gestantes, en todas las unidades del Sistema Nacional de Salud.<sup>2</sup>

Para reducir el alto índice de infección vaginal en las embarazadas es, además, necesario que se realicen una serie de medidas que puestas en práctica reducen esta afección, como son: consejerías sobre Infecciones de transmisión sexual, recomendaciones sobre el uso del preservativo durante el embarazo,

tratamiento de la pareja sexual cuando se requiera, recomendaciones higiénico sanitarias, sobre todo hervir el agua de asearse en aquellos lugares donde no se cuente con acueductos o con aguas tratadas y charlas educativas en los Consultorios del Médico de la Familia (CMF) preparadas con un alto nivel de conocimiento, capaces de llegar a cada embarazada con claridad, donde se les explique la importancia del cumplimiento correcto de las indicaciones y tratamientos médicos y de la correcta higiene personal de ambos conyugues.

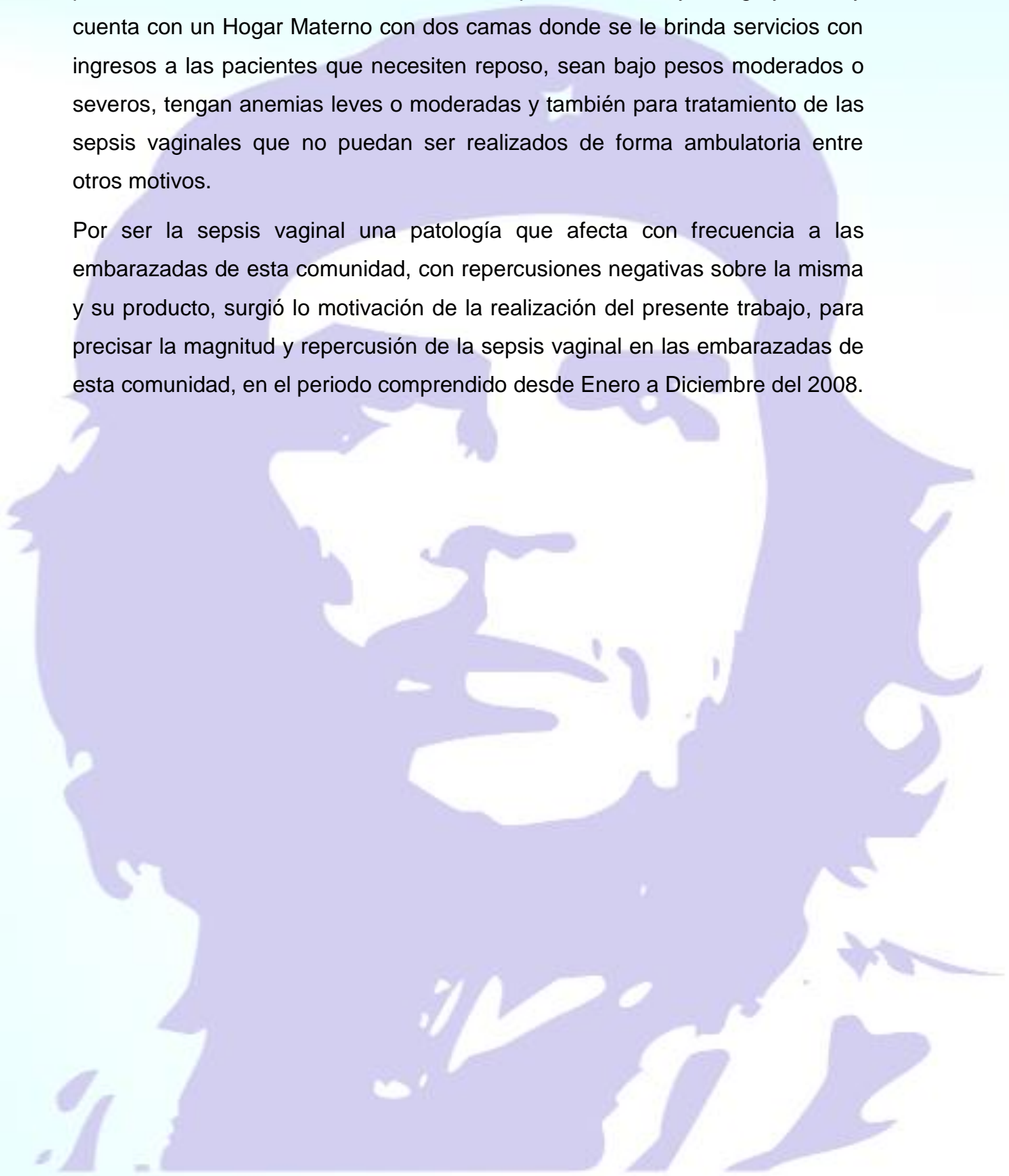
Una medida que no debe faltar en la consulta de toda embarazada es el examen vaginal, para detectar sepsis subclínicas o no detectables en los exudados vaginales, que se realiza a la captación de las embarazadas y al inicio del tercer trimestre del embarazo, también después de concluido un tratamiento médico para sepsis vaginal y la indicación del exudado vaginal en los tres trimestres del embarazo, con el correcto tratamiento y seguimiento según la sepsis detectada, además del chequeo médico para detectar otras Infecciones de transmisión sexual (ITS) de la gestante y su esposo en los tres trimestres del embarazo.

Por todo lo anterior está normado la indicación de cultivos y pruebas serológicas a todas las pacientes en la captación (de 10 a 12 semanas) y en la reevaluación (de 28 a 30 semanas) como: exudado vaginal con cultivo, urocultivo, Gram, células guías, Test de las Aminas, VDRL, VIH, Antígeno de superficie para hepatitis B y cuantos exámenes microbiológicos se necesiten para el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de las sepsis en las embarazadas.

Desafortunadamente no se cuenta con algunos de estos complementarios en el municipio Bolivia, como son los cultivos vaginales, urocultivos y el Test de las Aminas que es un método sencillo pero que no está implementado en este laboratorio, en cuanto a los cultivos vaginales y los urocultivos, cuando son necesarios se deben indicar para que se realicen en Morón, con el consiguiente inconveniente del traslado de la paciente y que por la carencia de reactivos, la mayoría de las veces no se pueden realizar, por lo que en muchas ocasiones es necesario basarse solo en la clínica para emitir un diagnóstico de sepsis vaginal.

En el municipio Bolivia la comunidad La Loma atiende a las gestantes de los poblados rurales: La Loma, Rinconada, Enriqueta, La 22, Cayo Largo y La 21 y cuenta con un Hogar Materno con dos camas donde se le brinda servicios con ingresos a las pacientes que necesiten reposo, sean bajo pesos moderados o severos, tengan anemias leves o moderadas y también para tratamiento de las sepsis vaginales que no puedan ser realizados de forma ambulatoria entre otros motivos.

Por ser la sepsis vaginal una patología que afecta con frecuencia a las embarazadas de esta comunidad, con repercusiones negativas sobre la misma y su producto, surgió la motivación de la realización del presente trabajo, para precisar la magnitud y repercusión de la sepsis vaginal en las embarazadas de esta comunidad, en el periodo comprendido desde Enero a Diciembre del 2008.



## **II. OBJETIVOS:**

### **General:**

- 1- Precisar la magnitud y repercusión de la sepsis vaginal en las embarazadas del Consejo Popular La Loma, desde Enero a Diciembre del 2008.

### **Específicos:**

- 1- Determinar el porcentaje de sepsis vaginal dentro de la población de gestantes que parieron en el periodo de estudio.
- 2- Relacionar algunos factores de riesgo con la presencia de sepsis vaginal en las embarazadas como:
  - ❖ Edad.
  - ❖ Estado Civil.
  - ❖ Condiciones higiénico sanitarias.
  - ❖ Estado Nutricional.
  - ❖ Anemia.
  - ❖ Nivel Cultural
- 3- Determinar los gérmenes más frecuentes identificados como causa de sepsis vaginal en las gestantes de esta comunidad.
- 4- Identificar el porcentaje de recurrencias después del tratamiento.
- 5- Relacionar la sepsis vaginal con la aparición de complicaciones en el embarazo.
- 6- Identificar el porcentaje de complicaciones neonatales asociadas a esta entidad.

### III. MARCO TEÓRICO:

La sepsis vaginal es una enfermedad muy frecuente en todo el mundo, tal padecimiento afecta con frecuencia al sexo femenino, causando trastornos en la vida social, personal, psicosexual y laboral. La sepsis (ó Infección) vaginal en la embarazada se define por la presencia de un microorganismo patógeno en el endocérvix y/o la vagina durante el embarazo. Diversos microorganismos producen infecciones vaginales durante los años de vida sexual activa y por ende pueden afectar a una embarazada, entre estas infecciones, las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son las más frecuentes (Vaginosis Bacteriana, clamidiasis, candidiasis, trichomoniasis, herpes genital, blenorragia, infecciones por papilomas virus humanos (HPV), hepatitis B, sífilis y el SIDA.). Sin embargo, no todas las infecciones cérvicovaginales son ETS, como por ejemplo, las infecciones por Cándida Albicans.<sup>3-7</sup>

La sepsis vaginal afecta a mujeres de todas las edades, tanto a las que están activas sexualmente, como a las que no lo están, teniendo en cuenta que la vía de transmisión fundamental es la sexual pero no es la única, no quedando exentas las embarazadas de padecerla, se plantea que la mayoría de las mujeres han tenido un episodio de sepsis vaginal por lo menos una vez en su vida y que algunas pueden tener más de un microorganismo al mismo tiempo.<sup>7</sup>

En la actualidad las infecciones vaginales son una enfermedad de distribución mundial, reportándose millones de casos nuevos en todo el mundo, las misma han llegando a afectar a casi la mitad de la población femenina, pero se hace más marcada en los países subdesarrollados, donde el bajo nivel socioeconómico expone más a las mujeres a los diferentes factores de riesgo.<sup>9</sup>

Mundialmente alrededor de estas enfermedades se ha creado una “cultura del silencio” a pesar de sus obvios efectos negativos y de que son prevenibles, diagnosticables y tratables.<sup>10</sup>

Son consideradas una verdadera epidemia, pues anualmente se diagnostican más de 250 millones de casos nuevos, y de ellos, más de 50 se producen en las Américas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que esta cifra pudiera ascender a billones de casos, pues en varias poblaciones la mayoría de los adultos se infectan con uno o varios de estos gérmenes patógenos. Es

una realidad que al existir un aumento de la frecuencia de las enfermedades de transmisión sexual, unido al incremento de la promiscuidad, hace que las infecciones del aparato genital sean un problema de difícil solución.<sup>11</sup>

Según March of Dimes<sup>12</sup> todos los años se producen aproximadamente 3 millones de casos nuevos de infecciones por Clamidia en hombres y mujeres, lo cual la convierte en una de las infecciones de transmisión sexual más comunes.

Las embarazadas por los cambios hormonales propios del embarazo son más susceptibles a adquirir sepsis vaginales por estos gérmenes que las pacientes no grávidas, señalándose en muchos estudios a la Vaginosis Bacteriana (VB) como la segunda causa más frecuente de estas infecciones, después de la candidiasis.<sup>2</sup>

El Centro de Control y Prevención de Enfermedades en Estados Unidos (CDC)<sup>13</sup> estima que algunas enfermedades de transmisión sexual como la Vaginosis Bacteriana y el herpes genital son muy frecuentes en las mujeres embarazadas en los Estados Unidos. Otras enfermedades de transmisión sexual, en especial el VIH y la sífilis, son mucho menos frecuentes en estos grupos de pacientes. Se estima que cada año en los EEUA resultan infectadas con una enfermedad de transmisión sexual alrededor de: 1, 080,000 mujeres embarazadas con Vaginosis Bacteriana, 880,000 con Herpes simple tipo 2, 100,000 con Clamidia, 124,000 con Trichomoniasis, 13,200 con Gonorrea, 16,000 con Hepatitis B, 6,400 con VIH y <1,000 con Sífilis.

A pesar del aumento de los conocimientos y de los grandes avances registrados en su diagnóstico y tratamiento, en los últimos años la mayoría de las enfermedades de transmisión sexual siguen siendo epidémicas en casi todos los países y constituyen un claro ejemplo de la influencia que los factores demográficos y de comportamiento pueden tener, a pesar de disponerse de métodos diagnósticos y terapéuticos eficaces.<sup>14</sup>

Cuba no está exenta de este problema, aproximadamente la tercera parte de las mujeres en la edad de concebir tienen una o más infecciones vaginales. Gracias a la Revolución en cada comunidad del país se cuenta con Consultorios del Médico de la Familia (CMF), donde se le garantiza una

atención dispensada a las embarazadas y en las principales comunidades se han habilitado Hogares Maternos, incluso en los lugares más lejanos o de difícil acceso, donde se puede ingresar a aquellas pacientes que por algún motivo no pueden realizar el tratamiento o el reposo de forma ambulatoria, en los lugares donde no existen Hogares Maternos, se realiza el ingreso en el más cercano para el mejor seguimiento de las mismas y así con estas medidas reducir en un porcentaje considerable la morbilidad en la embarazada.

Ernesto René Salcedo, director del Centro Provincial de Educación Sexual en la provincia Ciego de Ávila, en una entrevista concedida a Radio Surco<sup>15</sup> manifestó que entre las estrategia educativas para disminuir la incidencia de las Infecciones de Transmisión Sexual se encuentra la realización de conversatorios en los preuniversitarios, en las sedes universitarias de cada uno de los 10 municipios y en las secundarias básicas. También enfatizó en la formación de los promotores en escuelas y comunidades, que brindan orientación sobre el uso del preservativo, las diferentes infecciones de transmisión sexual y realizan dinámicas grupales acerca de la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual dirigidas a jóvenes y adolescentes, las cuales se realizan en los clubes de los consultorios médicos de la familia.

El médico de familia es el profesional de la salud que tiene a cargo la atención integral al individuo, la familia, la comunidad y el ambiente, realizando acciones de promoción de salud con el objetivo de aumentar el conocimiento de la población sobre estas enfermedades y su vía de transmisión, haciendo énfasis en los factores de riesgo y liderando su comunidad. El médico se convierte en el abogado del paciente y su familia, al explicarles las características de los procedimientos diagnósticos y de las acciones propuestas a realizar.

El embarazo es un período por el cual atraviesan muchas mujeres y durante este, la gestación por si misma constituye un factor predisponente 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 rotura prematura de membranas, el parto pretérmino y sus consecuencias, e incluso para el nacimiento de un producto bajo peso.

Es alarmante ver como muchas mujeres comienzan su embarazo con lesiones crónicas en la vagina y el cérvix, producidas por un largo historial de infecciones vaginales recidivantes o mal tratadas, diagnosticadas en la captación en algunos casos y que si no son eliminadas a tiempo pueden ser transmitidas a su hijo, causándole la muerte o la instalación de secuelas permanentes u otras complicaciones que pueden poner en juego su vida.

La secreción normal de la vagina es de color blanco, no homogénea, en todo el fondo de saco vaginal e inodora, donde concomitan numerosos microorganismos de la flora habitual en esa región (E. Coli, estafilococos, estreptococos y otros), sin embargo, cuando el volumen de esta secreción aumenta (leucorrea) y se acompaña de síntomas irritativos, olores desagradables y molestias, es porque ha ocurrido una infección vaginal, lo que tiende a presentarse con relativa frecuencia en las embarazadas.<sup>9,16</sup>

Son cuatro los factores que intervienen en la normalidad y estado infeccioso de la vagina humana: número de capas epiteliales; el contenido de glucógeno de la mucosa; la acidez y la flora bacteriana.<sup>17</sup>

El epitelio vaginal se encuentra en continua regeneración y cubierto por una secreción ácida normal. Esta mucosa en estado normal es muy rica en glucógeno, acentuándose su contenido durante la madurez sexual. Se ha demostrado que cuando la estrina está presente en la mucosa vaginal, ésta está formada de muchas capas ricas en glucógeno. En ausencia de estrina, durante la niñez o la menopausia, la mucosa vaginal contiene pocas capas de glucógeno y mantiene una reacción alcalina o neutra.<sup>17</sup>

El glucógeno de la mucosa vaginal es convertido en azúcares simples y posteriormente en ácido láctico, el que constituye la principal causa de la acidez vaginal normal. Generalmente se acepta al lactobacilo de Döderlein como causante de esta transformación.<sup>17, 18</sup>

Solano S LE<sup>17</sup> hace referencia a que se considera como flora vaginal normal al bacilo descubierto por Döderlein en 1894. Este organismo aparece en la vagina de infantes poco antes del nacimiento, pero poco tiempo después es reemplazado por una flora de estafilococos, estreptococos y bacilos coliformes. Dicha flora bacteriana persiste hasta la pubertad, época en que, debido a las

secreciones ováricas, se le facilita su medio y aparece nuevamente, manteniéndose entonces siempre que estén presentes los otros factores mencionados. Así pues, el lactobacilo de Döderlein crea un mecanismo de defensa contra las infecciones vaginales humanas. In vitro, E. coli, Neisseria, Streptococcus, Staphylococcus, Trichomonas y otros microorganismos no crecen en medios similares al vaginal (pH 4.0 -4.5).

De esa manera, cualquier anomalía en alguno de los cuatro factores que colaboran en la defensa es suficiente para crear susceptibilidad a invasiones vaginales, declarándose el estado infeccioso cuando hay evidencia de "hipo-acidez", "hipo-glucógeno", "hipo-Döderlein" o "hipo-epitelio".<sup>17</sup>

Al alterarse la defensa vaginal, esta es colonizada por diferentes microorganismos, comenzando a percibir la paciente una secreción o flujo vaginal de diversas características llamada Leucorrea, que puede tener un origen, consistencia y color diversos. Estas excreciones no siempre son de causas infecciosas, pudiendo deberse también a cambios hormonales, alteraciones de la flora vaginal, factores mecánicos, entre otras.<sup>6</sup>

Teniendo en cuenta las características de los órganos genitales femeninos, la vagina es una cavidad fisiológicamente húmeda, ya que contiene las secreciones de las glándulas vestibulares y endocrino-cervicales. Este fenómeno que se conoce como secreción fisiológica, puede ser más pronunciado durante el embarazo. Anatómicamente, la cercanía del ano a la uretra y vagina favorece la contaminación fecal y urinaria. El profesional de la salud puede diferenciar el contenido vaginal fisiológico del patológico mediante el conocimiento clínico que lo caracteriza. Por este motivo es de gran importancia la realización del examen físico en las consultas prenatales, debido a que una mujer con medianos conocimientos solo puede dar fe de que es portadora de una sepsis vaginal si es capaz de reconocer que la sintomatología que posee en ese momento es aquella que corresponde y que le sugiere esta entidad.<sup>9</sup>

El examen físico, método clínico fundamental por el cual se puede regir el médico para hacer el diagnóstico cuando no se cuenta con otros medios, se realiza de forma minuciosa con los siguientes requisitos: Inspección cuidadosa de la vulva y área perineal, buscando signos de inflamación, color, olor,

cantidad y consistencia de la secreción; localización de la secreción: si está en fórnix o en paredes vaginales; signos de inflamación: lesiones (ulceraciones, condilomas), aspecto del cuello, friabilidad al contacto, inflamación, secreción a través del canal. Cada germen en particular, produce un flujo vaginal con características diferentes. Su conocimiento clínico ayuda a la hora de realizar un diagnóstico precoz en las consultas.

La Candidiasis produce un cuadro caracterizado por flujo vaginal blanco, espeso, grumoso, no fétido, con aspecto de leche cortada, que tiende a formar placas ligeramente adheridas a la pared de la vagina, las cuales al desprenderse dejan manchas hemorrágicas múltiples, irritación local, gran enrojecimiento vulvo-vaginal, dispareunia y prurito intenso.

La flora normal vaginal constituye un buen mecanismo de defensa, ya que algunos *Lactobacilos* y *Streptococcus* inhiben su crecimiento y explica la frecuencia de la vaginitis por *Cándida S.P* tras una terapéutica antibacteriana.

16

La candidiasis vaginal o moniliasis, es una de las infecciones del tracto genitourinario que más afecta a las mujeres. Según Berdasquera C D<sup>16</sup> cada año, millones de mujeres padecen esta enfermedad a lo largo y ancho del planeta. Afortunadamente, esta enfermedad es de fácil y rápido diagnóstico, y su adecuado tratamiento cura la enfermedad de forma rápida y segura. La repercusión de esta enfermedad sobre el embarazo ha sido un tema ampliamente debatido. Hoy en día hay estudios que demuestran que la infección por *Cándida Albicans* puede provocar abortos espontáneos y partos prematuros.<sup>16</sup>

La infección por *Trichomona vaginalis* produce en ocasiones un cuadro asintomático, pero generalmente aparece un flujo vaginal amarillo, espumoso, fluido, bien ligado, a veces verdoso, fétido, en respuesta al cuadro vaginal inflamatorio, acompañado de intenso prurito vulvar, ardor, dispareunia y disuria.

La Trichomoniasis constituye una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes entre las mujeres y puede ser asintomática hasta en el 50 % de los casos. A menudo se producen infecciones mixtas junto con otros agentes, como *N. Gonorrhoeae*, *Chlamydia*, etc.<sup>7</sup>

Walker G<sup>19</sup> en Intervenciones para la trichomoniasis durante el embarazo reporta tasas de prevalencia de *Trichomona vaginalis* del 15% o superior en los países en desarrollo, en particular, donde el acceso a la atención sanitaria es limitada y que como consecuencia, es probable que hasta 25 millones de embarazadas en todo el mundo padezcan trichomoniasis.

Por otra parte se afirma que la Trichomoniasis y las bacterias anaerobias son causas de corioamnionitis y deciduitis, propiciando la rotura de las membranas, la sepsis intraovular y del recién nacido, así como los partos pretérminos; todo lo cual influye en la morbilidad y mortalidad materno-infantil. Coincidiendo la mayoría de los autores en la importancia de la prevención y tratamiento de la sepsis vaginal y urinaria, por las consecuencias negativas que para la madre y el hijo esto representa.<sup>1, 20</sup>

La Vaginosis Bacteriana se produce por un desequilibrio de la flora vaginal causado por una disminución de la flora lactobacilar normal y una gran proliferación de flora anaeróbica mixta que incluye *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella*, *Bacteroides*, especies de *Mobiluncus*, y otras bacterias incluyendo *Mycoplasma* y *Ureaplasma*.<sup>21-23</sup>

La Vaginosis bacteriana (VB) es un término actual que se ha conferido a un síndrome clínico poli microbiano. Inicialmente *Gardner* y *Dukes*, denominaron *Haemophilus vaginalis* al coco bacilo Gram.-negativo implicado en la Vaginosis. Más tarde fue clasificada como *Corynebacterium vaginalis*, para finalmente pasar a constituir un género especial denominado *Gardnerella*.<sup>24</sup>

En la Vaginosis Bacteriana, los síntomas clínicos pueden ser parecidos a la Trichomoniasis. Puede verse una forma de vaginitis asintomática o presentar flujo gris, mal oliente, homogéneo, acompañado de prurito e inflamación vaginal con olor a pescado descompuesto al mezclar una gota de secreción con una gota de KOH al 10%(prueba de KOH o de Aminas).<sup>21</sup>

- No se ha podido dilucidar por qué muchos de estos microorganismos, que normalmente se encuentran en pequeñas cantidades en la vagina, se multiplican, mientras que los lactobacilos, que por lo general son prevalentes, disminuyen. Los lactobacilos productores de peróxido de hidrógeno parecen tener un papel importante en la prevención de la

proliferación de anaerobios en la flora vaginal normal. Según McDonald<sup>21</sup> la Vaginosis Bacteriana no parece ser una enfermedad de transmisión sexual, pero puede estar asociada con la actividad sexual.

En la actualidad se sabe que se encuentra a elevadas concentraciones en la vagina de casi todas las pacientes con Vaginosis, pero también en el 30-40 % de las mujeres normales, pero a bajas concentraciones. La frecuencia de la Vaginosis Bacteriana es reportada en la literatura en alrededor del 33 % y en otros del 25 %.<sup>25-29</sup>

En la infección por Clamidia se puede constatar una leucorrea muco-purulenta, acompañada de signos inflamatorios del cuello y sangramiento después del coito, además de un síndrome uretral agudo.

Roca B.<sup>30</sup> plantea que la *Chlamydia trachomatis* es la principal causante de enfermedades de transmisión sexual de etiología bacteriana en los países desarrollados. Señala además que en las consultas especializadas pueden suponer hasta la cuarta parte de casos atendidos y que la incidencia de estas infecciones varía sustancialmente de unos grupos de población a otros, siendo en general más frecuentes alrededor de los 20 años de edad y algo más comunes en las mujeres que en los varones. También plantea que la utilización de anticonceptivos orales y la presencia de ectopia cervical favorecen su transmisión, siendo las infecciones recurrentes habituales.

Se plantea que en esta infección la transmisión vertical, en la embarazada, puede ocurrir en el momento del parto y puede provocar oftalmía neonatal o neumonitis en el recién nacido.<sup>31</sup>

Otros autores como Berdasquera C D<sup>16</sup> señalan que estas infecciones son más frecuentes que las causadas por el gonococo, e incluso, iguala en ocasiones a las del herpes virus y que muchos autores la consideran como una de las enfermedades infecciosas de la década estimando que más del 50 % de las uretritis no gonocócicas son causadas por la *Chlamydia trachomatis*.

La vaginitis por *Neisseria Gonorrhoeae* es rara, debido al pH ácido de la vagina dicho microorganismo frecuentemente coloniza el endocérvix y es allí que se instala produciendo endocervitis. En la Blenorragia, la infección cervical sintomática se caracteriza por exudado muco-purulento y signos de inflamación

del endocérvix produciendo leucorrea amarillo purulenta o amarillo verdosa, fétida, acompañada de escozor y ardor vaginal. También puede presentarse disuria, dolor pelviano y sangramiento anormal.

Los objetivos del tratamiento de pacientes con Blenorragia, Chlamydia y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) no sólo se limitan al tratamiento antibiótico, sino también a la reducción y prevención de futuras conductas de riesgo, así como a la garantía de que las parejas sexuales también reciban tratamiento adecuado. Esto puede lograrse si se proporcionan el diagnóstico correcto, el tratamiento apropiado, que incluye el tratamiento de la coinfección y de la pareja sexual y la educación sanitaria adecuada.<sup>32</sup>

La sepsis durante el embarazo se considera de alto riesgo para la madre y el fruto de la concepción, especialmente la del tractus urogenital por múltiples mecanismos, pero es la infección Cérvico vaginal el factor que ha ganado protagonismo en la última década según estudios realizados que demuestran como las infecciones comunes del tracto reproductor y las respuestas inflamatorias que estas desencadenan se asocian al bajo peso al nacer.<sup>33</sup>

Se considera, además, un factor determinante para la infección intraamniótica ascendente, lo cual origina inicialmente una Vaginosis que genera consecutivamente una deciduitis, corionitis y amnionitis, la que a su vez causa la infección del feto pudiendo ser ésta última generalizada o localizada, de igual forma pueden originar la ruptura prematura de membranas (RPM), lo cual constituye un factor predisponente para la sepsis neonatal.<sup>1</sup>

Las sepsis neonatales de “trasmisión vertical” son causadas por microorganismos localizados en el canal vaginal materno, produciéndose el contagio por vía ascendente al final de la gestación, o por contacto en el momento del parto. La clínica suele iniciarse en las primeras 72 horas de vida, con frecuencia en forma de enfermedad sobreaguda y habitualmente es posible constatar la existencia de complicaciones obstétricas que se consideran factores riesgo de infección bacteriana fetal. Los gérmenes más habitualmente responsables son el estreptococo beta-hemolítico del grupo B (EGB) y la Escherichia coli (E. coli), que son los que con mayor frecuencia son aislados en el recto y vagina materna al final de la gestación. La tasa de mortalidad oscila entre el 10-30%. Clásicamente estas infecciones se conocen como “sepsis de

comienzo precoz” entendiendo por tales las infecciones que comienzan antes de los 2, 3 ó 7 días de vida según diferentes autores.<sup>1</sup>

Las sepsis materna y vaginal son factores de riesgo para la adquisición de sepsis por el neonato, ya sea acompañada o no de rotura prematura de membranas.<sup>34, 35</sup>

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.

Si la paciente tiene una infección vaginal o del cuello uterino, que es capaz de traspasar las fronteras del cuello y alcanzar las membranas se pondrán aquí de manifiesto dos mecanismos: el aumento del diámetro del orificio interno (cuello abierto) y la disminución de la resistencia de las membranas (ataque bacteriano); cualquier otro elemento que aumente la presión intraamniótica, que sería fisiológico y bien tolerado en un embarazo normal, en estas circunstancias llegaría a concretar el mecanismo para la rotura. Se ha propuesto a una gran cantidad de microorganismos como causa de rotura de membranas antes del trabajo de parto, por ejemplo: Vaginosis Bacteriana, Trichomonas Vaginalis, Neisseria Gonorrhoeae, Chlamydia Trachomatis, Estreptococos del grupo B, etc.<sup>4</sup>

En la actualidad se relaciona a la RPM con múltiples causas, pero fundamentalmente es la sepsis vaginal y cervical el factor que mayor relevancia tiene. La infección primeramente es vaginal y cervical, luego asciende atravesando el moco cervical, llevando a la corioamnionitis. Se produce una reacción inflamatoria de la placenta, membranas fetales y la decidua materna. Se liberan citokinas como la Interleukina 1 $\beta$  y la Interleukina de las células endoteliales y el factor de necrosis  $\alpha$  de los macrófagos. Estas estimulan la cascada de producción de prostaglandinas lo cual lleva a maduración cervical y a contracciones uterinas.<sup>36</sup>

Del 1 al 3% de los productos de RPM tendrán alguna manifestación de infección que no siempre es atribuible a la bolsa rota pues series de recién nacidos con sepsis congénitas solo el 21% han tenido manifestaciones previas de pérdidas de líquido. Los gérmenes del medio vaginal pueden lisis las membranas amnióticas, infectar la cavidad amniótica, el feto y la madre pero así mismo puede infestar el feto a su paso por el canal del parto.<sup>37</sup>

Resumiendo la infección vaginal constituye una amenaza para la gestación, no solo porque la vagina es parte del canal natural del parto y su contaminación patológica puede afectar al feto a su paso por este, sino porque se producen modificaciones adversas del cuello uterino en gran número de pacientes y en el peor de los casos, sin que la criatura haya alcanzado la madurez y peso adecuados, por lo que es de suma importancia la atención de las gestantes desde los primeros inicios del embarazo para garantizar su desarrollo normal o tomar medidas oportunas y evitar complicaciones que pudieran poner en riesgo la vida tanto del feto como la de la madre.<sup>38, 39</sup>

Se conocen las desventajas de este tipo de manejo, entre ellas: costos, eficiencia, necesidad de equipamiento de laboratorio y de personal altamente especializado en la Atención Primaria de Salud (APS), no obstante el objetivo de la asistencia médica durante el período de gestación es obtener resultados favorables para la madre, el fruto de la concepción y los familiares, que no sólo se reduce a minimizar o prevenir la aparición de complicaciones para el binomio madre-hijo, sino el apoyo necesario para hacer de este acontecimiento un momento de alegría y satisfacción.

Por lo que analizando los esfuerzos y recursos invertidos por el país en el programa materno-infantil, vemos que en la comunidad La Loma, no se han obtenido los resultados esperados por las estrategias trazadas, sobre todo en lo referente a la disminución de la sepsis vaginal en las embarazadas, de esta forma se llegó a la determinación de que el **problema** se centra en el alto porcentaje que tiene la sepsis vaginal en las embarazadas del Consejo Popular La Loma del municipio Bolivia. Siendo las embarazadas del Consejo Popular La Loma del municipio Bolivia el **objeto de estudio** y el **campo a investigar** la sepsis vaginal en las embarazadas.

Por la observación diaria en las consultas de seguimiento de las embarazadas de esta comunidad se percibió que la sepsis vaginal se presenta con relativa frecuencia dentro de este grupo de pacientes, ese es el motivo de que este trabajo tenga como **objetivo** precisar la magnitud y repercusión de la sepsis vaginal en las embarazadas de este Consejo Popular en el periodo comprendido desde Enero a Diciembre del 2008.

Lo que a su vez hace factible que se plantee la **hipótesis** de que en esta comunidad la sepsis vaginal es causa frecuente de complicaciones obstétricas y perinatales, elevando la morbilidad materno-infantil.

### **CONTROL SEMÁNTICO:**

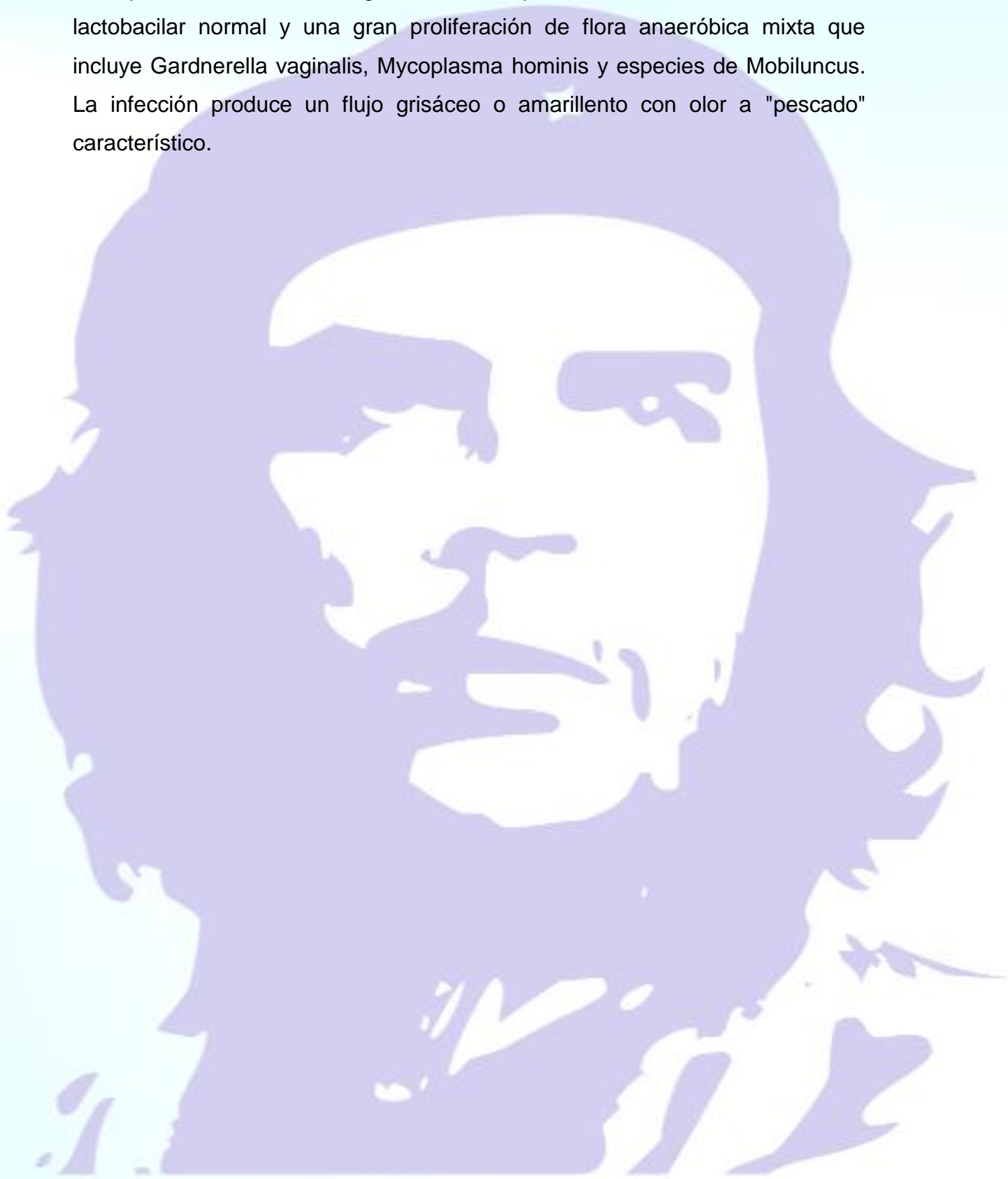
**Sepsis Vaginal:** Infección adquirida de la vagina y/o endocérnix por diferentes gérmenes patógenos.

**Leucorrea:** Secreción vaginal anormal de la vagina, de diferentes colores, consistencias y olores, puede ser irritante, pruriginosa, abundante, inodora o de mal olor, de color blanco, verde o amarillo, lo que puede indicar infección vaginal o uterina.

**Candidiasis:** Cualquier infección causada por especies de *Cándida*, habitualmente *Cándida Albicans*, caracterizada por prurito, exudado blanco no fétido, con aspecto de leche cortada, que tiende a formar placas ligeramente adheridas a la pared de la vagina, las cuales al desprenderse dejan manchas hemorrágicas múltiples, irritación local, gran enrojecimiento vulvovaginal, dispareunia y prurito intenso. No se considera una Infección de transmisión sexual.

**Trichomoniasis:** Infección vaginal causada por el protozoo *Trichomonas Vaginalis*, caracterizada por picor, quemazón y exudado vaginal maloliente, de color amarillo pálido a verde. Se considera una Infección de transmisión sexual.

**Vaginosis Bacteriana:** La Vaginosis Bacteriana se produce por un desequilibrio de la flora vaginal causado por una disminución de la flora lactobacilar normal y una gran proliferación de flora anaeróbica mixta que incluye *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis* y especies de *Mobiluncus*. La infección produce un flujo grisáceo o amarillento con olor a "pescado" característico.



## IV. DISEÑO METODOLÓGICO:

### TIPO DE INVESTIGACIÓN Y SU PERSPECTIVA GENERAL.

Se realizó un estudio epidemiológico, de tipo observacional descriptivo para precisar la magnitud y repercusión de la sepsis vaginal en las embarazadas del Consejo Popular La Loma, desde Enero a Diciembre del 2008.

Para dar salida a los objetivos propuestos se estudiaron las variables siguientes.

### Operacionalización.

Variables	Escala de clasificación	Definición Operacional
<b>Sepsis Vaginal</b>	SI	Cuando se diagnóstico tanto por complementarios como por la clínica la sepsis vaginal.
	NO	Cuando no se diagnóstico ni por complementarios ni por la clínica la sepsis vaginal.
<b>Grupos de Edades</b>	< 20 años	Se consideró la edad en años cumplidos al momento de la captación del embarazo.
	20-35 años	
	>35 años	
<b>Estado Civil</b>	Soltera	Se consideró cuando eran solteras, separadas, divorciadas o viudas.
	Casada	Cuando estaban casadas o con unión consensual en el momento de la investigación.
<b>Nivel de Escolaridad</b>	Primaria	Se consideró el nivel de escolaridad de la paciente en el momento de la investigación.
	Secundaria incompleta	
	Secundaria completa	
	Técnico Medio	
	Preuniversitario	
	Universitario	

<b>Condiciones Higiénico-Sanitarias</b>	Buenas.	Agua de acueducto tratada ó pozo artesanal con buenas medidas sanitarias y utilización de agua hervida, con baño sanitario en la vivienda y buena higiene de la misma.
	Regulares.	Agua de acueducto sin tratar ó de pozo artesanal sin hervir, con baño sanitario en la vivienda o letrina con buenas condiciones e higiene regular o mala.
	Malas.	Agua de pipas u otra procedencia, sin hervir y/o presencia de letrinas con malas condiciones higiénicas en general.
<b>Valoración Nutricional.</b>	Bajo peso Materno.	IMC hasta 19. 8
	Normo Peso.	IMC entre 19. 9 y 26
	Sobre Peso.	IMC entre 26.1 y 30 IMC mayor de 30.1
<b>Estados Carenciales</b>	Anemia Leve.	Hb entre 10- 10.9 g/l
	Anemia Moderada.	Hb entre 8-9.9 g/l
	Anemia Severa	Hb menor o igual a 7.9 g/l
<b>Agente causal de la Sepsis Vaginal</b>	Monilia	Se detectó por exudado simple.
	Trichomona	Se detectó por exudado simple.
	Gardnerella	Se detectó por la clínica.
	Chlamydia	Se detectó por la clínica.
	Blenorragia	Se detectó por Tinción de Gram.
<b>Recurrencia</b>	Si	Cuando las pacientes presentaron recurrencia de la sepsis vaginal después del tratamiento.
	No	Cuando las pacientes no presentaron recurrencia de la sepsis vaginal después del tratamiento.
<b>Complicaciones Obstétricas</b>	Amenaza de Parto pretérmino. Corioamnionitis. Rotura Prematura de Membrana (RPM). Parto Pretérmino. Otras.	Se consideró a las pacientes que tuvieron sepsis vaginal durante su embarazo y presentaron alguna de estas complicaciones.
	Bajo peso al nacer. Conjuntivitis Neonatal	

---

**Complicaciones**

Otitis.

Cuando la sepsis vaginal se asoció a alguna de estas patologías.

**Neonatales**

Neumonía.

Meningoencefalitis.

Otras.

---

**POBLACIÓN Y MUESTRA.**

La población de la investigación estuvo constituida por las 43 mujeres embarazadas del Consejo Popular La Loma del Municipio Bolivia en el periodo comprendido desde Enero a Diciembre del 2008. Se estudiaron todas aquellas gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión, de las cuales se tomó la muestra de nuestro estudio. La muestra seleccionada fue no probabilística y estuvo constituida por 28 pacientes con sepsis vaginal diagnosticada durante el embarazo.

**Definición de los sujetos elegibles.***Criterios de inclusión:*

- ❖ A todas las embarazadas pertenecientes al Consejo Popular La Loma del Municipio Bolivia que abarca los territorios de La 21, La 22, Marbella, Buena Vista, Rinconada, Cayo Largo, y la Loma, que se atendían en el Consultorio Médico de la Familia (CMF) N° 13, y que fueron diagnosticadas con sepsis vaginal, desde el punto de vista clínico y/o de laboratorio y que parieron en el periodo comprendido desde Enero a Diciembre del 2008.
- ❖ Tres de las embarazadas que no pertenecían al Consejo Popular La Loma pero que fueron atendidas en consultas en dicho CMF, diagnosticadas con sepsis vaginal y estaban comprendidas en el periodo estudiado.

*Criterios de exclusión:*

- ❖ Dos embarazadas que pertenecían al Consejo Popular La Loma pero que fueron atendidas en otros consultorios médicos de la familia (CMF)

### **Criterios diagnósticos:**

La mayoría de las infecciones vaginales son consideradas de transmisión sexual, aunque no todas como es el caso de la moniliasis. En este estudio no se analizaron las infecciones vaginales desde el punto de vista de infecciones de transmisión sexual propiamente dichas, se analizaron las infecciones más frecuentes en las embarazadas y que fueron factibles de diagnosticarse solo por la clínica o exudado vaginal simple, debido a que en el Municipio Bolivia existe un laboratorio de Microbiología, pero que no funciona porque aún no se ha terminado de instalar, siendo necesario indicar los cultivos vaginales para que se realicen en el policlínico Norte del municipio Morón, en el periodo de estudio no se pudieron indicar porque en dicho policlínico no había reactivos, tampoco se realiza el test de las aminas, método sencillo de diagnóstico, pero, por causas no discutibles en este trabajo, no se realiza en este laboratorio.

A todas las gestantes en estudio se les realizó examen vaginal con espéculo a la captación y a las 30 semanas de gestación y a todas se les realizó exudado vaginal simple en los tres trimestres del embarazo, diagnosticándose sepsis vaginal cuando:

*Monilia ó Cándida Albicans:* Se detectó por exudado vaginal simple o cuando por la observación directa de la vagina y cuello con espéculo se observó: flujo vaginal blanco, espeso, grumoso, no fétido, con aspecto de leche cortada, con tendencia a formar placas ligeramente adheridas a la pared de la vagina, las cuales al desprenderse dejaban manchas hemorrágicas múltiples, irritación local, gran enrojecimiento vulvo-vaginal. En ocasiones se podía constatar edema y excoriaciones en la vulva, y las gestantes podían o no referir dispareunia y prurito intenso.

*Trichomona Vaginalis:* Se detectó por exudado simple o cuando por la observación directa de la vagina y cuello con espéculo se observó: flujo vaginal amarillo, espumoso, fluido, bien ligado, a veces verdoso, fétido (las pacientes lo describen como olor a animal muerto), vagina enrojecida de forma difusa, con áreas de punteado petequiral en la mucosa vaginal y cuello, que casi siempre es patognomónico (vagina fresa), la misma se observaba edematosa y era dolorosa, acompañado de intenso prurito vulvar, ardor, dispareunia y

disuria en respuesta al cuadro vaginal inflamatorio, en ocasiones tenían un cuadro asintomático.

Vaginosis Bacteriana producida fundamentalmente por Gardnerella vaginalis:

Generalmente el diagnóstico de la Vaginosis Bacteriana se realiza por la presencia de tres de los cuatro criterios de Amsel (1983):<sup>21, 40, 41</sup> (I) pH vaginal mayor que 4.7, (II) presencia de células indicadoras en una prueba de Gram o frotis fresco con muestra de secreción vaginal, (III) presencia de secreción homogénea no espesa y (IV) olor a pescado al añadir hidróxido de potasio a una muestra de secreción (prueba de KOH o de Aminas); pero por las dificultades y carencias actuales y la imposibilidad de hacer algunas de estas pruebas en el laboratorio del municipio Bolivia, se consideró el diagnóstico cuando en el exudado vaginal se informaban células guías y por la clínica cuando por la observación directa de la vagina y cuello con espéculo se observó: flujo vaginal grisáceo, adherente, flocular, de mal olor (las pacientes lo describen como olor a pescado podrido), con escasos componentes inflamatorios, con vaginitis asintomática o leve, acompañado de prurito e inflamación vaginal; lo que presupone una debilidad en este trabajo.

La Chlamydia Trachomatis: Se detectó por la clínica cuando por la observación directa de la vagina y cuello con espéculo se observó: un cuello uterino edematoso, eritematoso, sangrante, cubierto con una secreción amarillenta verdosa, homogénea, adherente a cuello y que al ser retirada en ocasiones dejaba un lecho sangrante.

Blenorragia producida por la Neisseria Gonorrhoeae: Se detectó siempre por la observación de diplococos gran negativos intracelulares en la Tinción de Gram indicado cuando se constató al examen vaginal exudado muco-purulento y signos de inflamación del endocérvix produciendo leucorrea amarillo purulenta o amarilla verdosa fétida, acompañada de escozor y ardor vaginal y que hicieron sugestiva esta entidad.

**Procedimiento:**

A cada paciente se le dio la explicación detallada del estudio y estando de acuerdo con el mismo firmaron el consentimiento informado (Anexo No 1). Se

realizó una encuesta ó Ficha de Recolección de la Información (Anexo No 2) en la cual se recogieron datos como la edad, nivel de escolaridad, condiciones socioeconómicas como: condiciones de la vivienda y del abasto de agua, presencia de sepsis vaginal y recurrencias de la misma durante el embarazo, germen diagnosticado tanto por la clínica como por exudado vaginal y presencia de complicaciones obstétricas y neonatales. A todas las pacientes se les realizó exudado vaginal simple en los tres trimestres del embarazo y examen vaginal con espéculo a la captación y a las 30 semanas de gestación. El diagnóstico se estableció por la clínica o por el resultado del exudado vaginal según los criterios diagnósticos establecidos anteriormente.

### **ASPECTOS ÉTICOS:**

El comité de ética aprobó la investigación y la calificó como de riesgo mínimo. El estudio se desarrolló como parte de un trabajo de grado para Especialista en Medicina General Integral y de acuerdo con la legislación nacional e internacional para la investigación con muestras de origen humano. Durante todo el estudio se mantuvo la confidencialidad y todos los resultados y diagnósticos fueron dados a las pacientes solamente y en caso de ser necesario a sus esposos, previo consentimiento de las mismas.

### **MÉTODOS Y TÉCNICAS.**

Para el cumplimiento de las tareas se utilizaron los siguientes métodos teóricos de investigación:

- El método histórico-lógico para determinar los antecedentes históricos de la evolución del desarrollo de la sepsis vaginal en las embarazadas.
- El método analítico-sintético se utilizó para procesar la información obtenida de la observación y la encuesta según los criterios diagnósticos.

Como métodos empíricos se utilizaron:

- La observación del comportamiento de la sepsis vaginal en las embarazadas del Consejo Popular La Loma del Municipio Bolivia.
- La encuesta para recoger los datos referentes a las embarazadas con sepsis vaginal se realizó mediante una Ficha de Recolección de la

Información, (Anexo N° 2), confeccionada por la autora y avalada por la tutora.

### **PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:**

Los datos de cada paciente se vaciaron en una ficha de recolección de la información confeccionada por la autora del trabajo (Anexo 2), que incluyó todas las variables cuantitativas y cualitativas necesarias para el estudio.

Se realizaron búsquedas en las bases de datos electrónicas de las Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, Revista Cubana de Medicina General Integral, bases de datos especializadas en medicina como CUMED, LILACS, MEDLINE, Cochrane, y otras páginas médicas como: Fistera, IntraMed News, entre otras, y además, se hicieron búsquedas en las listas de referencias de todos los artículos potencialmente relevantes y capítulos de libros disponibles.

El tratamiento se realizó mediante la utilización de un sistema de base de datos (Microsoft Excel XP) los resultados se presentaron en tablas de contingencia que fueron analizadas para admitir conclusiones.

Como medida de resumen de la información se utilizó las distribuciones de frecuencia y porcentaje.

Se redactó un informe final de acuerdo a los requisitos establecidos por el departamento de Postgrado de la facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila, utilizándose para ello el Sistema de Microsoft Windows XP.

## V. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS:

Se le aplicó la encuesta correspondiente al anexo N° 1 a todas las embarazadas, pertenecientes al Consejo Popular La Loma, con el diagnóstico de sepsis vaginal en el periodo comprendido entre Enero a Diciembre del 2008. Se tuvo en cuenta en esta investigación a aquellas embarazadas que parieron durante este periodo.

A continuación se muestran los resultados en tablas expresados en por ciento.

**Tabla N° 1:** Distribución de las pacientes diagnosticadas con sepsis vaginal.

<i>Sepsis Vaginal</i>	<i>Embarazada</i>	
	<i>N°</i>	<i>%</i>
<b>Sí</b>	28	<b>65.12</b>
<b>No</b>	15	34.88
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

*Fuente: Encuesta.*

De las 43 embarazadas que parieron en el periodo comprendido entre Enero a Diciembre del 2008, el 65.12 % fueron diagnosticadas desde el punto de vista clínico o de laboratorio con sepsis vaginal, lo que evidencia un alto porcentaje de esta entidad en las embarazadas de esta comunidad, se presume que sea por la ausencia de acueductos y la utilización de agua de pozos muchos sin las medidas higiénico sanitarias requeridas (Tabla N° 1).

Las embarazadas por los cambios fisiológicos propios del embarazo son más vulnerables a padecer este tipo de infecciones, estos datos coinciden con los reportados Martínez G LR<sup>42</sup> donde el principal factor de riesgo en su estudio fue la presencia de leucorrea, reportándose en el 80% de los casos estudiados.

En un estudio realizado por Vázquez N JC et al<sup>43</sup> en un Hospital de la Habana en pacientes embarazadas que acudieron a realizarse US transvaginal o exudados vaginales, obtuvieron que el 64,6 % de las embarazadas estudiadas

presentaba sepsis vaginal, resultados que son similares a los obtenidos en este estudio.

Estos resultados también coinciden con los datos reportados por Hing L JR<sup>20</sup> en su trabajo: Factores de riesgo de la sepsis neonatal, en San Jerónimo, Santiago de Cuba, donde se obtuvo un 50.6% de embarazadas diagnosticadas con sepsis vaginal y con los resultados obtenidos por Pérez G NM<sup>44</sup> en su publicación, donde señala la sepsis vaginal en un 46 % dentro de su población general de embarazadas y en un 67.9 % de los partos pretérminos.

Sin embargo estos resultados no coinciden con lo reportado por García M JC<sup>45</sup> en su trabajo “Embarazo y medicamentos en un área de salud”, donde el obtiene un 29,3 % de Sepsis vaginal, ni con Sardiñas B N<sup>46</sup> que reporta un 21,8 % de sepsis vaginal.

Tampoco coincide con lo reportado por Parés O Y y Cols<sup>4</sup> en su estudio Infección vaginal en gestantes hospitalizadas en el Hospital de Ciego de Ávila donde obtiene un 30.8 % de sepsis vaginal en las embarazadas.

**Tabla N° 2:** Distribución de las embarazadas estudiadas según nivel de escolaridad:

<i>Nivel de Escolaridad</i>	<i>Sepsis Vaginal</i>	
	<i>No</i>	<i>%</i>
<b>Primaria</b>	-	-
<b>Secundaria sin terminar</b>	2	7.14
<b>Secundaria terminada</b>	10	35.71
<b>Técnico Medio</b>	1	3.57
<b>Preuniversitario</b>	12	42.86
<b>Universitario</b>	3	10.71
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100</b>

En la tabla N° 2 se observa que el mayor por ciento de embarazadas diagnosticadas con sepsis vaginal, tienen nivel de escolaridad preuniversitario representando un 42.86 % del total. En segundo lugar, el nivel secundario, con un 35.71% y en tercer lugar, las pacientes con nivel de escolaridad universitario (10.71%).

En las revisiones realizadas se encontraron pocos trabajos que asocien el nivel de escolaridad de la embarazada a la sepsis vaginal, haciendo difícil comparar estos resultados con los de otros autores.

Solo se encontró un estudio realizado por la Licenciada Rodríguez P M<sup>47</sup>, que hacía referencia a este aspecto y donde el mayor por ciento de embarazadas tenían un nivel de escolaridad de primaria terminada, representando un 44.5% y a continuación las embarazadas con secundaria terminada con un 37.8%.

De lo anterior se presume que la sepsis vaginal puede presentarse en pacientes con diferentes niveles de escolaridad, lo cual puede estar asociado a otros factores biosico sociales y que son independientes a este aspecto, como las condiciones de vida o higiénico sanitarias desfavorables con una inadecuada higiene.

**Tabla N° 3:** Relación de los diferentes factores de riesgo con la sepsis vaginal en las embarazadas estudiadas.

<i>Factores de riesgo</i>	<i>Sepsis vaginal</i>	
	<i>No</i>	<i>%</i>
<b>Edad</b>		
< 20 años	6	21.43
20-35 años	21	<b>75</b>
>35 años	1	3.57
<b>Estado civil</b>		
Soltera	11	39.28
Casada	17	<b>60.71</b>
<b>Condiciones higiénico-Sanitarias</b>		
Buenas	7	25
Regulares	12	<b>42.8</b>
Malas	9	32.14
<b>Estado Nutricional</b>		
Bajo peso	7	25
Normopeso	18	<b>64.2</b>
Sobrepeso u obesas	3	10.71
<b>Anemia</b>		
Leve	5	<b>17.86</b>
Moderada ó severa	3	10.71

N= 28

Al analizar la relación de los diferentes factores de riesgo estudiados con la sepsis vaginal (Tabla N° 3) se observa que el mayor porcentaje de embarazadas diagnosticadas con sepsis vaginal oscila en el grupo de 20 a 35 años de edad, representando un 75 % del total y continúa el grupo de edad de menores de 20 años, con un 21.43 %, no teniendo relación en este estudio la adolescencia con la sepsis vaginal.

El 60.71 % de embarazadas diagnosticadas con sepsis vaginal mantiene unión estable con su pareja o estaban casadas en el momento del estudio, teniendo un menor porcentaje pero sin dejar de ser una cifra importante las embarazadas solteras, con un 39.28 %.

Las condiciones higiénico-sanitarias regulares o malas en este estudio si tienen una relación proporcional con la sepsis vaginal con un 74.94 %, no

relacionándose con los estados carenciales como el Bajo Peso Materno (25 %) y la anemia (28.57 %)

En un estudio realizado por Cruz L GM<sup>48</sup> donde se analiza la morbilidad perinatal en la gestante adolescente, se reporta un 26.9 % de adolescentes embarazadas con sepsis vaginal, resultados muy similares a los obtenidos en este estudio.

También son similares a los obtenidos por el doctor López V S<sup>37</sup> en su trabajo "Morbilidad de la embarazada y el recién nacido en relación con la flora vaginal", donde obtuvo un 43.8 % de embarazadas con cultivos positivos en el grupo de 20 a 24 años y un 32.6 % en los 25 años y más y a los resultados reportados por Berdasquera C D<sup>49</sup> en el estudio "Las enfermedades de transmisión sexual en las embarazadas", donde se obtuvo un 32.8 por ciento de embarazadas diagnosticadas en los grupos de edades de 20 a 29 años.

Al analizar el estado civil de las paciente en un estudio realizado por Cervantes B IC<sup>39</sup> sobre los aspectos biosociales de las gestantes, se obtuvo que el 53% por ciento de embarazadas estudiadas mantienen unión estable con su pareja, resultados similares a los de este estudio.

En cuanto a las condiciones higiénico- sanitarias, estado nutricional y la anemia en la bibliografía revisada no se hace mención a estos factores relacionados a la sepsis vaginal, por lo que no se pueden comparar estos datos con los de otros autores.

Se considera que la infraestructura social y económica en esta comunidad provoca que las condiciones higiénicas sanitarias de los pobladores del área en general y de las mujeres en particular sean deficientes ya que no todas las mujeres tratan el agua que emplean para el aseo de sus genitales, considerado como el principal factor causal del comienzo de esta infección.

**Tabla N° 4:** Distribución de la Sepsis vaginal según agente causal:

<i>Germen</i>	<i>Sepsis Vaginal</i>	
	<i>No</i>	<i>%</i>
<b>Monilia</b>	12	<b>42.86</b>
<b>Trichomona</b>	8	<b>28.57</b>
<b>Gardnerella</b>	5	<b>17.86</b>
<b>Clamidia</b>	2	<b>7.14</b>
<b>Neisseria Gonorrhoeae</b>	-	-

N= 28

En la Tabla N° 4 se distribuye la sepsis vaginal según germen causal y se observa que el germen que con mayor frecuencia se diagnosticó fue la *Cándida Albicans* (*Monilia*), que se presentó en un 42,86 % de las pacientes estudiadas. En segundo lugar se presentó la infección por *Trichomonas* con un 28.57% seguido de la *Vaginosis Bacteriana* (*Gardnerella*) con un 17.86%.

Estos resultados son similares a los reportados por otros autores que consideran a la *Cándida Albicans* (*Monilia*) como la principal causa de sepsis vaginal en las embarazadas, entre ellos se encuentran: Rivero M<sup>50</sup> que reporta hasta un 66,67% de vulvovaginitis por candidiasis (*Monilia*) en las embarazadas del estado de Sucre en Venezuela y García H M<sup>51</sup> (28% de candidiasis) en Buenos Aires, Argentina.

También coincide con lo reportado por Torres k et al<sup>52</sup> en Zulia Venezuela, donde obtienen porcentajes de candidiasis similares (38%) y con Pérez G NM<sup>44</sup> en San Miguel del Padrón, La Habana, que en su trabajo señala que el germen más frecuente fue la *Monilia* con un 33,5 % dentro de su grupo de gestantes control y 35,5 % dentro de las pacientes que presentaron parto pretérmino, seguido de la *Vaginosis Bacteriana* con 7,2 % y 18,5% respectivamente.

Sin embargo estos resultados no coinciden con los resultados de la Lic. González M D<sup>16</sup> en Songo La Maya, Santiago de Cuba, donde el germen más frecuente detectado en las embarazadas de su estudio, fue la *Vaginosis Bacteriana* con un 45% del total, seguido por la *Trichomoniasis* (33%) ocupando la *Moniliasis* (22%) un tercer lugar; tampoco coinciden con los de González-Pedraza A A<sup>53</sup> en un estudio realizado en el Instituto de Seguridad y

Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en Coyoacán, México donde también obtiene como germen más frecuente, en el grupo de pacientes embarazadas, a la Vaginosis Bacteriana con un 25,5 %.

Salas N<sup>40</sup> en un estudio realizado en Colombia señala también como principal causa de la sepsis vaginal en la embarazada a la *Garnerella* (Vaginosis Bacteriana) con un 39 %, seguido de la candidiasis (6.5 %) y de la *Trichomonas Vaginalis* (5.7 %), mientras Perazzi B<sup>54</sup> en Argentina, obtiene solo un 4,5% de sepsis vaginal por trichomonas.

Otros autores como Sánchez JA<sup>22</sup> señalan que dentro de las diferentes patologías infecciosas que se pueden presentar en el canal cérvicovaginal se considera que la vaginosis es la más frecuente, ya que en clínicas de enfermedades de transmisión sexual se le encuentra en un 32 a 64%, en medicina familiar del 12 a 25% y de 10 a 26% en la práctica obstétrica.

**Tabla N° 5:** Recurrencia después del tratamiento de la sepsis vaginal:

<i>Recurrencia</i>	<i>Sepsis Vaginal</i>	
	<i>No</i>	<i>No</i>
<i>Sí</i>	18	<b>64.29</b>
<i>No</i>	10	35.71
<i>Total</i>	<b>28</b>	<b>100</b>

Al analizar la recurrencia de la sepsis vaginal después de concluido el tratamiento (Tabla N° 5) se observa que un 64.29 % de las embarazadas presentó recurrencia de la patología después de concluido el mismo, lo que constituye una elevada proporción de recidivas del total, si se tiene en cuenta que se trata de una comunidad rural donde un gran porcentaje de pacientes tienen condiciones higiénico sanitarias regulares o malas es de comprender que tengan posteriormente recidivas de estas infecciones..

Esto coincide con lo planteado por Parés O Y<sup>4</sup>, Berdasquera C D<sup>7</sup>, González M D<sup>16</sup> y Roca B<sup>30</sup> quiénes hacen referencia a que la mayoría de las mujeres a lo largo de su vida experimentan algún episodio de sepsis vaginal y una pequeña proporción de ellas sufrirá recurrencias, sin embargo en la literatura revisada se encuentran pocos trabajos que hagan alusión a las recurrencias de las sepsis vaginales.

En las búsquedas realizadas no se encontraron otras referencias de este tema, por lo que se hace difícil compararlo con los criterios de otros autores. Se presupone que al mantenerse las mismas condiciones higiénico-sanitarias en el área estudiada es que se presentan con frecuencia las recidivas de las sepsis vaginales.

**Tabla N° 6:** Complicaciones del embarazo asociadas a la sepsis vaginal:

Complicaciones	N <sub>o</sub>	%
Amenaza de Parto Pretérmino	5	17.8
Rotura Prematura de Membrana	4	14.29
Corioamnionitis	2	7.14
Parto Pretérmino	1	3.57
Sin complicaciones	16	<b>57.14</b>

N= 28

En la Tabla N° 6 que analiza las complicaciones del embarazo asociadas a la sepsis vaginal se observa que el 42.8 % de las pacientes presentó complicaciones durante el embarazo, porcentaje elevado de complicaciones en relación con las pacientes que no presentaron ninguna complicación (57.14 %). De las complicaciones encontradas la más frecuente fue la Amenaza de Parto pretérmino con un 17.8 %, seguida de la rotura prematura de membrana (RPM) con un 14.29 %, la Corioamnionitis con un 7.14 %, y se presentó el parto pretérmino en un 3.57 % de las pacientes estudiadas.

Varios autores entre ellos Cervantes B IC<sup>39</sup> afirman que la trichomoniasis y las bacterias anaerobias (Vaginosis Bacteriana) son causas de corioamnionitis y deciduitis, lo que propicia la rotura de las membranas, la sepsis intraovular y del recién nacido, así como los partos pretérminos, todo lo cual influye en la morbilidad y mortalidad maternoinfantil, criterio reafirmado por la mayoría de los autores como Huiza L<sup>56</sup> que reportan en Lima, Perú porcentajes elevados (32,5%) de Vaginosis Bacteriana asociada a la amenaza de parto pretérmino, Saeideh Z<sup>25</sup> en IRAN, The U.S. preventive services task force<sup>26</sup>, Raccamarich M P<sup>27</sup> en Carabobo, Venezuela, García PJ<sup>28</sup> y Velásquez C<sup>29</sup> en Honduras, identifican a La Vaginosis Bacteriana como uno de los factores de riesgo en el parto pretérmino.

En el municipio Playa López JI<sup>55</sup> reportó un 8,69% de Infección vaginal relacionado con la Amenaza de Parto Pretérmino (APP), cifras que no coinciden con las obtenidas en este trabajo y que puede deberse a que las características de su población difieran de las de este estudio.

En una revisión de la literatura realizada por Grandi C<sup>57</sup> encontró reportes donde se aislaron bacterias en 72% (18/25) de las placentas con corioamnionitis histológica definida como la presencia de leucocitos polimorfonucleares en la placa coriónica y otros estudios que reportaban 39,1% de membranas corioamnióticas que mostraban inflamación difusa, tenían bacterias detectadas por técnicas de Gram y Grocott.

En relación con la Rotura Prematura de Membranas (RPM) estos resultados también difieren un poco de los obtenidos por Vázquez N JC, et al<sup>43</sup> en Ciudad de La Habana, que obtienen cifras más elevadas, ellos plantean que en su estudio ocurrió RPM en el 22,8 % de los casos.

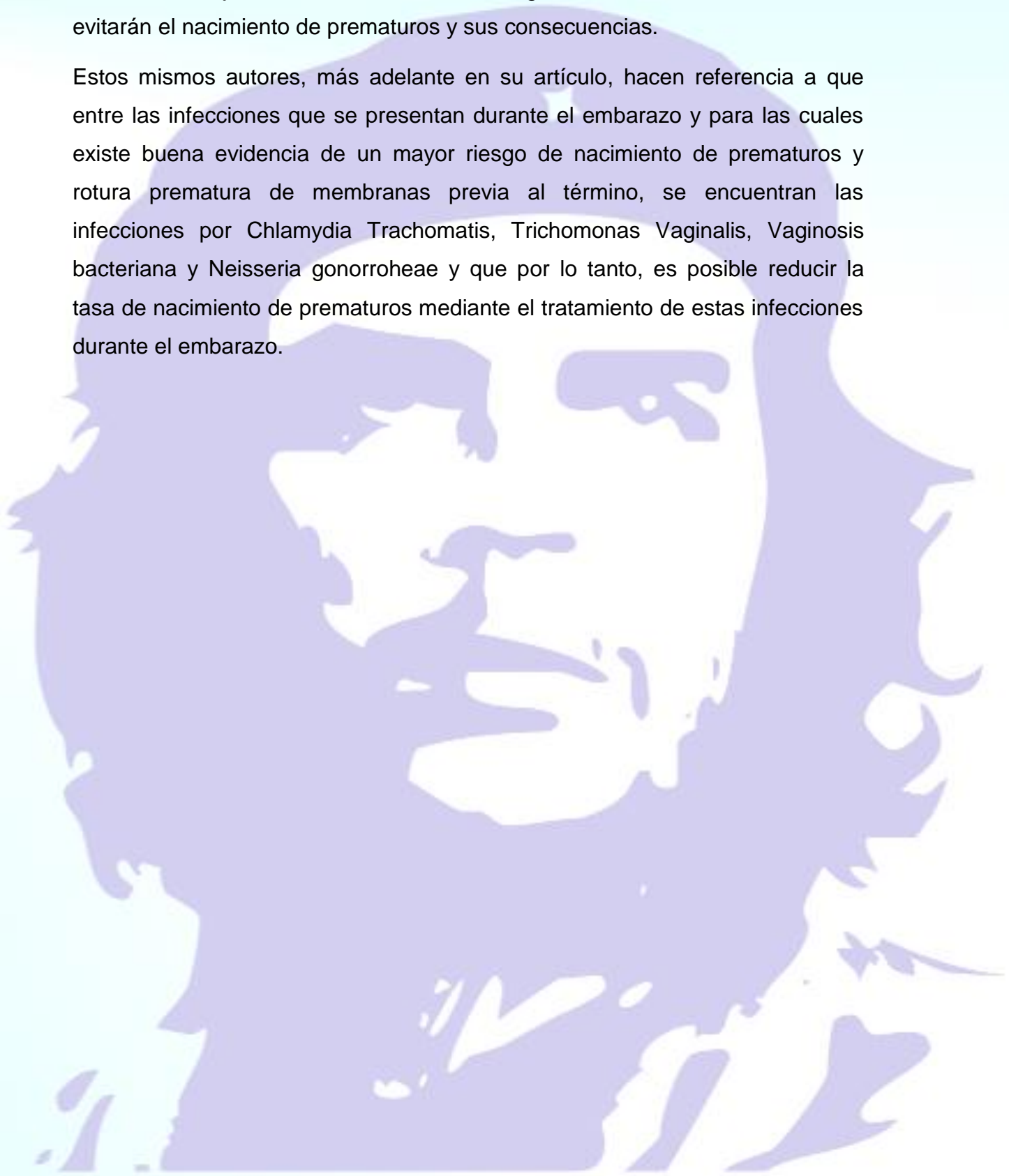
Saeideh Z<sup>25</sup> al analizar la presencia de sepsis vaginal en las embarazadas de Tehran, IRAN, con Rotura Prematura de Membranas (RPM) encuentra un 30.5% de Vaginosis Bacteriana en este grupo, sin embargo Jiménez M G<sup>58</sup> en su estudio en Lima, Perú, no encuentra relación entre la RPM y La Vaginosis Bacteriana.

En otro estudio revisado en la literatura disponible, realizado por Martínez G LR<sup>42</sup> se reportó un 23,6% de sepsis ovular en las pacientes con sepsis vaginal, cifras que tampoco coinciden con las obtenidas en este estudio donde se presentó la corioamnionitis en un 7.14 % de los casos. Según Rosell J E<sup>59</sup> la infección vaginal es probablemente el primer elemento que aparece en una cadena de hechos que complican el embarazo, categorizados por la identificación de síntomas sutiles de amenaza de parto pretérmino y Rotura Prematura de Membranas.

En una revisión de *Cochrane*<sup>21</sup> sobre el uso de antibióticos para el tratamiento de la Vaginosis Bacteriana en el embarazo, se plantea que a pesar de que en la actualidad existe evidencia sustancial que asocia la Vaginosis Bacteriana en el embarazo con un resultado perinatal adverso, en particular un mayor riesgo de nacimiento de prematuros, la revisión realizada por estos autores sobre el

tema aporta pocas pruebas de que el cribaje (screening) y el tratamiento de todas las mujeres embarazadas con Vaginosis Bacteriana asintomática evitarán el nacimiento de prematuros y sus consecuencias.

Estos mismos autores, más adelante en su artículo, hacen referencia a que entre las infecciones que se presentan durante el embarazo y para las cuales existe buena evidencia de un mayor riesgo de nacimiento de prematuros y rotura prematura de membranas previa al término, se encuentran las infecciones por Chlamydia Trachomatis, Trichomonas Vaginalis, Vaginosis bacteriana y Neisseria gonorrhoeae y que por lo tanto, es posible reducir la tasa de nacimiento de prematuros mediante el tratamiento de estas infecciones durante el embarazo.



**Tabla N° 7:** Complicaciones del Recién Nacido asociadas a la sepsis vaginal:

Complicaciones	No	%
Bajo peso al nacer por pretérmino.	1	3.57
Neumonía	3	10.71
Conjuntivitis neonatal	8	28.57
Otitis	1	3.57
Meningoencefalitis	-	-
Sin complicaciones	15	53.57

N= 28

En relación a las complicaciones del Recién Nacido asociadas a la sepsis vaginal (Tabla No 7) el 46.43 % de los Recién Nacidos, hijos de madres con sepsis vaginal, presentaron algún se tipo de complicación en el periodo neonatal precoz, la mayor proporción de complicaciones fue la conjuntivitis neonatal con un 28.57 %, seguido de un 10.71 % de neumonía neonatal y 3.57 % de recién nacido bajo peso por nacimiento pretérmino.

Estos resultados coinciden con los reportados por otros autores como los obtenidos por la doctora Pérez G NM<sup>44</sup> en su estudio titulado “El recién nacido de bajo peso, Algunas consideraciones epidemiológicas”; donde demuestra la relación que existe entre el recién nacido bajo peso (RNBP) y la sepsis vaginal, obteniendo un 35,5% de pacientes con un producto bajo peso, que presentaron sepsis vaginal por Monilia durante el embarazo, 13,9% que presentaron infección por Trichomona y 18,5% diagnosticadas con Vaginosis Bacteriana; similares resultados obtuvo también López JI<sup>55</sup> quien reporta una estrecha relación entre el bajo peso y la sepsis vaginal (8,69 %).

Berdasquera C D<sup>10</sup> plantea que las embarazadas que padecen de infección vaginal tienen una probabilidad 7,5 veces mayor de tener un recién nacido con conjuntivitis y 6,6 veces mayor de tener un hijo bajo peso al nacer que aquellas gestantes que no padecieron esta enfermedad. En otra revisión realizada por

este mismo autor sobre “Las enfermedades de transmisión sexual, un riesgo para las embarazadas y los recién nacidos”<sup>11</sup> se señala que sin lugar a dudas la oftalmía gonocócica neonatal es la complicación más importante de la gonorrea en el embarazo, sin embargo, en este estudio el 28.57 % de los recién nacidos presentó conjuntivitis neonatal, pero la sepsis vaginal por gonococo no fue diagnosticada en ninguna de estas gestantes, lo que contradice este planteamiento y sugiere realizar otros trabajos que aborden esta problemática.

Los resultados obtenidos en este trabajo difieren de los reportados por Martínez G LR<sup>42</sup> que solo obtiene un 2,7 % de sepsis neonatal en su estudio relacionado con la sepsis vaginal.

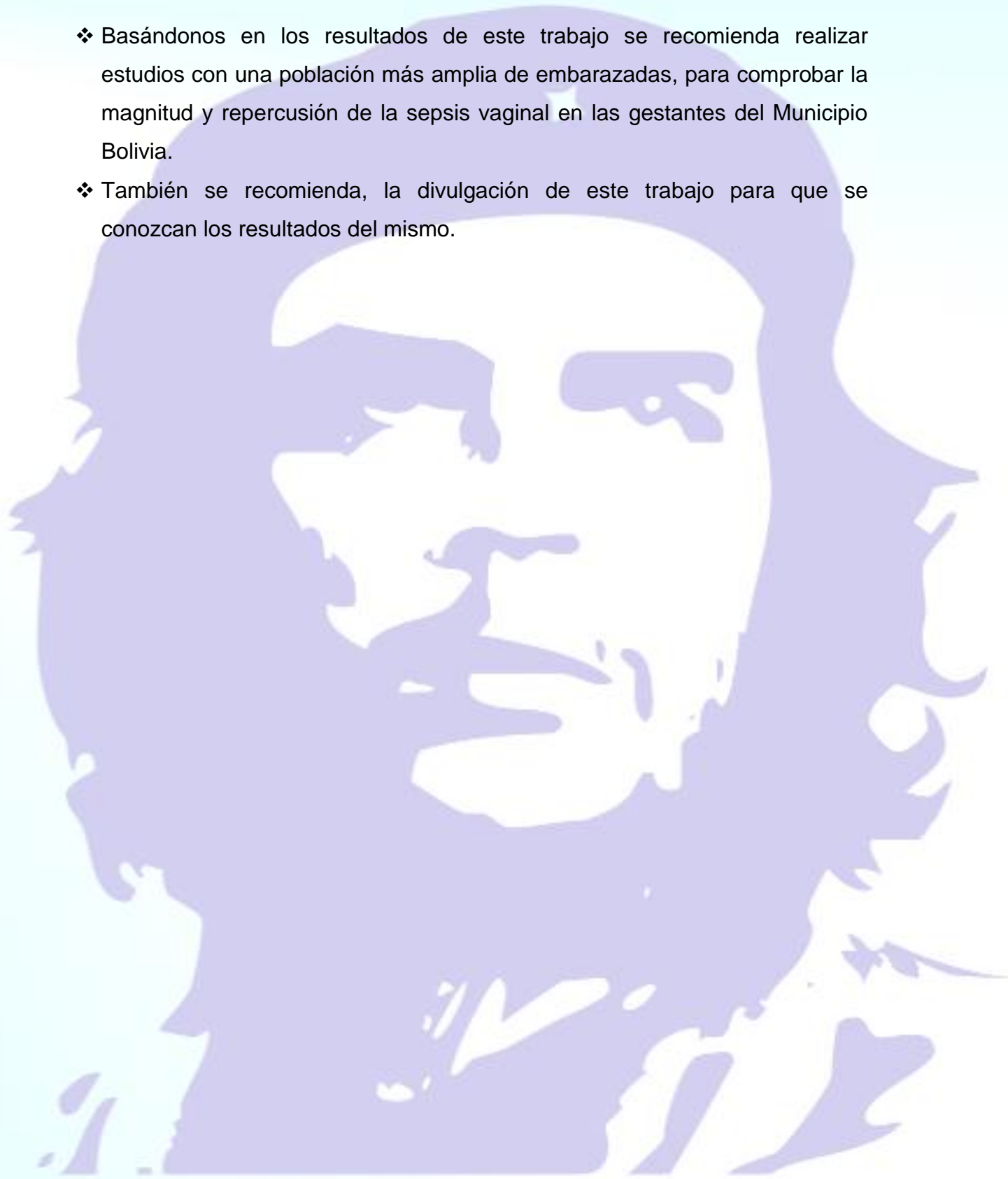
Actualmente se insiste mucho en la necesidad del tratamiento correcto de toda gestante con sepsis vaginal, sin embargo en una revisión Cochrane<sup>21</sup> de 15 ensayos, que incluía a 5 888 mujeres, se evidenció que los antibióticos durante el embarazo para tratar la proliferación anormal de bacterias en el canal del parto redujeron este crecimiento excesivo del número de bacterias pero no redujeron el número de nacimientos prematuros, criterio con el que no estamos de acuerdo, pero que respetamos, ya que el presente trabajo sugiere que un correcto tratamiento de esta entidad permite reducir el nacimiento pretérmino a solo un 3.57 %, por supuesto se necesitan trabajos futuros más amplios para corroborar estos resultados.

## VI. CONCLUSIONES:

Con la realización de este trabajo investigativo, se llegó a la conclusión de que la sepsis vaginal es una de las enfermedades que se presentan de forma más frecuente en las embarazadas, con un porcentaje elevado en el área que abarca al Consejo Popular La Loma del Municipio Bolivia, donde la distribución más alta se encuentra en el grupo de 20 a 35 años, diagnosticándose un mayor número en las embarazadas que se encuentran casadas. En el estudio no se encontró relación con el nivel de escolaridad, ni el peso corporal de las pacientes, pero sí con otros factores de riesgo como las condiciones higiénicas sanitarias desfavorables y estados carenciales como la anemia. Los gérmenes causales más frecuentes de la sepsis vaginal en estas pacientes fueron la Monilia, Trichomona y Gardnedrella, con un porcentaje elevado de recurrencia después del tratamiento, las complicaciones perinatales que con más frecuencia se presentaron en las pacientes estudiadas fueron la Amenaza de Parto Pretérmino, la Rotura Prematura de Membranas y la Conjuntivitis Neonatal.

## **VII. RECOMENDACIONES:**

- ❖ Basándonos en los resultados de este trabajo se recomienda realizar estudios con una población más amplia de embarazadas, para comprobar la magnitud y repercusión de la sepsis vaginal en las gestantes del Municipio Bolivia.
- ❖ También se recomienda, la divulgación de este trabajo para que se conozcan los resultados del mismo.



## VIII.

### IX. BIBLIOGRAFÍA:

1. Coto C GD, Ibáñez F A. Protocolo diagnóstico-terapéutico de la sepsis neonatal. BOL PEDIATR [serie en Internet]. 2006 [citado 24 Mayo 2009]; 46(1): [aprox. 9 p.]. Disponible en: [http://www.sccalp.org/boletin/46\\_supl1/BolPediatr2006\\_46\\_supl1\\_125-134.pdf](http://www.sccalp.org/boletin/46_supl1/BolPediatr2006_46_supl1_125-134.pdf)
2. Manejo sindrómico del flujo vaginal en gestantes. Ministerio de salud pública. Dirección nacional de epidemiología. Dirección materno infantil. Programa nacional de prevención y control de ITS/VIH/SIDA. Disponible en: [www.sld.cu/galerias/pdf/aps\\_flujo.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/aps_flujo.pdf)
3. EMC J.-P. Menard, F. Bretelle editors. Infecciones cérvicovaginales durante el embarazo (recomendaciones) [monografía en Internet]. Elsevier Masson, © 2009 [citado 24 Mayo 2009]; Disponible en: <http://www.em-consulte.com/es/article/218869#N1011E>
4. Parés O Y, Carbajales L AI, Martínez L L, Carbajales L E. Infección vaginal en gestantes hospitalizadas en el Hospital de Ciego de Ávila. 1er semestre de 2007. MediCiego [serie en Internet]. 2008 [citado 24 Mayo 2009]; 14 (2) [aprox. 6 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol14\\_02\\_08/articulos/a1\\_v14\\_0208.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol14_02_08/articulos/a1_v14_0208.htm)
5. Álvarez S R. Temas de Medicina General Integral. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. 2008; 2:76. 380-2.
6. Baracaldo B N, Morell G L, Baracaldo B A. Tratamiento de la sepsis vaginal con homeopatía. 2001. Gaceta Médica Espirituana [serie en Internet]. 2003 [citado 24 Mayo 2009]; 5(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.5.\(1\)\\_06/p6.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.5.(1)_06/p6.html)
7. Berdasquera C D, Fariñas R AT, Ramos V I. Las enfermedades de transmisión sexual en embarazadas. Un problema de salud a nivel mundial. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. 2001 [citado

- 24 Mayo 2009]; 17(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17\\_2\\_01/mgi13201.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_2_01/mgi13201.htm)
8. Mujeres [página Web en Internet]. Cuba: Salud © 2009 [Publicado 30 Abril 2009; Citado 24 Mayo 2009]; Salud femenina: Las infecciones vaginales y su prevención: [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.mujeres.cubaweb.cu/articulo.asp?a=2009&num=435&art=26>
9. Quintana G JA, Godoy R R. Intervención educativa sobre infección vaginal en la comuna de Ouanamenthe. MediCiego [serie en Internet]. 2008 [Citado 24 Mayo 2009]; 14 (1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol14\\_01\\_08/articulos/a3\\_v14\\_0108.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol14_01_08/articulos/a3_v14_0108.htm)
10. Berdasquera C D, Fariñas R AT, Ramos V I. Las enfermedades de transmisión sexual, un riesgo para las embarazadas y los recién nacidos. Rev Cubana Hig Epidemiol [serie en Internet]. 2001 [citado 24 Mayo 2009]; 39(2): [aprox. 4 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol39\\_2\\_01/hie06201.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol39_2_01/hie06201.htm)
11. Berdasquera C D, Fariñas R AT, Ramos V I. Las enfermedades de transmisión sexual en embarazadas. Un problema de salud a nivel mundial. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. 2001 [citado 24 Mayo 2009]; 17(2) [aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17\\_2\\_01/mgi13201.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_2_01/mgi13201.htm)
12. March of Dimes [página Web en Internet]. EE.UU: Centro de enseñanza del embarazo; © 2009 [Actualizado Diciembre 2005; Citado 11 Agosto 2009]; Complicaciones: Clamidia: [aprox. 1 p.]. Disponible en: [http://www.nacersano.org/centro/9254\\_9662.asp](http://www.nacersano.org/centro/9254_9662.asp)
13. CDC [página Web en Internet]. Atlanta: Centro para el control y prevención de enfermedades; © 2009 [modificada el 21 de mayo de 2009; Citado 11 Agosto 2009]; Enfermedades de transmisión sexual: Embarazo y ETS: [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/STD/Spanish/STDFact-STDs&Pregnancy-s.htm>

14. Gallardo J, Valdés S, Díaz ME, Romay C. Comportamiento de las enfermedades de transmisión sexual en pacientes con sepsis ginecológica. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet]. 2000 [citado 24 Mayo 2009]; 26(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol26\\_1\\_00/gin02100.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol26_1_00/gin02100.htm)
15. Radio Surco [página web en Internet]. Ciego de Ávila: SALUD; © 2007 - 2009 [ICRT] [publicado el 19 septiembre 2009; Citado 21 septiembre 2009]; Avileños amplían conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual: [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.radiosurco.cu/Salud.php?id=2977>
16. González M D, Blanco M N , Lucas M F, La Rosa K E. Principales causas de infecciones vaginales en gestantes ingresadas en el hospital "Reynaldo Chiang Vargas" durante Enero -Abril del 2001. MEDISAN [serie en Internet]. 2002 [citado 24 Mayo 2009]; 6(3): [aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol6\\_3\\_02/san10302.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol6_3_02/san10302.pdf)
17. Solano S LE. Estudio sobre agentes etiológicos de vaginitis en la mujer grávida costarricense. Rev. Biol. Trop [serie en Internet]. 2002 [citado 24 Mayo 2009]; 50 (2): [aprox. 6 p.]. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0034-77442002000200029&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0034-77442002000200029&script=sci_arttext)
18. Sánchez JA, Coyotécatl LL, Enríquez MA, Mendoza E, Muñoz G, Rivera JA. Incidencia del bacilo de Döderlein y su influencia en la presencia de otros microorganismos en el canal vaginal. Univ. Méd. Bogotá (Colombia) [serie en Internet]. 2008 [citado 24 Mayo 2009]; 49 (2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v49n2/3-INCIDENCIA.pdf>
19. Walker G. Intervenciones para la trichomoniasis durante el embarazo: Comentario de la BSR [monografía en internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; © Organización Mundial de la Salud 2008 [última

revisión: 27 de agosto de 2004; Citado 21 Junio 2009]. Disponible en:  
[http://apps.who.int/rhl/rti\\_sti/gwacom/es/](http://apps.who.int/rhl/rti_sti/gwacom/es/)

20. Hing L JR, Poutou S E, Valenzuela R C, Urgellés A G, Ramírez A G. Factores de riesgo de la sepsis neonatal. MEDISAN [serie en Internet]. 2006 [citado 24 Mayo 2009]; 10(4): [aprox. 6 p.]. Disponible en:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10\\_04\\_06/san04406.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_04_06/san04406.htm)
21. McDonald H, Brocklehurst P, Parsons J. Antibióticos para el tratamiento de la vaginosis bacteriana en el embarazo (Revisión Cochrane traducida). The Cochrane Library [serie en Internet]. 2007 [citado 29 Mayo 2009]; 4: [aprox. 3 p.]. Disponible en:  
<http://apps.who.int/rhl/reviews/CD000262sp.pdf>
22. Sánchez JA, Coyotecatl LL, Valentín E, Vera L, Rivera JA. Diagnóstico clínico, de laboratorio y tratamiento de la Vaginosis por Gardnerella vaginalis. UNIVERSITAS MÉDICA [serie en Internet]. 2007 [citado 29 Mayo 2009]; 48 (4): [aprox. 13 p.]. Disponible en:  
<http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v48n4/5-VAGINOSIS.pdf>
23. Demba E, Morison L, Schim van der Loeff M, Awasana AA, Gooding E, Bailey R, et al. Bacterial Vaginosis, vaginal flora patterns and vaginal hygiene practices in patients presenting with vaginal discharge syndrome in The Gambia, West Africa. BMC Infect Dis [serie en Internet]. 2005 [publicado 9 marzo 2005; citado 23 Mayo 2009]; 5(12): [aprox. 21 p.]. Disponible en:  
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1083415>
24. Bazarra F A, Castro I A. Vaginosis bacteriana, ¿dónde nos encontramos? Med Clin (Barc) [serie en Internet]. 1998 [citado 23 Mayo 2009]; 110: [aprox. 2 p.]. Disponible en:  
<http://www.sepeap.es/Hemeroteca/EDUKINA/Artikulu/Vol110/m1100604.pdf>
25. Saeideh Z, Mitra S Ashraf M, Soghrate F. Effect of bacterial vaginosis on premature rupture of membranes and related complications in

- pregnant women with a gestational age of 37-42 weeks. Gynecologic and obstetric investigation [serie en Internet]. 2006 [citado 29 Mayo 2009]; 61 (3): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=17665441>
26. U.S. preventive services task force. Screening for Bacterial Vaginosis in Pregnancy to Prevent Preterm Delivery: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Annals of Internal Medicine [serie en Internet]. 2008 [citado 27 Mayo 2009]; 148 (3): [aprox. 7 p.]. Disponible en: [http://www.nacerlatinoamericano.org/\\_Archivos/\\_Menu\\_principal/08\\_Guias/AvisoGUIA0409vaginosisBacteriana.pdf](http://www.nacerlatinoamericano.org/_Archivos/_Menu_principal/08_Guias/AvisoGUIA0409vaginosisBacteriana.pdf)
27. Raccamarich M P, Polanco E, García de Y M, Torreiro MD, Guevara H. Vaginosis Bacteriana en Mujeres con Amenaza de Parto Prematuro en la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera", Valencia. Rev de la Facultad de Cienc de la Sal. Universidad de Carabobo [serie en Internet]. 2002 [citado 14 Marzo 2009]; 6 (3): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://servicio.cid.uc.edu.ve/fcs/vol6n3/6-3-5.pdf>
28. García PJ. Vaginosis Bacteriana. Rev Per Ginecol Obstet [serie en Internet]. 2007 [citado 7 Junio 2009]; 53: [aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol53\\_n3/pdf/a05v5\\_3n3.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol53_n3/pdf/a05v5_3n3.pdf)
29. Velásquez C, Arita J. Prevalencia de la Vaginosis Bacteriana por Gardnerella Vaginalis en la amenaza de parto pretérmino en las Pacientes ingresadas en el Hospital Escuela. REV MED POST UNAH [serie en Internet]. 2000 [citado 8 Junio 2009]; 5 (2): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMP/pdf/2000/pdf/Vol5-2-2000-9.pdf>
30. Roca B. Infecciones por clamidias. An. Med. Interna (Madrid) [serie en Internet]. 2007 [citado 24 Mayo 2009]; 24 (6): [aprox. 15 p.]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-71992007000600009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000600009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
31. Brocklehurst P, Rooney G. Intervenciones para el tratamiento de la infección genital por Chlamydia trachomatis en el embarazo (Revisión

Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus [serie en Internet]. Oxford 2008 [citado 12 Junio 2009]; 3: [aprox. 2 p.]. Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com/abstractsES/AB000054-ES.htm>

32. Lumbiganon P. Tratamiento de las infecciones por gonorrea y Chlamydia trachomatis en el embarazo [monografía en internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; © Organización Mundial de la Salud 2008 [última revisión: 15 de septiembre de 2004; Citado 21 Junio 2009]. Disponible en: [http://apps.who.int/rhl/rti\\_sti/plguide/es/](http://apps.who.int/rhl/rti_sti/plguide/es/)

33. Alfonso V CI, Valdivia P A, Benítez G I, Díaz P G, Sandoval C RR. Factores de riesgos que influyen en el bajo peso al nacer en el Área de salud Olivos del municipio de Sancti Spíritus en los años 1998-2002. Gaceta Médica Espirituana [serie en Internet]. 2006 [citado 24 Mayo 2009]; 8(1): [aprox. 3 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.8.\(1\)\\_03/resumen.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.8.(1)_03/resumen.html)

34. Liens G I, Peña L I, López V JA, González M R. Correlación clínica, imagenológica y anatomopatológica de las muertes neonatales en 1998. MEDISAN [serie en Internet]. 2000 [citado 24 Mayo 2009]; 4(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol4\\_2\\_00/san02200.htm - 100k](http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol4_2_00/san02200.htm - 100k)

35. Díaz E Y; Alonso U RM. Estudio de la mortalidad neonatal precoz en el municipio de Guanabacoa. Trabajos Originales [serie en Internet]. 2008 [citado 24 Mayo 2009]; 24 (3): [aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mqi/vol24\\_3\\_08/mqi08308.htm - 19k](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mqi/vol24_3_08/mqi08308.htm - 19k)

36. Ganfong E A, Nieve A A, Simonó B NM, González P JM, Ferreiro F L, Díaz P MC. Influencia de la rotura prematura de membranas en algunos resultados perinatales. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet]. 2007 [citado 24 Mayo 2009]; 33(2): [aprox. 6 p.]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol33\\_2\\_07/gin03207.html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol33_2_07/gin03207.html)

37. López V S, Pila D RI, Legón E M, Hurtado B N. Morbilidad de la embarazada y el recién nacido en relación con la flora vaginal. MediCiego [serie en Internet]. 2003 [citado 24 Mayo 2009]; 9 (2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol9\\_02\\_03/articulos/a22\\_v9\\_0203.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol9_02_03/articulos/a22_v9_0203.htm)
38. Guevara C JA, Montero H E, Fernández M RM, Cordero I R, Villamil B Y. Factores de riesgo del bajo peso al nacer en el hospital materno de Palma Soriano durante un trienio. MEDISAN [serie en Internet]. 2009 [citado 24 Mayo 2009]; 13(2): Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13\\_2\\_09/san09209.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_2_09/san09209.htm)
39. Cervantes B IC, Mora R M, Castellanos M Y, Heredia A A, Doce R V R. Aspectos biosociales presentes en las gestantes de un área de salud. MEDISAN [serie en Internet]. 1998 [citado 24 Mayo 2009]; 2 (2): [aprox. 6 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol2\\_2\\_98/san09298.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol2_2_98/san09298.pdf)
40. Salas N, Ramírez JF, Ruiz B, Torrez E, Jaramillo LN, Gómez- Marín JE. Prevalencia de microorganismos asociados a infecciones vaginales en 230 mujeres gestantes y no gestantes sintomáticas del Centro de Salud La Milagrosa en el Municipio de Armenia. Rev Colomb Ginecol Obste [serie en Internet]. 2009 [citado 29 Agosto 2009]; 60 (2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v60n2/v60n2a03.pdf>
41. Yudin MH, Money DM. Screening and Management of Bacterial Vaginosis in Pregnancy. SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE [serie en Internet]. 2008 [citado 29 Agosto 2009]; 211: [aprox. 7 p.]. Disponible en: [http://www.nacerlatinoamericano.org/Archivos/Menu-principal/08\\_Guias/Aviso%20Vaginosis.pdf](http://www.nacerlatinoamericano.org/Archivos/Menu-principal/08_Guias/Aviso%20Vaginosis.pdf)
42. Martínez G LR, Valladares H M, Villate JL. Análisis de los casos con rotura prematura de membranas y menos de 34 semanas. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet]. 1998 [citado 24 Mayo 2009]; 24(3):

[aprox. 7 p.]. Disponible en:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol24\\_3\\_98/gin06398.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol24_3_98/gin06398.htm)

43. Vázquez N JC, Ortiz G C, Ley N M, Pérez P JM, Calero R JL. Prevalencia de infecciones Cérvico-vaginales en embarazadas en un hospital obstétrico de referencia de Ciudad de la Habana. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet]. 2007 [citado 22 Marzo 2009]; 33(2): [aprox. 6 p.]. Disponible en:  
[http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol33\\_2\\_07/gin01207.html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol33_2_07/gin01207.html)

44. Pérez G NM, Presno L C, Sarmiento B G. El recién nacido de bajo peso. Algunas consideraciones epidemiológicas. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. 2005 [citado 22 Marzo 2009]; 21(5-6): [aprox. 7 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21\\_5-6\\_05/mgi125-605.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_5-6_05/mgi125-605.htm)

45. García M JC, Vergel R G, Zapata M A. Embarazo y medicamentos en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. 1999 [citado 24 Mayo 2009]; 15(3): [aprox. 6 p.]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15\\_3\\_99/mgi01399.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_3_99/mgi01399.htm) - 32k

46. Sardiñas B N, Aguiar P Y, Alfonso R A. Infecciones durante la gestación en el Hogar Materno de Los Arabos. 2005. Rev. medica electron [serie en Internet]. 2007 [citado 27 Mayo 2009]; 29(5): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol5%202007/tema04.htm>

47. Rodríguez P M, Mora R M, Mora V I. Embarazo en la adolescencia y su relación con el recién nacido bajo peso. Rev Cubana Enfermer [serie en Internet]. 2001 [citado 22 Marzo 2009]; 17(2): [aprox. 6 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol17\\_2\\_01/enf06201.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol17_2_01/enf06201.htm)

48. Cruz L GM, Urribasterra C A, González B A. Morbilidad perinatal en la gestante adolescente. Correo Científico Médico de Holguín [serie en Internet]. 2006 [citado 26 Marzo 2009]; 10(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no101/n101ori3.htm>

49. Berdasquera D. Las enfermedades de transmisión sexual en las embarazadas. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. 2001 [citado 24 Mayo 2009]; 17 (2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17\\_2\\_01/mgi13201.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_2_01/mgi13201.htm) - 25k
50. Rivero M, Díaz J, Centeno S. Frecuencia de especies de *Cándida* aisladas en pacientes embarazadas con vulvovaginitis. Rev Soc Ven Microbiol [serie en Internet]. 2003 [citado 24 Mayo 2009]; 23 (2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1315-25562003000200009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1315-25562003000200009&script=sci_arttext)
51. García H M, García S D, Copolillo E F, Cora E M, Barata A D, Vay C A, et al. Prevalencia de candidiasis vaginal en embarazadas. Identificación de levaduras y sensibilidad a los antifúngicos. Rev Argent Microbiol [serie en Internet]. 2006 [citado 12 Mayo 2009]; 38 (1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-75412006000100003](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-75412006000100003)
52. Torres K, Soto A, Sandrea D, Villalobos M, Rodríguez A, Hassanhi M, et al. Candidiasis vaginal en primigestas. Rev Obstet Ginecol Venez [serie en Internet]. 2005 [citado 11 Marzo 2009]; 65 (2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322005000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322005000200002&script=sci_arttext)
53. González-Pedraza A A, Ortiz Z C, Dávila M R, Valencia G CM. Infecciones cérvicovaginales más frecuentes; prevalencia y factores de riesgo. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet]. 2007 [citado 16 Mayo 2009]; 33(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol33\\_2\\_07/gin07207.html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol33_2_07/gin07207.html)
54. Perazzi B, Menghi C, Coppolillo E, Gatta C, Cora E M, Vay C, et al. Investigación de *Trichomonas vaginalis* durante el embarazo mediante diferentes metodologías. Rev Argent Microbiol [serie en Internet]. 2007 [citado 11 Marzo 2009]; 39 (2): [aprox. 8 p.]. Disponible en:

[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-75412007000200008](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-75412007000200008)

55. López JI, Lugones B M, Valdespino P LM, Virella B J. Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet]. 2004 [citado 27 Marzo 2009]; 30(1): [aprox. 11 p.]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30\\_1\\_04/gin01104.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_1_04/gin01104.htm)
56. Huiza L, Pacora P, Santivañez A, Castro G, Ayala M. La enfermedad perinatal y la prematuridad pertenecen a un síndrome clínico multifactorial: participación de la herencia de enfermedad vascular, la flora microbiana vaginal y el estado nutricional. An. Fac. med. [serie en Internet]. 2003 [citado 27 Marzo 2009]; 64 (3): [aprox. 6 p.]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832003000300003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832003000300003&script=sci_arttext)
57. Grandi C. El rol de la infección en la etiología del parto prematuro. Revisión de la literatura. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá [serie en Internet]. 1996 [citado 29 Mayo 2009]; 15 (2): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.sarda.org.ar/Revista%20Sard%C3%A1/96b/78-86.pdf>
58. Jiménez M G, Laza O ME. Incidencia de Rotura Prematura de Membranas en gestantes con Gardnerella Vaginalis diagnosticado mediante muestra de Papanicolaou durante el control prenatal (Tesis). Para optar por el título de Profesional de Licenciada en Obstetricia: Lima, Perú; 2006. Disponible en: [http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/jimenez\\_mg/pdf/jimenez\\_mg.pdf](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/jimenez_mg/pdf/jimenez_mg.pdf)
59. Rosell J E, Benítez Q G, Monzón T L. Factores de riesgo de bajo peso al nacer. Archivo Médico de Camagüey [serie en Internet]. 2005 [citado 29 Mayo 2009]; 9(6): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2005/v9-n6-2005/2112.pdf>

## IX. ANEXOS:

### Anexo N° 1: *Consentimiento informado.*

Yo: \_\_\_\_\_ estoy de acuerdo a participar en el estudio “Comportamiento de la Sepsis Vaginal en las embarazadas del Consejo Popular La Loma. Municipio Bolivia”.

Se me ha explicado que:

1. Mi participación es voluntaria y mi no aceptación o el retiro del estudio cuando yo lo considere no afectará mis relaciones con el médico y la institución que me seguirán atendiendo según las normas del estado cubano.
2. Todos los resultados y diagnósticos me serán dados a mí solamente y en caso de ser necesario a mi esposo, con mí previo consentimiento.
3. Se me aplicará tratamiento para la sepsis vaginal de acuerdo a lo normado en el “Manejo Sindrómico del Flujo vaginal en la embarazada”, el que se ha demostrado que elimina la sepsis vaginal y disminuye las complicaciones perinatales.
4. Aunque la mayoría de las pacientes mejoran con este tratamiento, de no ocurrir en mi caso o aparecer alguna reacción adversa (excepcional), tendré toda la atención médica necesaria.

Y para que así conste y por mi libre voluntad, firmo este documento de consentimiento informado, junto con el médico que me brindó las explicaciones, a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente.

\_\_\_\_\_  
Firma del médico.

**Anexo N° 2: Ficha de recolección de la información.**

CMF: \_\_\_ 13, \_\_\_ 14, \_\_\_ 15

**Sepsis Vaginal Durante el embarazo:**

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

**Edad:**

**Estado Civil:**

Menos de 20 años \_\_\_\_\_

Soltera \_\_\_\_\_

De 20 -35 años \_\_\_\_\_

Casada \_\_\_\_\_

Más de 35 años \_\_\_\_\_

**Nivel de escolaridad:**

Primarias \_\_\_\_\_

Secundaria Incompleta \_\_\_\_\_

Secundaria Completa \_\_\_\_\_

Técnico medio \_\_\_\_\_

Preuniversitario \_\_\_\_\_

Universitario \_\_\_\_\_

**Condiciones Higiénico- sanitarias:**

*Fuente de abasto de agua:*

Acueducto con aguas tratadas \_\_\_\_\_

Acueducto con aguas sin tratar \_\_\_\_\_

Poso artesanal con buenas condiciones higiénico- sanitarias \_\_\_\_\_

Poso artesanal con malas condiciones higiénico- sanitarias \_\_\_\_\_

Traída por Pipas u otros medios: \_\_\_\_\_

*Desechos Sanitarios:*

Baño sanitario \_\_\_\_\_

Letrina con buenas condiciones higiénicas \_\_\_\_\_

Letrina con malas condiciones higiénicas \_\_\_\_\_

*Utilización del agua para el aseo genital:*

Sin Hervir \_\_\_\_\_

Hervida \_\_\_\_\_

*Higiene de la vivienda (Por apreciación del observador):*

Buena \_\_\_\_\_

Regular \_\_\_\_\_

Mala \_\_\_\_\_

***Germen diagnosticado como causa de la sepsis vaginal durante el embarazo:***

Monilia \_\_\_\_\_

Trichomona \_\_\_\_\_

Gardnerella \_\_\_\_\_

Clamidia \_\_\_\_\_

Gonococo \_\_\_\_\_

Otras \_\_\_\_\_

***Recurrencia de la sepsis vaginal después del tratamiento:***

Si \_\_\_ No \_\_\_

***Complicaciones durante el embarazo o parto:***

Ninguna \_\_\_\_\_

Amenaza de Parto Pretérmino \_\_\_\_\_

Rotura Prematura de Membrana \_\_\_\_\_

Parto pretérmino \_\_\_\_\_

Corioamnionitis \_\_\_\_\_

***Complicaciones del Recién Nacido:***

Ninguna \_\_\_\_\_

Bajo peso al nacer \_\_\_\_\_

Neumonía \_\_\_\_\_

Conjuntivitis neonatal \_\_\_\_\_

Otitis \_\_\_\_\_

Meningoencefalitis \_\_\_\_\_

Otras \_\_\_\_\_