



REPÚBLICA DE CUBA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA
DIRECCIÓN DE CIENCIA Y TÉCNICA

POLICLÍNICO DOCENTE AREA NORTE
CIEGO DE AVILA

Título: Intervención educativa sobre conocimientos del síndrome de flujo vaginal de mujeres embarazadas en el Consultorio N° 41 del área de salud Norte de Ciego de Ávila.

Autor: Dr. Osmel Martínez Sierra.

Tesis para optar por el título de especialista de 1er Grado de
Medicina General Integral.

Ciego de Ávila
2017



POLICLÍNICO DOCENTE AREA NORTE
CIEGO DE AVILA

Título: Intervención educativa sobre conocimientos del síndrome de flujo vaginal de mujeres embarazadas en el Consultorio N° 41 del área de salud Norte de Ciego de Ávila.

Autor: Dr. Osmel Martínez Sierra.

Aspirante a especialista en Primer Grado en Medicina General Integral.

Tutora: Dra. Tania M. de León Galván.

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Profesor Instructor

Tesis para optar por el título de especialista de 1er Grado en
Medicina General Integral.

Ciego de Ávila
2017

PENSAMIENTO

“...en el campo de la atención primaria tengo la impresión que Cuba ha encontrado el sistema ideal y más avanzado del mundo. Nosotros fuimos los primeros en desarrollar esta idea del médico de la familia en la atención primaria, tendremos una atención óptima desde la base, desde el niño que nace hasta el anciano.

El médico de la familia es un paso colosal de avance en la atención primaria de salud que se brinda a la población, una cosa excelente”.

FIDEL CASTRO

AGRADECIMIENTOS

A todos los que colaboraron con esta investigación de una manera u otra, a mi tutora y al colectivo de profesores de Medicina General Integral del Policlínico Norte.

Especial agradecimiento a mis queridas profesoras la Dra .Magaly Rita Gómez Verano y Dra. Milena Hidalgo Ávila

DEDICATORIA

A mis padres por toda la comprensión y apoyo . Por ser la persona que hoy soy.

A Yusbel por significar un eslabón principal en mi formación como profesional y mejor persona .

A gran parte de mis amigos por su ayuda incondicional .

Dr. Osmel Martinez.

RESUMEN

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para elevar conocimientos relacionados con el síndrome de flujo vaginal en el CMF # 41 del área de salud Norte de Ciego de Ávila, en el periodo comprendido entre mayo 2016 a enero 2017. La muestra está constituida por 26 gestantes con edades comprendidas entre 15 y 39 años. Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar. Predominaron las edades entre la segunda y tercera décadas de la vida y el nivel de escolaridad de técnico medio. No se encontraron diferencias significativas entre la evaluación antes y después del nivel de conocimientos sobre síntomas de flujo vaginal, mientras que si se reportó una modificación positiva y significativa en el nivel de conocimientos sobre causas del síndrome de flujo vaginal y sus consecuencias, ventajas de usar el condón durante el embarazo, así como sobre el riesgo que tienen las personas que cambian frecuentemente de parejas sexuales, el nivel de conocimientos general, también resultó en un cambio significativo en forma de mejoría.

Palabras claves: Síndrome de flujo vaginal, vaginosis bacteriana, enfermedades de transmisión sexual, intervención educativa, efectividad.

ÍNDICE

<i>Contenido</i>	<i>Páginas</i>
▪ Introducción.....	1
▪ Objetivos.....	4
▪ Marco teórico.....	5
▪ Método.....	16
▪ Análisis y discusión de los resultados.....	21
▪ Conclusiones.....	29
▪ Referencias bibliográficas	
▪ Anexos	

INTRODUCCIÓN

El impacto creciente que tiene el síndrome de flujo vaginal (SFV) en la salud de las gestantes es un elemento de enorme importancia para que sea considerado un problema prioritario de nuestros tiempos. En gestantes las ITS constituyen un importante problema en la morbilidad materno infantil, debida entre otras causas a abortos espontáneos, muerte fetal y/o materna, partos prematuros, bajo peso al nacer, infección ocular y pulmonar de los neonatos y sífilis congénita (1, 2,3).

La OMS estimó 355 millones de casos nuevos de SFV en embarazadas, la mayoría en países en desarrollo, que incluyen países miembros de la Comunidad Europea incluyen solo aquellas infecciones bacterianas fúngicas y parasitarias que tienen como manifestación el síndrome de flujo vaginal, susceptibles de tratamientos efectivos y que por lo menos un millón de casos nuevos surgen cada mes. Solo en los Estados Unidos se reportan cada año de 4 a 8 millones de casos nuevos de Chlamydia. Solamente para Latinoamérica y el Caribe se notificaron entre 35 y 40 millones de casos de SFV en gestantes con más de 100 mil infecciones promedio por día (4,5).

En Cuba se notifican alrededor de 20 mil casos nuevos anualmente solo de vaginitis y cervicitis en gestantes y existen indicadores indirectos de que otras ITS, como la infección por Clamidias, el Virus del Papiloma Humano (VPH) y el Virus del Herpes Simple (VHS), muestran también un comportamiento epidémico. Tradicionalmente, en nuestro país, el SFV ha sido manejado sobre la base de un diagnóstico etiológico, es decir, identificando el agente causal de la enfermedad. 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) (4-6).

En Ciego de Ávila actualmente se reporta el Síndrome de flujo vaginal en 1 de cada 8 gestantes, lo que constituye un elemento significativo pues ha colocado esta condición en los primeros lugares del banco de problemas de salud de la provincia (7,8).

El policlínico Norte de Ciego de Ávila no queda exento de esta situación ya que en el mismo de un total de 452 embarazadas, un 54,6% (246) han presentado

síndrome de flujo vaginal durante algún trimestre de la gestación, lo que constituye elemento de interés y motivación del estudio (7,8).

En el área perteneciente al consultorio número 41 del policlínico Norte de un total de 26 embarazadas existentes en el período de estudio, 12 embarazadas presentan el SFV lo que significa el 46.1% por lo que se decide realizar esta intervención educativa en aras de lograr mayor conocimiento del tema por parte de las gestantes y contribuir así a disminuir el índice de SFV en el área al trabajar sobre factores de riesgo del mismo.

El manejo sindrómico del SFV representa una alternativa de abordaje eficiente en la Atención Primaria de Salud (APS). Dicho enfoque se basa en la identificación de los principales grupos de síntomas y signos (síndromes) comúnmente asociados a ciertas infecciones (9).

Las secreciones vaginales normales se caracterizan por ser: inodoras, claras, viscosas, pH Ácido menor que 4,5, no contienen neutrófilos y no fluyen durante el examen con espéculo. La flora vaginal está constituida por lactobacillus spp. Anatómicamente la cercanía del ano a la uretra y vagina favorece la contaminación fecal y urinaria. Puede existir una secreción vaginal fisiológica en el momento del nacimiento y premenarquia, y en la mujer durante algunas etapas del ciclo menstrual, relacionado con el coito, durante el embarazo y la lactancia (10,11).

La infección vaginal o síndrome de flujo vaginal es un proceso infeccioso de la vagina caracterizado por uno o más de los siguientes síntomas: flujo, prurito vulvar, ardor, irritación, disuria, dispareunia y fetidez vaginal, determinados por la invasión y multiplicación de cualquier microorganismo en la vagina y como resultado de un desbalance ambiental en el ecosistema vaginal. Se presenta en las mujeres cuando tienen infección en la vagina. (También llamada vaginitis) o en el cuello del útero (cervicitis), siendo esta última más severa y que puede ocasionar complicaciones graves (11).

En la práctica médica las infecciones vaginales representan un problema de salud frecuente ya que el 95 % de las pacientes consultan por flujo vaginal. En los servicios de atención primaria de salud, estas afecciones se encuentran entre las 3 primeras causas de consulta (12).

Teniendo en cuenta la alta frecuencia de Flujo Vaginal en la embarazada, la probada relación existente entre la sepsis vaginal y complicaciones del embarazo y el parto, 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 (13).

A la luz de los conocimientos actuales es importante un abordaje efectivo de las causas de Síndrome de flujo vaginal realizando un enfrentamiento objetivo de las causas que más frecuentemente se presentan en el consultorio, así como los factores que intervienen en su producción, con el objetivo de trazar pautas para mejorar estos indicadores, por esta razón se decidió realizar esta investigación para dar salida a la pregunta de la investigación.

Problema: ¿Cuál es el nivel de conocimiento del síndrome de flujo vaginal en mujeres embarazadas en el Consultorio N° 41 del área de salud Norte de Ciego de Ávila?

Hipótesis de investigación: El diseño y aplicación de una propuesta de intervención educativa, pudiera elevar el nivel de conocimientos de las embarazadas sobre el síndrome de flujo vaginal así como favorecer prácticas saludables de salud sexual en el área de salud Norte de Ciego de Ávila.

OBJETIVOS

Objetivo general: Evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención para elevar conocimientos relacionados el síndrome de flujo vaginal en mujeres embarazadas en el Consultorio N^o 41 del área de salud Norte de Ciego de Ávila

Objetivos específicos:

1. Caracterizar la muestra según algunas variables sociodemográficas en la población de estudio.
2. Determinar el nivel de conocimientos de las féminas sobre síndrome de flujo vaginal.
3. Aplicar una estrategia de intervención diseñada al efecto.
4. Evaluar la modificación del nivel de conocimientos después de la intervención.

MARCO TEÓRICO

La calidad de un servicio de salud depende, de la competencia del capital humano que en él labora, pero además de ser competentes es importante y vital la calidad del desempeño la cual está indisolublemente ligada en primer orden, al nivel de conocimientos de sus profesionales, técnicos y demás trabajadores así como a las habilidades o prácticas, actitudes y valores, o sea que, el factor decisivo es el recurso humano que en él labora y la calidad del mismo. De ahí la importancia que la preparación que los profesionales del sector salud deban exhibir para estar en sintonía, con los cambios operados en el mundo, a partir de sucesos trascendentes en las ciencias médicas como el surgimiento de una nueva corriente en la medicina denominada medicina basada en evidencias, el incremento acelerado de las publicaciones, las exigencias que impone la revolución científico-técnica, el aumento acelerado de la migración económica, el desarrollo de las tecnologías de la información y las comunicaciones, y el contexto socio-político y económico internacional (14,15).

El nivel de conocimientos como elemento regulador para la integralidad de los profesionales se pudiera definir como...” el conjunto de información con valor agregado... es algo genérico que se atribuye al agente para explicar el «porqué» de su comportamiento. (16)

En el nivel de conocimiento:

- Los sistemas son agentes racionales.
- El medio es el conocimiento.
- Los componentes son objetivos, acciones y cuerpos: un agente está compuesto por un conjunto de objetivos, un conjunto de acciones, un cuerpo físico con el que interactúa con el entorno y un cuerpo de conocimientos que contiene todo lo que el agente conoce en un momento dado.
- La ley de comportamiento es el principio de racionalidad: «si un agente tiene el conocimiento de que una de sus acciones le conduce a uno de sus objetivos, seleccionará esa acción», que se complementa con dos principios auxiliares: «si dos acciones conducen al mismo objetivo, el

agente selecciona ambas» y «si un conjunto de acciones conduce a un objetivo y otro conjunto a otro objetivo, el agente selecciona la intersección de los dos conjuntos de acciones».

- No hay leyes de composición para construir un sistema en el nivel de conocimiento: un agente tiene siempre los componentes mencionados (17,18).

En las últimas dos décadas se ha venido utilizando con mucha fuerza las intervenciones educativas para elevar y mejorar los conocimientos sobre diferentes temáticas, el tema de la presente investigación no escapa a esta tendencia.

Se define la intervención educativa como:

“una labor que contribuye a dar soluciones a determinados problemas y a prevenir que aparezcan otros, al mismo tiempo que supone colaborar con los centros o instituciones, con fines educativos y/o sociales, para que la enseñanza o las actuaciones que desde ellos se generan estén cada vez más adaptadas a las necesidades reales de las personas y de la sociedad en general” (19).

La intervención psicoeducativa, se define como una ciencia social, cuyo ámbito de competencia se refiere a variables sociales y nunca a variables biológicas. Las variables objeto de la intervención, por tanto, serían las que deben tomarse como criterio último para observar el cambio producido, y están referidas tanto al ámbito puramente individual como a los ambientes o contextos. Las acciones se suelen dirigir a completar la intervención básica (educativa y social), innovar esa intervención y optimizar recursos (20,21).

El contenido de la intervención constituye su esencia y viene condicionado por los objetivos, los que a su vez vienen dados por el análisis de necesidades.

Es importante que se parta de la conciencia de necesidad de cambio. Para ello se debe analizar la actual forma de actuación y lograr que los implicados en ellas se concienticen de la posibilidad de mejora de las mismas. Está demostrado que las personas no cambian sus pautas de actuación, y menos

aceptan sugerencias sobre otras nuevas, si no son conscientes de la inadecuación de las mismas (21-23).

Se identifican dos tipos de escenarios:

- Contexto artificial: la intervención se realiza en lugares especiales preparados para tal fin.
- Contexto natural: la intervención se desarrolla en los espacios donde se sitúan los individuos o los grupos a los que va destinada la intervención.

A pesar de que se ha aceptado que una acción individualizada supone también una forma de intervención, se defiende la intervención colectiva frente a tratamientos exclusivamente individuales. La intervención, por tanto, ha de requerir un marco comunitario amplio de acción, entendiendo que las acciones puntuales en situaciones artificiales no pueden formar parte del ámbito estricto de la intervención, sin embargo, sí se considera intervención a los asesoramientos individuales, siempre que estén insertados en un proyecto de intervención más amplio (24).

Se pueden identificar los siguientes niveles de actuación:

- El nivel individual, entendido como tratamiento individualizado.
- El nivel de pequeño grupo, referido a la actuación en un conjunto de individuos situados dentro o fuera de una organización.
- El nivel de la organización, asumiendo la complejidad de la misma.
- El nivel de acción de amplio espectro, dirigido a instituciones, comunidad, macro contextos, cultura, etcétera (24).

Se han planteado cuatro funciones principales de la intervención educativa:

- Terapéutica: desarrolla actividades de tipo correctivo ya que pretende dar soluciones a determinados problemas que ya se han manifestado.
- Preventiva: está dirigida a evitar la aparición de dificultades. Se trabaja, por tanto, en la detección precoz de los problemas para diseñar la ayuda necesaria. Este planteamiento se basa, entre otros aspectos, en el menor coste en recursos humanos y económicos de los programas preventivos frente a los programas de intervención en la crisis. Conlleva

conocer los factores de riesgo mediante análisis previos. Estos análisis pueden estar insertos también en el diagnóstico de necesidades.

- Desarrollo: no pretende cubrir déficit ni evitar una previsible aparición de los mismos. Se trata de una concepción de la intervención a la que subyace un enfoque “no problemático”, que pretende promover el crecimiento y la madurez individual y social.
- Intervención Social: desde esta perspectiva se toma el contexto, no solo como posible causa o como fuente y origen de los hechos, sino, como medio en el que el profesional promueve directa o indirectamente cambios, hasta el punto de ser ‘instrumento-agente’ de cambio social.(25,26,27).

En general, se suele defender el carácter preventivo frente al mero tratamiento. La función preventiva es un concepto estrechamente relacionado a la intervención, hasta tal punto que se puede decir que uno justifica al otro, y muchos autores identifican como única función de la intervención la prevención. Sin embargo, actualmente, se concibe y defiende que la intervención no sólo debe dirigirse a reducir el riesgo futuro sino también a optimizar o mejorar todos los ámbitos personales susceptibles de mejora (función de desarrollo), y a no percibir solo los déficit en los individuos que los padecen sino en los contextos que los provocan (intervención social (27,28)).

Para garantizar un mayor éxito en la intervención es necesario la implicación de las personas que van a formar parte del programa, tanto en la elección como en la planificación, puesta en práctica y evaluación, para que sea concebido como una tarea de equipo. Son las distintas personas implicadas en la tarea de intervención las que deben dar respuesta a las necesidades y, por tanto, las que deben tener la motivación suficiente para llevar a cabo las acciones requeridas, esto se consigue más fácilmente si estas personas participan en las decisiones que afectan a las distintas fases de desarrollo del programa. Si se les presenta como un programa concebido y planificado desde fuera, lo verán como algo ajeno a ellos, lo que puede dar lugar a que no se impliquen en el grado necesario (29,30,31).

La intervención debe relacionarse con la investigación, de modo que permita guiar el proceso de intervención, observar la eficacia de la intervención, valorar el cambio producido e, incluso, validar o falsear principios teóricos sobre los que se sustentan los procesos de intervención. Para ello se requiere una sistematización de la intervención, tanto en el diseño como en el desarrollo de la misma, a la vez que una evaluación de los distintos momentos del proceso. Al inicio, como diagnóstico; durante el desarrollo de la misma para corregir y mejorar objetivos y procedimientos; y tras su finalización, con el objetivo de valorar los cambios (32).

Diversos temas han sido abordados mediante el uso de la intervención educativa, mas existen otros que con la aplicación de esta técnica pueden arrojar resultados significativos y muy importantes porque además involucra pacientes lo que permite elevar los conocimientos de los mismos y trabajar de esta manera sobre los estilos de vida inadecuados tan dañinos para la salud.

En este sentido en la presente intervención educativa se trabajó el tema sobre síndrome de flujo vaginal en las embarazadas y el nivel de conocimientos de los participantes del estudio sobre los mismos.

Las infecciones del aparato genital femenino, además de los problemas físicos y emocionales que ocasionan en las pacientes, constituyen una pérdida económica de proporciones apreciables al sistema de salud, tanto en las mujeres de países industrializados como en la población femenina de países en vías de desarrollo (32,33).

Entre los factores que pueden explicar la mayor frecuencia de estas infecciones se incluyen: el aborto provocado que, en los países en vías de desarrollo, constituye una causa importante de graves y mortales cuadros infecciosos; el aumento de las exploraciones diagnósticas gineco-obstétricas, fomentadas por los avances tecnológicos y el aumento de las intervenciones quirúrgicas abdominales y vaginales. En todos estos procedimientos se altera el ecosistema natural del aparato reproductor femenino o se produce la introducción de gérmenes patógenos externos. Otro factor importante lo constituye el explosivo aumento de las infecciones de transmisión sexual, principal fuente de infecciones exógenas (30-33).

El uso de dispositivos intrauterinos y de duchas vaginales, la conducta sexual promiscua, el embarazo, los tratamientos hormonales y el padecimiento de enfermedades que produzcan depresión del sistema inmunológico, como la diabetes mellitus descompensada y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, constituyen otros factores que predisponen a la mujer a estas infecciones (12-17).

Las manifestaciones clínicas de las infecciones del aparato genital femenino son muchas y variadas, desde una simple vaginitis hasta el shock séptico, con una serie de cuadros intermedios y progresivos como la endometritis, la salpingitis, los abscesos tuboováricos, la pelvi peritonitis y la peritonitis, así como complicaciones durante la gestación, en el posparto y en el puerperio (26-29).

Esta entidad es universal aunque antes era ignorada por la comunidad médica o considerada como una molestia menor para las mujeres. Además de los muchos problemas emocionales y físicos relacionados con la vaginitis, la pérdida económica que ha ocasionado es de proporciones relevantes. Dicha entidad afecta tanto a las mujeres de países industrializados como a la población femenina de países en vías de desarrollo. No se refieren diferencias en relación con razas u origen étnico (16).

Es una infección diagnosticable entre el 5 % y el 15 % de las mujeres que acuden a las consultas de Ginecología, y en el 33 % de las mujeres en edad reproductiva que padecen de vulvovaginitis. Con excepción se observa en la primera y segunda infancia (16).

Un estudio realizado entre 407 mujeres que consultaron en una clínica brasileña de planificación familiar para iniciar el uso de anticonceptivos mostró que 35 % tenían infecciones del aparato reproductivo. La VB (26 %) y Clamidia (7 %) fueron los tipos de infección más comunes. La VB es la causa más común de morbilidad de infecciones vaginales, incluyendo la descarga vaginal. A menudo no se reconoce correctamente a pesar de ser la causa del 40-50 % de las infecciones vaginales. Sin embargo, la VB es una condición clínicamente definida que se diagnóstica con frecuencia en la atención primaria, aunque los cambios en su nomenclatura, los microorganismos causantes, así como en el

tratamiento han causado confusión. Corrientemente es vista como un cambio en el ecosistema vaginal normal de bacterias aerobias a anaerobias resultando en una descarga de mal olor (1-19).

Algunos estudios sobre la epidemiología de la VB indican que estaba relacionada con un historial de actividad sexual, embarazo, trichomoniasis anterior o enfermedades de transmisión sexual y el uso de contraceptivos, en particular por el uso de dispositivos intrauterinos (DIU). Bartlett y col. analizaron el contenido vaginal obtenido entre los días 3 a 5 durante el ciclo menstrual de 5 mujeres voluntarias. En ellas se encontró concentración disminuida de grampositivos, cocos y bacilos, mientras que en mujeres estudiadas en la semana premenstrual la concentración de organismos anaeróbicos permaneció constante (16,17).

Los factores responsables del cambio de la flora son desconocidos y hay muchos aspectos por aclarar, como la asociación de los estrógenos y la introducción de un nuevo compañero sexual. Aunque la VB está asociada con la tenencia de múltiples parejas sexuales, no está claro si la enfermedad es adquirida por la introducción de un agente transmitido sexualmente. Por otro lado las mujeres sexualmente inactivas son afectadas con poca frecuencia (17).

La vaginosis bacteriana (VB) es un síndrome clínico resultado de la sustitución de la flora vaginal normal de lactobacilos productores de peróxido de hidrógeno por altas concentraciones de bacterias anaeróbicas (*Prevotella* sp. y *Mobiluncus* sp.), *Gardnerella vaginalis* y *Mycoplasma homini*. Esta condición se considera la causa más frecuente de descarga vaginal y mal olor, sin embargo la mitad de las mujeres en las que se encuentran criterios clínicos de la entidad se mantienen asintomáticas (23-28).

Existen múltiples causas de descarga vaginal que pueden agruparse en infecciosas, descarga secundaria a cambios hormonales y otras causas. Estas causas pueden resumirse de la forma siguiente:

A.- Infecciosas:

- Vaginosis bacteriana.
- Candidiasis vulvovaginal.

- Vaginitis por trichomonas.

- Cervicitis mucopurulenta

(*C. trachomatis*).

- Blenorragia.

- Condiloma acuminado.

- Herpes virus tipo 2.

- Vaginosis citolítica.

B.- Descarga vaginal secundaria por cambios hormonales:

- Leucorrea fisiológica.

- Vaginitis atrófica.

C.- Otras causas:

- Vaginitis química/alérgica (por cuerpo extraño).

- Vaginitis inflamatoria descamativa (liquen plano erosivo).

- Cervicitis crónica.

- Ectropión cervical.

- Polipos cervicales.

- Cáncer endometrial y cervical.

- Enfermedades vasculares por colagenosis.

La flora vaginal normal es un ecosistema dinámico que puede alterarse con facilidad. Las secreciones vaginales tienen una composición que incluye moco cervical, secreciones transudadas a través de la pared vaginal y varía la cantidad con la edad, la fase del ciclo menstrual, la excitación y la actividad sexual, los contraceptivos, embarazos, frecuencia y estado emocional (30-32).

Las secreciones vaginales normales se caracterizan por ser:

- Inodoras.
- Claras o blancas.
- Viscosas.
- Homogéneas o algo floculentas con elementos aglutinados.
- pH ácido < 4,5.
- No fluyen durante el examen del espéculo.
- Sin neutrófilos polimorfonucleares (PMNs).

La VB es la más común infección del tracto genital inferior que se encuentra entre las mujeres en edad reproductiva. Esta condición puede considerarse mejor como un síndrome vaginal asociado con una alteración de la flora normal más que una infección específica a algún microorganismo. En la misma, los lactobacilos normalmente predominantes se reemplazan por un conjunto de microorganismos, incluyendo *Gardnerella vaginalis* y anaerobios (27-29).

Las pacientes con infecciones vaginales o cervicales presentan síntomas variados. Refieren principalmente una descarga desagradable. El interrogatorio en la primera visita debe dirigirse hacia la naturaleza de los síntomas y abarcar una serie de problemas que pueden no ser expresados por la paciente. La respuestas a estas preguntas pueden ayudar a enfocar las posibles causas de la infección y con el examen físico complementar para la terapia subsecuente después del diagnóstico de laboratorio (19,20).

Muchas pacientes se quejan de una descarga vaginal excesiva o que mancha su ropa interior y que tiene un olor fétido a pescado. La causa del olor es la producción de aminas debido a las múltiples bacterias en la vagina. El olor fétido puede ser más marcado después de una relación sexual sin protección, debido a que el fluido seminal alcalino favorece más el mal olor (20).

Las observaciones al examen físico pueden hacer sospechar al médico de la presencia de la enfermedad, considerando que el examen microscópico de las secreciones vaginales puede producir elementos de diagnóstico contundentes. Cuando las pacientes con VB reposan en posición supina, una descarga blancuzca o grisáceo-blanca se observa en el introito vaginal; la vulva generalmente no se observa edematosa o eritematosa (20).

Al examen con espéculo se visualiza una descarga espesa, homogénea que puede ser fácilmente retirada de las paredes vaginales y el cérvix, como si se hubiera vertido un vaso de leche en ella. En muchas pacientes, las secreciones vaginales tienen un olor fétido (a pescado) y la presencia de burbujas (espuma) (20).

El principal objetivo del tratamiento es eliminar las manifestaciones y signos de la infección vaginal, por tanto toda mujer con sintomatología requiere de tratamiento. En la actualidad, el metronidazol se ha reconocido como

medicamento altamente efectivo contra anaerobios y moderadamente activo contra *G. vaginalis* (21,22).

El régimen recomendado en mujeres gestantes, incluye metronidazol, 500 mg por vía oral, 3 veces al día / 7 días, asociado con metronidazol gel 0,75 %, 5 gramos intravaginal, por 5 días; o lindamicina 300 mg por vía oral, 2 veces al día/ 7 días, más clindamicina crema 2 %, 5 g intravaginal al acostarse/ 7 días. Un régimen alternativo consiste en el uso de metronidazol (2g en dosis única), pero esta variante tiene menos eficacia en la VB (21,22).

Otras opciones de tratamiento pueden ser dosis únicas de secnidazol o tinidazol con los cuales se obtiene una cura entre el 59 y 96% de los pacientes. El secnidazol es bien tolerado y sus efectos adversos son en su mayoría gastrointestinales (22).

El tratamiento de la pareja no está recomendado por el momento. No se reconoce una equivalencia clínica de la VB en el hombre y no se ha demostrado que el tratamiento en el hombre sea beneficioso para el paciente y su pareja (22).

La frecuencia de VB en las mujeres sexualmente activas ha llevado a la conclusión de que la VB se transmite por contacto sexual. La recolección frecuente de *G. vaginalis* de los compañeros sexuales masculinos ha reforzado ese concepto. Sin embargo, algunos autores no encontraron relación entre la recurrencia de VB y el aislamiento de *G. vaginalis* de los compañeros sexuales masculinos. La enfermedad se transmite de una forma más compleja, y la fisiopatología de esta infección nos vuelve renuentes a etiquetar a la VB como una enfermedad de transmisión sexual. En un estudio se aislaron especies de *Mobiluncus* ya sea de la vagina y/o del recto en 29 de 34 mujeres (85%) con VB, lo que sugiere con fuerza que el recto puede ser una reserva para estos organismos. Presentan evidencias de transmisión sexual los estudios que muestran una estrecha correlación entre la cantidad de compañeros sexuales 30 días antes del examen en las mujeres con y sin VB, con tasas mayores en el caso de las mujeres con más de 5 compañeros a lo largo de su vida (22).

La transmisión sexual inequívoca de vaginosis bacteriana permanece sin comprobarse (21).

La VB no es un síndrome nuevo pero sí una enfermedad ya reconocida. Es el tipo de infección vaginal más común en todo el mundo entre las mujeres en edad reproductiva y representa cuando menos 1/3 de todas las infecciones vulvovaginales. La VB no es provocada por un patógeno único sino que es un síndrome clínico polimicrobiano que se distingue por una secreción vaginal anormal y una alteración de la ecología microbiana normal de la vagina con desplazamiento de la flora lactobacilar. Aún cuando no se entiende por completo la patogénesis y la transmisión de VB, es posible en la actualidad hacer un diagnóstico exacto en base a la presencia de cuando menos 3 de los 4 criterios clínicos propuestos por Amsel y col. descarga homogénea; pH superior a 4,5; prueba de "olor aminado" positiva y presencia de células indicadoras. Las pacientes con VB pueden no presentar síntomas. Cerca del 50 % de todas las pacientes con VB no se quejan de descargas anormales. La transmisión sexual inequívoca de VB permanece sin comprobarse. El tratamiento actual con metronidazol oral y vaginal o clindamicina oral y vaginal es efectivo (22).

Las infecciones del aparato genital femenino constituyen un problema importante de la práctica ginecoobstétrica. Son causa de morbilidad, mortalidad materna y neonatal. Entre los factores que explican su frecuencia están: aborto provocado, aumento de intervenciones quirúrgicas e infecciones de transmisión sexual. La prevalencia de las infecciones vaginales estudiadas es de 62 % al examen directo y de 58,6 % con la prueba de aglutinación al látex. La infección vaginal con mayor prevalencia es la vaginosis bacteriana, seguida de candidiasis vaginal y trichomoniosis vaginal. El grupo de edad con mayor prevalencia de estas infecciones es el de 28-37 años. La manifestación clínica más frecuente es la leucorrea. El inicio precoz de las relaciones sexuales, la realización del acto sexual sin protección y el uso de métodos anticonceptivos, estuvieron relacionados con la presencia de estas infecciones vaginales.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para elevar conocimientos relacionados con el síndrome de flujo vaginal en el CMF # 41 del área de salud Norte de Ciego de Ávila, en el periodo comprendido entre mayo 2016 a enero 2017.

Universo y muestra

El Universo de estudio estuvo constituido por 26 gestantes con edades comprendidas entre 15 y 39 años pertenecientes al área de salud antes referida en Ciego de Ávila, en el periodo de estudio referido. La muestra quedó constituida por las 26 gestantes que conformaron el universo de estudio ya que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

1. Gestantes que han aceptado participar en el estudio y han firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

1. Residentes temporales en el área de salud.
2. Gestantes que presenten algún impedimento físico o mental que les impida responder a las preguntas de la investigación.
3. Abandono por decisión propia.

Métodos de obtención de información

Los datos fueron recogidos a través de una encuesta (Anexo II) fuente de información primaria de la investigación, aplicada un antes y después; creada por el autor y aprobada por criterio de expertos del servicio de Medicina General Integral del área de salud del policlínico Norte, Ciego de Ávila.

Dada las características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó la encuesta inicialmente, luego se aplicó la estrategia de intervención

educativa (Anexo III), diseñada para elevar el nivel de conocimientos relacionados con el síndrome de flujo vaginal en la muestra de estudio; luego de esto se aplicó en un segundo momento la encuesta, una semana después de concluida la intervención, para de esta forma dar salida a los objetivos específicos.

Aplicación de la estrategia educativa: constó de las siguientes etapas: diagnóstica, intervención propiamente dicha y de evaluación.

Etapas diagnóstica: los conocimientos sobre síndrome de flujo vaginal fueron identificadas utilizando un cuestionario y sobre las necesidades educativas se elaboró el Programa de Intervención Educativa.

Etapas de intervención propiamente dicha: la muestra se dividió en 2 grupos de 13 embarazadas. Cada intervención se planificó para impartirla en un período de 6 semanas, y para ello se desarrolló 6 sesiones de trabajo, con una frecuencia de una vez por semana para cada grupo de gestantes. Cada encuentro incluyó conferencias y técnicas participativas.

Etapas de evaluación: se aplicó la misma encuesta inicial y evaluó bajo los mismos principios que la inicial, una semana después de finalizada la intervención educativa.

Se utilizó una complementación de la metodología cualitativa y cuantitativa

Métodos del nivel teórico:

- **Histórico-Lógico:** Se utilizó para conocer el desarrollo histórico del tema de investigación y así poder argumentar acerca del estado actual del mismo. Además para lograr un acercamiento al conocimiento sobre el tema en el grupo de estudio del Área de salud del policlínico Norte, y cómo se han comportado las estadísticas de este problema de salud en los últimos años en el mundo, Cuba y Ciego de Ávila.
- **Analítico-Sintético:** Se analizaron y compararon las diferentes literaturas existentes relacionadas con el problema científico. Mediante el análisis se puede conocer que existen factores que condicionan la poca orientación de la familia y la escuela en diferentes temas relacionados con la salud sexual y reproductiva y la prevención del síndrome del flujo vaginal e ITS.

- Inductivo-Deductivo: En función de realizar un razonamiento orientado de lo general a lo particular en los diferentes momentos de la investigación o viceversa.

Métodos del nivel empírico:

La encuesta: Es un método empírico (complementario) de investigación que supone la elaboración de un cuestionario, cuya aplicación masiva permite conocer las opiniones y valoraciones que sobre determinados asuntos poseen los sujetos (encuestados) seleccionados en la muestra.

En correspondencia al problema de investigación que se pretende generalizar, a continuación se estructuró la presente investigación desde una perspectiva cuantitativa. Se procesó estadísticamente los datos obtenidos buscando generalizar la información que describe las manifestaciones del síndrome de flujo vaginal en pacientes embarazadas.

Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	Valor numérico	Según años cumplidos.	Media y desviación estándar.
Nivel de escolaridad	Cualitativa nominal Politómica	Primaria sin terminar. Secundaria. Pre universitario Técnico medio. Universitario.	Según nivel académico alcanzado.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Nivel de conocimientos sobre síntomas	Cualitativa nominal dicotómica	Correctas Incorrectas	Según aplicación del cuestionario antes y después.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Nivel de conocimientos sobre causas	Cualitativa nominal dicotómica	Correctas Incorrectas	Según aplicación del cuestionario antes y después.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Nivel de conocimientos sobre consecuencias del síndrome	Cualitativa nominal dicotómica	Correctas Incorrectas	Según aplicación del cuestionario antes y después.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Nivel de conocimientos sobre ventajas de usar condón	Cualitativa nominal dicotómica	Correctas Incorrectas	Según aplicación del cuestionario antes y después.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Nivel de conocimientos sobre riesgos de cambios de pareja	Cualitativa nominal dicotómica	Correctas Incorrectas	Según aplicación del cuestionario antes y después.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Nivel de conocimientos general	Cualitativa nominal dicotómica	Correctas Incorrectas	Según aplicación del cuestionario antes y después.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

Plan de análisis de los resultados

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información y se resumió en frecuencias absolutas y porcentajes.

Para el análisis de las variables socio-demográficas se utilizó estadística descriptiva de media y desviación estándar. Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre sobre el

Síndrome del Flujo Vaginal, antes y después de la aplicación del programa educativo.

Aspectos éticos

Se pidió a todas las encuestadas seleccionados su consentimiento(Anexo I) para participar en el estudio. Se explicó el carácter voluntario, se insistió en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de los participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación, por lo que cada sujeto leyó, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado.

Se sostuvo una interacción justa y benéfica con los pacientes. Siguiendo de esta forma los principios de Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Título: Intervención educativa sobre conocimientos del síndrome de flujo vaginal de mujeres embarazadas en el Consultorio N° 41 del área de salud Norte de Ciego de Ávila.

Tabla 1. Participantes según edad y nivel de escolaridad. Ciego de Ávila. 2017.

Nivel de escolaridad	N	%	Edad			
			Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Primaria	6	23,1	15,0	1,9	13	17
Secundaria	5	19,2	15,4	1,5	14	18
Preuniversitario	2	7,7	23,0	1,4	22	24
Técnico medio	10	38,5	23,3	4,1	15	28
Universitario	3	11,5	29,7	0,6	29	30
Total	26	100,0	20,6	5,8	13	30

Fuente: Encuesta.

La tabla 1 muestra la distribución de participantes según el nivel de escolaridad vencido y las medidas de tendencia central y de dispersión de la edad, así como sus valores extremos.

Se observó que la mayoría de los participantes pertenecían al nivel de técnico medio (10) para un 38,5% del total seguido por el nivel primario con 6 participantes (23,1%) y el secundario con 5 (19,2%).

La media general de edades de la serie fue de 20,6 años y las observaciones se alejaron de su media en 5,8 años como promedio, con valores mínimos y máximos de 13 y 30 años respectivamente, la distribución de medias de edades entre las categorías de la variable nivel de escolaridad, resultó acorde al orden ascendente de las mismas, así la de menor media de edades resultó el nivel primario con 15,0 años mientras el universitario con 29,7 años, resultaba con la media de edades más elevada.

El tratamiento más eficaz del flujo vaginal es su prevención. La mayoría de las enfermedades importantes de la humanidad han sido controladas mediante la aplicación de estrategias de prevención y no por medio de procedimientos terapéuticos invasivos. El éxito de dichas estrategias depende del conocimiento

general y detallado del fundamento biológico, la causa del cáncer y las condiciones precoces de transformación (23).

El bajo nivel de información de las pacientes y la poca comprensión de la importancia del diagnóstico precoz del síndrome de flujo vaginal influye en el bajo nivel de conocimientos de la muestra de estudio, Castañeda (24), este plantea que el riesgo es casi doble entre analfabetas o con educación primaria asociada al bajo o poco nivel de gestión de la información por parte del equipo básico de salud en atención primaria.

Tabla 3. Participantes según nivel de conocimientos sobre síntomas de flujo vaginal evaluado antes y después de la intervención. Ciego de Ávila. 2017.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Correctas	22	84,6	23	88,5
Incorrectas	4	15,4	3	11,5
Total	26	100,0	26	100,0

Fuente: Encuesta.

Prueba de McNemar $p = 1,000$

La tabla 3 muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos sobre grupos de riesgo para el desarrollo sobre síntomas de flujo vaginal, evaluado antes y después de desarrollar el programa capacitante.

Se pudo observar que antes de comenzar la intervención, 22 de los participantes presentaron un nivel de conocimientos adecuados sobre los grupos de riesgo susceptibles para un elevado 84,6% del total, mientras que solo 4 (15,4%), respondían erradamente los ítems consignados en el cuestionario.

Una vez finalizada la capacitación, el nivel de conocimientos adecuados aumentó en un paciente, y a pesar de terminar elevado el número de respuestas adecuadas, la modificación de conocimientos no resultó significativa por los buenos resultados observados en la encuesta inicial.

Algunos autores coinciden que los grupos de riesgo son aquellos con la mayor incidencia de síndrome de flujo vaginal en quienes no se han realizado

periódicamente un examen vaginal con espéculo, casi todas con más de 25 años, como no se realizaron pruebas de detección precoz, no se diagnosticaron a tiempo la afectación (24,25).

Tabla 4. Participantes según nivel de conocimientos sobre causas del síndrome de flujo vaginal evaluado antes y después de la intervención. Ciego de Ávila. 2017.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Correctas	4	15,4	18	69,2
Incorrectas	22	84,6	8	30,8
Total	26	100,0	26	100,0

Fuente: Encuesta.

Prueba de McNemar $p = 0,003$

La tabla 4 muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos sobre causas del síndrome de flujo vaginal, evaluado antes y después de desarrollar la intervención educativa.

Se pudo observar que en la evaluación inicial, solo 4 de los participantes presentaban un conocimiento adecuado sobre los factores de riesgo del SFV señalado para un 15,4% del total mientras que 22 de ellos (84,6%,) no lograban responder adecuadamente las preguntas del cuestionario para este fin.

Al terminar la aplicación del programa y esperar un tiempo prudencial, se repite la aplicación del cuestionario con un total de 18 participantes respondiendo adecuadamente este acápite y elevando el porcentaje de respuestas correctas hasta 69,3%. Esta modificación positiva del nivel de conocimiento, resultó significativa según la interpretación del resultado de la prueba estadística utilizada.

El factor más común del síndrome de flujo vaginal lo constituye la exposición las infecciones de transmisión sexual, aunque en muchos casos es asintomática. Se estima que 70 % de las personas con actividad sexual normal contrae este flagelo a lo largo de la vida y mientras mayor es el número de parejas sexuales, más aumenta el riesgo de adquirirlo (26,27). En esta

investigación hubo cambios favorables en las embarazadas sobre el tema, los cuales se correspondieron con los alcanzados por Cavalcante de Barros (28), quien pudo modificar conocimientos en un alto porcentaje de adolescentes, luego de impartir su estrategia de intervención en un municipio de Río de Janeiro, Brasil.

Tabla 5. Participantes según nivel de conocimientos sobre consecuencias del síndrome de flujo vaginal para la mujer, evaluado antes y después de la intervención. Ciego de Ávila. 2017.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Correctas	16	61,5	23	88,5
Incorrectas	10	38,5	3	11,5
Total	26	100,0	26	100,0

Fuente: Encuesta.

Prueba de McNemar $p = 0,016$

La tabla 5 muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos sobre consecuencias del síndrome de flujo vaginal para la gestante, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se pudo observar que en la evaluación inicial, 16 de los participantes presentaban un adecuado nivel de conocimientos para un 61,5% de la muestra mientras que 10 de ellos (38,5%), no lograban identificar las respuestas correctas de los ítems consignados en la encuesta.

Una vez finalizado el programa educativo y reaplicado el cuestionario, el número de participantes con conocimientos adecuados se elevó a 23 (88,5%), siendo esta modificación, positiva y significativa en base al resultado de la prueba estadística con un valor de la p calculada muy inferior a 0,05.

En la percepción de riesgo sobre las enfermedades de transmisión sexual los estudios mostraron que posterior a la intervención educativa aumentó la

percepción de riesgo en el grupo de mujeres jóvenes (16 a 24 años). Por su parte aumentó la intención de utilización del condón como protección en las relaciones sexuales en mujeres activas sexualmente. En uno de los estudios que abordaron esta temática se observaron diferencias significativas en el grupo que recibió una intervención educativa (31).

Tabla 6. Participantes según nivel de conocimientos sobre las ventajas de usar el condón durante el embarazo, evaluado antes y después de la intervención. Ciego de Ávila. 2017.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Correctas	11	42,3	17	65,4
Incorrectas	15	57,7	9	34,6
Total	26	100,0	26	100,0

Fuente: Encuesta.

Prueba de McNemar $p = 0,031$

La tabla 6 muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos sobre las ventajas de usar el condón durante el embarazo, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se observó que antes de la aplicación de la intervención capacitante, solo 11 de los participantes presentaban un nivel de conocimientos adecuado para el 42,3% del total mientras que 15 de ellos no calificaban con respuestas correctas en este acápite del cuestionario.

Al aplicar por segunda vez la encuesta, ya un tiempo prudencial de terminar con la intervención comunitaria, los participantes con respuestas consideradas adecuadas aumentaron a 17 para un 65,4% que aunque no resultó en un aumento porcentual considerable, resultó suficiente para ser considerado significativo por la prueba de McNemar.

Tabla 7. Participantes según nivel de conocimientos sobre riesgos que tienen las personas que cambian frecuentemente de parejas sexuales, evaluado antes y después de la intervención. Ciego de Ávila. 2017.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Correctas	9	34,6	17	65,4
Incorrectas	17	65,4	9	34,6
Total	26	100,0	26	100,0

Fuente: Encuesta.

Prueba de McNemar $p = 0,057$

La tabla 7 muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos sobre riesgos que tienen las personas que cambian frecuentemente de parejas sexuales, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se observó que en la encuesta diagnóstica realizada al comienzo de la investigación, solo 9 de los participantes presentaban un nivel de conocimientos adecuado para el 34,6% de la muestra, y 17 personas (65,4%) no marcaban los ítems correctos de la encuesta.

Una vez terminado el proceso de intervención y aplicada la encuesta nuevamente, las cifras se invirtieron y las respuestas correctas se elevaron a 17 de los participantes para un 65,4% lo que resultó en una modificación significativa y positiva.

Los autores de un estudio piloto coinciden con las observaciones realizadas por Sobel JD, en las cuales se plantea que el cambio frecuente de parejas promueve la infección por trichomonas y esta se asocia a otros microorganismos que producen SFV (32,33).

Tabla 8. Participantes según nivel de conocimientos general evaluado antes y después de la intervención. Ciego de Ávila. 2017.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Correctas	9	34,6	18	69,2
Incorrectas	17	65,4	8	30,8
Total	26	100,0	26	100,0

Fuente: Encuesta.

Prueba de McNemar $p = 0,012$

La tabla 8 muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos general sobre el Síndrome de flujo vaginal, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se pudo observar que en la evaluación inicial, aplicada como evaluación diagnóstica para identificar las necesidades sentidas de la muestra en esta materia y a su vez como punto de comparación evaluativo, solo 9 (34,6%) de los participantes presentaban un nivel de conocimientos general sobre elementos referentes al SFV.

Ya pasado un tiempo prudencial de terminado el programa de intervención aplicado y evaluada la encuesta por segunda vez, esta cifra se duplicó con 18 participantes evaluados con conocimientos generales adecuados sobre la mencionada enfermedad y logrando de esta forma una modificación del nivel de conocimientos de forma positiva y significativa según la interpretación de la prueba empleada.

Las intervenciones educativas para la prevención del Síndrome del flujo vaginal son una metodología que se ha comenzado a incorporar como estrategia de prevención en los últimos años, debido a su bajo requerimiento de recursos (humanos y materiales), como la necesidad de aumentar el nivel educacional en la población objetivo, a sabiendas que una población educada en salud mejora sus conductas preventivas, nuestro resultado coincide con los expuestos por diferentes autores donde reafirman que con los actuales avances tecnológicos se podría pensar que las estrategias apuntan a la

utilización de dichas tecnologías a la hora de educar a la población sobre un tema en particular. Sin embargo, es importante considerar los recursos con los cuales se cuenta, las características de la población a intervenir (ej, nivel educacional) y la factibilidad de la aplicación de la tecnología sobre el tema que se desea educar. Las sesiones de discusión y los folletos educativos parecen ser las estrategias más ampliamente utilizadas, debido probablemente a que su bajo costo las hace accesibles y asegura la entrega de la información necesaria. No obstante, es de considerar que su utilización suele no ser la única metodología a emplear, considerando la combinación de éstas entre sí o con otras metodologías, según los recursos disponibles. La importancia final radica en la elección de una metodología que garantice la retención de los contenidos entregados en la población beneficiada (31).

CONCLUSIONES

Quedó demostrada la efectividad de la intervención educativa pues fueron elevados los conocimientos que tenían las gestantes del estudio en el área Norte de salud en Ciego de Ávila, sobre la prevención del Síndrome de Flujo Vaginal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ledesma DA. Bosquejo histórico de la obstetricia. En: Tratado de Obstetricia. León J, editor. Buenos Aires: Edit. Científica Argentina; 1989. p. 1330.
2. Leonardo RA. Historia de la ginecología. Barcelona: Salvat Editores, S.A; 1998.
3. Fariti A. Vaginosis Bacteriana. [citado 23 julio 2012]. Disponible en: http://www.figo-farinati5.com/2003/html_fecha de acceso septiembre 2016. Aproximadamente 8 pantallas.
4. Guthrie D. Historia de la medicina. Barcelona: Salvat Editores, S.A; 1993.
5. Dowd MJ, Philipp EE. Historia de la Ginecología y la Obstetricia. Barcelona: Ed. Kamed; 1995.
6. Guía para la práctica clínica de las infecciones vaginales. Rev Cubana Farm. 2013;37(1).
7. ACOG. Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetriciangynecologist. 2012;72.
8. Ministerio de Salud Pública. Infecciones de transmisión sexual; pautas para su tratamiento. La Habana: MINSAP; 2014.
9. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Cuba. Grupo Nacional de Estadística Ciudad de la Habana. MINSAP; 2005.
10. Gallardo P. comportamiento de las enfermedades de transmisión sexual en pacientes con sepsis ginecológicas. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2011;26(1):10-4.
11. Hay PE, Taylor Rpbinson D. Definig bacterial vaginosis: to BV, that is the question. Int J STDAIDS 1996 Jul;7(4):233-5.
12. Thomason, Gelbart S.M. Current concepts: Bacterial Vaginosis. Kalamazoo, Mich: The Upjohn Company; 2013.
13. Weström L., Evaldson G., Holmes KK, et al. Taxonomy of vaginosis; bacterial a definition. In: Mardh P.A., Taylor-Robinson D., eds. Bacterial vaginosis. Uppala, Stockholm, Sweden: Almaqvist and Wiskell, International, 2012, 250-60.
14. Henriksen SD. Gram negative diplo-bacilli from the genitourinary tract. Acta Pathol Microbiol Scand 1974; 24:184-97.

15. Pheifer TA, Forsyth PS, Durfee MA et al. Nonspecific vaginitis: role of Haemophilus vaginalis and treatment with metronidazole. N Eng J Med 2012; 298:1429-34.
16. Gardner HL, Dukes CD. Haemophilus vaginalis vaginitis: a newly defined specific infection previously classified "nonspecific" vaginitis. Am J Obst Gynecol 2012; 69:962-76.
17. Sweet RL. Role of bacterial vaginosis in pelvic inflammatory disease. Clin Infect Dis 1995 Jun;20 Suppl 2:S271-5.
18. Thorsen P. Few microorganisms associated with bacterial vaginosis may constitute the pathologic core: a population-based microbiologic study among 3596 pregnant women. Am J Obstet Gynecol 1998 mar;178(3):580-7.
19. Colding H. Gynecology: Clinical Update. Bacterial Vaginosis. Kalamazoo, Mich: The Upjohn Company; 1990.
20. Amsel R, Totten PA, Spiegel CA et al. Nonspecific vaginitis: diagnostic criteria and microbial and epidemiological associations. Am J Med 1983; 74: 14-22.
21. Abramowicz M. Drugs for sexually transmitted diseases. The medical letter. On drugs and Therapeutics. Vol 37 (Issue 964) December 22, 1995.
22. Joesoef MR, Schmid GP, Hillier SI. Bacterial vaginosis: review of treatment options and potential clinical indications for therapy. Clin Infect Dis 1997 Jan;28 Suppl 1:557-65
23. Population Referente Bureauw. Alliance for Cervical Cancer Preventive. La prevención del cáncer a nivel mundial. Washington, DC: PATH, 2014.
24. Reyes Montalvo M. Estudio sobre conocimientos y percepción del riesgo en ITS/VIH/SIDA, Colón. En: Memorias II Foro en VIH/SIDA/ITS. Palacio de las Convenciones. La Habana, 2013.
25. OPS. Un modelo de prevención primaria de las Enfermedades de transmisión Sexual y del VIH/SIDA en adolescentes. Rev. PANM Salud Pública 2011; 10(2): 86 -94.
26. Internacional Agency Research on Cancer-World Health Organization. Cervix Cancer Screening. Lyon: IARC Press, 2015.

27. Maehama T. Epidemiological study in Okinawa, Japan, of human papillomavirus infection of the uterine cervix. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2015; 13(2):77-80.
28. Cavalcante de Barros D. Consumo alimentar de gestantes adolescentes no Municipio do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 2014; 20(1):115-211.
29. Wisner C, Touar S, Cendels R, Vejerano M. Organización de los servicios de Salud para el control del cáncer de cuello uterino en el municipio Soacha (Colombia). *Rev Colomb Cancerol* 2014; 10(2):98-108.
30. Wiesner C, Vejerano M, Touar S, Carcedo JC, Cendales R. La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia. Representaciones sociales, barreras y motivaciones. *Rev Salud Pública* 2014; 8(3):185-96.
31. Leung Sh, Leung I. Cervical cancer screening: knowledge, health perception and attendance rate among Hong Kong Chinese women. *Int J Womens Health* 2012;2: 221-8.
32. Tyden T, Berg H, Hallen A, Odin V, Olsson SE, Sjoden PO, et al. Evaluation of a STD prevention program for Swedish University Students. *J Am Coll Health*. 1998 Sep;47(2):70-5.
33. Sobel JD. Vaginitis. *N Engl J Med*. 1997;337:896-903.

ANEXOS

Anexo I

Consentimiento de participación en proyecto de investigación médica.

Policlínico Docente Norte de Ciego de Ávila Ciego Ávila

El que suscribe: _____ doy mi conformidad para participar en la investigación "Intervención educativa para evaluar el nivel de conocimiento sobre síndrome de flujo vaginal en mujeres embarazadas. Para dar este consentimiento he obtenido una explicación amplia de la utilidad de la misma por el Doctor _____ quien me ha informado que:

Esta investigación tiene como objetivo principal implementar una estrategia de intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre síndrome de flujo vaginal en mujeres embarazadas.

Esta investigación contribuirá a mejorar el grado de información en este grupo etario sobre temas como: el cáncer cérvico, factores de riesgo y sus consecuencias.

Me han hecho saber que mi participación en el estudio es voluntaria y mi decisión de no aceptar la participación en el mismo no lesionará mis relaciones con los médicos de la atención primaria, los cuales continuarán brindándome asistencia médica eficiente.

Tengo el derecho a retirarme de la investigación cuando lo considere adecuado, sin explicación y sin afectar mis relaciones con el personal de salud.

Voluntariamente firmo este consentimiento junto con el médico que me proporcionó las explicaciones a los ____ días del mes de _____ de 201_.

Participante _____ Firma _____

Médico _____ Firma _____

CUESTIONARIO
Policlínico Docente Norte de Ciego de Ávila
Ciego Ávila

Estimada paciente, nos encontramos realizando una investigación dirigida a un estudio sobre conocimientos del síndrome de flujo vaginal en mujeres embarazadas del área de salud de policlínico Norte de Ciego de Ávila. Esperamos, como siempre, su colaboración. GRACIAS.

Edad: _____

Nivel de Escolaridad:

Primario: _____

Secundario: _____

Pre universitario: _____

Técnico medio: _____

Universitario: _____

1. Señale con una x cuales de las siguientes opciones sobre síntomas de flujo vaginal.

- a) ___ Secreción vaginal abundante.
- b) ___ Picazón
- c) ___ Ardor al orinar.
- d) ___ Dolor al contacto sexual.
- e) ___ Sensación de quemazón.
- f) ___ Secreción con mal olor.
- g) ___ Menstruación irregular.
- h) ___ Dolor lumbar

2. Señale con una x cuales son las causas del síndrome de flujo vaginal.

- a) ___ Aseo genital excesivo
- b) ___ Parásitos vaginales.
- c) ___ Cáncer de cuello uterino.

- d) ___ Examen ginecológico.
- e) ___ Enfermedades de transmisión sexual.
- f) ___ Duchas vaginales.
- g) ___ Cambio frecuente de pareja.

3. Señale con una x cuales son las consecuencias del síndrome de flujo vaginal para la mujer

- a) ___ Inflamación pélvica.
- b) ___ Abortos e infecciones fetales.
- c) ___ La hace más propensa a padecer cáncer de cuello uterino.
- d) ___ Afecta la posibilidad de quedar embarazada
- e) ___ Puede asociarse a enfermedades de transmisión sexual

4. Señala con una x, según tus conocimientos. ¿Cuáles son las ventajas de usar el condón durante el embarazo?

- a) ___ Evita daños al bebé
- b) ___ Estar a la moda
- c) ___ Práctica del sexo protegido.
- d) ___ Evitar el VIH/SIDA.
- e) ___ Protegerse de las Infecciones de Transmisión Sexual.
- f) ___ Complacer a la pareja.
- g) ___ Garantiza seguridad y confianza durante el acto sexual.

5. Según tus conocimientos marca con una x. ¿Cuáles son los riesgos que tienen las personas que cambian frecuentemente de parejas sexuales?

- a) ___ Tener incapacidad sexual
- b) ___ Infectarse con VIH.
- c) ___ Contraer infecciones respiratorias.
- d) ___ Enfermar de Gonorrea
- e) ___ Enfermar de Hepatitis B.
- f) ___ Enfermar de Sífilis.
- g) ___ Presentar verrugas en los genitales

Nivel de conocimientos:

Pregunta 1:

Correctas: Contestar incisos a,b,d,e,f

Incorrectas: Contestar incisos c,g,h

Pregunta 2:

Correctas: Contestar inciso a,b,e,f,g

Incorrectas: Contestar inciso c,d

Pregunta 3:

Correctas: Contestar incisos a,b,d,e

Incorrectas: Contestar incisos c.

Pregunta 4:

Correctas: Contestar incisos a,c,d,e,g

Incorrectas: Contestar incisos b,f

Pregunta 5:

Correctas: Contestar incisos b,d,e,f,g

Incorrectas: Contestar incisos a,c

Calificación Final:

Correctas: Contestar 3 preguntas.

Incorrectas: Contestar 2 preguntas.

Anexo III

DISEÑO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA **Policlínico Docente Norte de Ciego de Ávila**

La estrategia de intervención consiste en el accionar encaminado a retribuir las necesidades educativas de los pacientes.

Para la ejecución de este trabajo se utilizó un programa educativo para aplicar conocimientos sobre la prueba citológica sensibilizar a las femeninas adultas y promover la realización de la misma.

- Dinámica grupal con debate de situación.
- Debate y reflexión.
- Conferencia, juego de conocimientos.

En cada una de las sesiones de trabajo se irán abordando los problemas identificados (una sesión para cada problema) y última se dedicará a precisar el conocimiento alcanzado por las mujeres.

TEMA # 1

Insuficiente conocimiento de las féminas en cuanto a fisiología de la flora vaginal, cambios fisiológicos y patológicos de la vagina en las diferentes edades.

Objetivo: Elevar los conocimientos de las mujeres en cuanto a fisiología de la flora vaginal , cambios fisiológicos y patológicos de la vagina en las diferentes edades.

Acciones:

1. Realizar presentación del grupo mediante técnica participativa
2. Realizar una breve introducción del curso y los objetivos que este persigue.
3. Explicar de manera breve aspectos relacionados con la fisiología de la vagina, abordando el concepto de flora vaginal y sus principales características
4. Explicar los cambios fisiológicos y patológicos de la vagina en las diferentes edades.

Tipo de actividad :Conferencia y técnicas participativas.

Duración :45 minutos

Recursos :Hojas,bolígrafos y/o lápices

TEMA # 2.

Insuficientes conocimientos de las mujeres sobre sepsis vaginal

Objetivo: Elevar los conocimientos sobre las causas más frecuentes de sepsis a nivel de la mucosa vaginal

Acciones:

5. Explicar brevemente aspectos esenciales relacionados con la sepsis vaginal, para ello se deben abordar el concepto de la misma, la clasificación, el cuadro clínico y el modo de diagnosticar la enfermedad.

6. Debatir sobre las principales formas de adquisición de las infecciones vaginales.

7. Valorar el papel individual en la prevención de la sepsis vaginal.

8. Reflexionar en la necesidad de lograr un accionar preventivo en torno a esta temática para evitar las complicaciones biológicas, psicológicas y sociales que ocasionan estas enfermedades.

Tipo de actividad :Conferencia y técnicas participativas.

Duración :45 minutos

Recursos :Hojas,bolígrafos y/o lápices

TEMA # 3 Insuficiente conocimiento sobre riesgos y complicaciones que ocasionan las infecciones vaginales

Objetivos:

Elevar los conocimientos sobre riesgos que traen para la embarazada la sepsis vaginal.

Explicar las complicaciones que ocasiona la sepsis vaginal.

Acciones:

1. Debatir sobre los riesgos que traen para la embarazada , el contraer una enfermedad de tipo vaginal.

2. Explicar las complicaciones más frecuentes que pueden aparecer en la embarazada al padecer una enfermedad de infección vaginal.

- Enfermedad pélvica inflamatoria.
- Cervicitis
- Vaginitis
- Infertilidad
- Cáncer del cuello uterino.

En mujeres embarazadas:

- Embarazo ectópico.
- Rotura prematura de membranas.
- Parto prematuro.
- Bajo peso al nacer.

5. Realizar una valoración reflexiva sobre las conductas que debe mantener la embarazada y su pareja con vistas a evitar contraer una infección vaginal.

6. Reflexionar en la necesidad de lograr conductas responsables, en cuanto a relaciones sexuales se trate, con el propósito de evitar contraer una enfermedad de este tipo.

Tipo de actividad :Conferencia y técnicas participativas.

Duración :45 minutos

Recursos :Hojas,bolígrafos y/o lápices, computadoras, pendrives

TEMA # 4 Conductas inadecuadas de las féminas sobre la sexualidad y uso del condón y su importancia, así como la automedicación y uso prolongado de medicamentos antimicrobianos.

Objetivos: Orientar acciones que eleven el nivel de conocimiento sobre sexualidad responsable.

Orientar sobre métodos anticonceptivos y su eficacia.

Orientar sobre la técnica e importancia del uso del condón.

Explicar los riesgos de la automedicación y de los tratamientos prolongados

Acciones:

8. Explicar brevemente en que consiste la sexualidad responsable, haciendo referencia a los peligros que puede traer consigo, para las embarazadas practicar conductas sexuales riesgosas.

9. Debatir sobre los factores de riesgo reproductivo y la importancia de la consulta de seguimiento programada en Atención Primaria para detectar estos riesgos y su modificación.

10. Comentar sobre métodos anticonceptivos eficaces, haciendo referencia a qué son los métodos anticonceptivos y en qué consisten.

11. Debatir sobre la importancia del uso del condón como método anticonceptivo y como barrera para evitar las infecciones de transmisión sexual.

12. Comentar y debatir sobre la técnica correcta de colocación del preservativo.

13. Explicar la conducta a seguir por la embarazada, una vez que sospeche tener una infección vaginal.

14. Reflexionar sobre los riesgos que trae consigo la automedicación, así como el uso de tratamientos de manera prolongada.

15. Debatir sobre las complicaciones que puede traer para la vida de la embarazada y el feto no realizar un adecuado seguimiento y tratamiento de las infecciones vaginales, por el facultativo.

16. Brindar algunos consejos útiles para lograr estilos de vida saludables y calidad de vida para la embarazada y su bebé.

Tipo de actividad :Conferencia y técnicas participativas.

Duración :45 minutos

Recursos :Hojas,bolígrafos y/o lápices, computadoras y pendrives

En esta sesión de trabajo se vinculará a la pareja con el objetivo de incentivarlos en el logro de estilos de vida saludables para la embarazada y la familia.

Evaluación:

Se basa en el juicio con que culmina el análisis del logro de los objetivos. La evaluación del aprendizaje es una parte esencial del proceso de enseñanza aprendizaje que posibilita su propia dirección, así como el control y la valoración de los modos de actuación que el auditorio, en este caso las embarazadas, adquieren en el transcurso de la estrategia, al comprobar el grado con el que se alcanzan los objetivos propuestos.

Se propone que si en el transcurso de las diferentes actividades alguna de las embarazadas demuestra que no ha alcanzado los conocimientos suficientes de acuerdo a los objetivos propuestos, el profesional a cargo de la actividad podrá diseñar otras acciones con el fin de cumplir la finalidad de la estrategia.

El proceso de evaluación será realizado al finalizar las sesiones de trabajo, para medir el conocimiento adquirido por las embarazadas sobre sepsis vaginal y su prevención.