

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA**



**“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y
RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN
ANTONIO DEL MONTE”**

PRESENTADO POR:

DOUGLAS ISAAC VASQUEZ LARA
ANDREA MARÍA VELASCO RIVAS

PARA OPTAR AL GRADO DE:

DOCTOR EN MEDICINA

ASESOR:

DRA. OTILIA MENJIVAR DE ARÓSTEGUI

**Ciudad universitaria “Dr. Fabio Castillo Figueroa”, San Salvador, El Salvador
septiembre 2025**

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD

RECTOR

M.Sc. Juan Rosa Quintanilla

VICERRECTORA ACADÉMICA

Dra. Evelyn Beatriz Farfán

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

M.Sc. Roger Arias

SECRETARIO GENERAL

Lic. Pedro Rosalío Escobar Castaneda

AUTORIDADES DE LA FACULTAD

DECANO

Dr. Saúl Díaz Peña

VICEDECANO

Lic. Franklin Arnulfo Méndez Durán

SECRETARIO

Msp. Roberto Carlos Hernández Marroquín

DIRECTOR DE ESCUELA DE MEDICINA

Dr. Douglas Alfredo Velásquez Raimundo

DIRECTORA DE ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

Msp. Mónica Raquel Ventura de Ramos

DIRECTO DE ESCUELA DE POSGRADO

Dr. Edwar Alexander Herrera Rodriguez

COORDINADORA DE LOS PROGRAMAS DE MAESTRIAS

Dr. Blanca Aracely Martínez

COORDINADORA DE ESPECIALIDADES MEDICAS

Dra. Claudia Margarita de Blanco.

CONTENIDO

I.	RESUMEN	1
II.	INTRODUCCIÓN.....	2
III.	OBJETIVOS	4
IV.	MARCO TEORICO.....	5
	4.1. Infección vaginal.....	5
	4.2 Factores de riesgo para infecciones vaginales	9
	4.3 Vaginosis en el embarazo	12
	4.3.1 Factores que predisponen a vaginosis en embarazadas	13
	4.3.2 Complicaciones obstétricas	15
	4.4 Diagnostico.....	16
	4.4.1 Diagnóstico de Vaginosis bacteriana.....	17
	4.4.2 Diagnóstico de Candidiasis vulvovaginal	17
	4.4.3 Diagnóstico de vaginitis por Tricomoniasis vaginal	18
	4.5 Tratamiento	18
V.	METODOLOGÍA	20
	5.1 Tipo de investigación	20
	5.2 Período de investigación.....	20
	5.3 Universo y muestra.....	20
	5.4 Variables	21
	5.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	22
	5.6 Plan de recolección de datos	24
	5.7 Procesamiento y análisis de la información.....	24
VI.	CONSIDERACIONES ÉTICA.....	25
VII.	RESULTADOS	26
VIII.	DISCUSIÓN	45
IX.	CONCLUSIONES	48
X.	RECOMENDACIONES.....	49
XI.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	50
XII.	ANEXOS	54

I. RESUMEN

La salud materno-infantil tiene gran impacto en la morbimortalidad perinatal y en el desarrollo infantil. En este contexto, la vaginosis constituye una de las infecciones más frecuentes durante el embarazo, con una prevalencia de hasta el 50%. Su presencia se asocia a complicaciones como parto prematuro, ruptura prematura de membranas, bajo peso al nacer e infecciones puerperales.

El estudio realizado es de tipo descriptivo y retrospectivo, se realizó en la UDS-I San Antonio del Monte entre enero y diciembre de 2024. La muestra incluyó 84 embarazadas diagnosticadas con vaginosis. Se analizaron variables sociodemográficas, antecedentes obstétricos, factores de riesgo y desenlaces perinatales. Los resultados mostraron que la mayoría de las pacientes tenía entre 21 y 35 años, predominando el sobrepeso (39%), la procedencia rural (82%), bajo nivel educativo (70% primaria o menos) y la condición de amas de casa (62%). El 95% presentó al menos un factor de riesgo, siendo los más frecuentes la infección urinaria, las múltiples parejas sexuales y enfermedades crónicas.

En cuanto a desenlaces, el 92% culminó con un recién nacido vivo, el 8% en aborto y ningún caso de mortinato. El 7% presentó parto pretérmino y el 15% ruptura prematura de membranas en partos a término. Las complicaciones neonatales incluyeron bajo peso y sepsis, especialmente en mujeres con procedencia rural, bajo nivel educativo y sobrepeso.

Se concluye que la vaginosis en el embarazo, ligada a determinantes sociales, constituye un factor relevante para complicaciones obstétricas, por lo que hay necesidad de fortalecer la atención prenatal en comunidades rurales vulnerables.

Palabras clave: Vaginosis, Embarazo, Complicaciones perinatales, Factores de riesgo.

II. INTRODUCCIÓN

La salud materno-infantil es un pilar crítico de la salud pública, con implicaciones que trascienden la morbilidad perinatal. Las condiciones de la madre durante la gestación son un factor predictor crucial de los resultados al nacer, con secuelas que perduran en el desarrollo infantil y suponen una carga económica sostenida para los sistemas de salud.

Las infecciones vaginales constituyen una patología prevalente durante el periodo prenatal, en especial, la vaginosis bacteriana con una prevalencia entre el 40 a 50% de los casos, asociándose con un mayor riesgo de complicaciones obstétricas y neonatales, incluyendo: parto prematuro, ruptura prematura de membranas, bajo peso al nacer e infecciones puerperales. Esta condición surge por un desequilibrio en el microbiota vaginal, donde bacterias anaerobias predominan, causando síntomas como leucorrea, olor fétido y ardor vulvar, aunque a veces es asintomática; dichos síntomas pueden conducir a diagnósticos erróneos o tardíos.

En El Salvador, la prematurez continúa representando un desafío significativo para la salud pública. Durante 2023, la tasa de nacimientos prematuros se situó entre un 9% y un 11% del total de nacidos vivos¹, una cifra que se alinea con el promedio global estimado del 10%. Esta alta incidencia se encuentra fuertemente asociada a factores de riesgo multifactoriales, entre los que destacan las infecciones durante el embarazo, los altos índices de pobreza y el acceso limitado a servicios de salud de calidad. Esta problemática se acentúa principalmente en las zonas rurales, donde las barreras de acceso son mayores. Prueba de ello es que solo el 60% de las mujeres en estas áreas logra cumplir con el mínimo de cuatro controles prenatales recomendado²s, una cifra muy por debajo de lo deseable que evidencia las desigualdades en la atención sanitaria y su directa repercusión en los desenlaces perinatales.

A pesar de la emisión de lineamientos técnicos por MINSAL en 2023, los cuales enfatizan un modelo de atención basado en la prevención y el manejo oportuno de las vaginosis bacterianas en el primer nivel de atención, la implementación efectiva de estas directrices

¹ MINSAL. Memoria de labores de junio 2023 a mayo 2024

² Organización Panamericana de la Salud. Salud Mesoamérica: avances en la reducción de la mortalidad materna e infantil en El Salvador [Internet]. 2023 Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/1-12-2023-salud-mesoamerica-avances-reduccion-mortalidad-materna-infantil-el-salvador>

enfrenta varios obstáculos, particularmente en comunidades rurales y de escasos recursos. Estas condiciones son análogas a las documentadas en la población salvadoreña general y la atendida en la UDS-I San Antonio del Monte. Por lo tanto, en El Salvador el perfil epidemiológico de la embarazada en la zona rural refleja una población vulnerable con múltiples desafíos en salud materno-infantil.

En El Salvador, hay poca información sobre el impacto de las vaginosis en el periodo prenatal, especialmente en poblaciones rurales como la atendida en la UDS-I San Antonio del Monte, donde se carece de datos sistematizados sobre infecciones vaginales en embarazadas, lo que dificulta evaluar el cumplimiento de los Lineamientos Técnicos del MINSAL y entender el perfil epidemiológico en esta población rural. En este estudio que se realizó de manera retrospectiva de los casos de vaginosis de 2024 se analiza la relación entre la vaginosis y resultados perinatales; se busca cerrar esa brecha de conocimiento analizando la prevalencia de vaginosis, las características de las pacientes y su relación con complicaciones perinatales. El objetivo es generar evidencia local para mejorar el manejo clínico y reducir riesgos en esta población vulnerable, permitiendo crear recomendaciones específicas para la región en entornos con pocos recursos.

Los hallazgos de esta investigación proporcionarán datos clave para fortalecer la atención prenatal basadas en el perfil epidemiológico local, contribuyendo así a reducir complicaciones y optimizando la calidad de la atención prenatal en la comunidad.

III. OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el perfil epidemiológico de las embarazadas con vaginosis y sus resultados perinatales en UDS-I San Antonio del Monte en el periodo de enero a diciembre de 2024.

1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Caracterizar el perfil epidemiológico de las embarazadas diagnosticadas con vaginosis en UDS-I San Antonio del Monte en el periodo de enero diciembre de 2024.
- 2) Describir el resultado perinatal en embarazadas diagnosticadas con vaginosis y si el tratamiento prescrito se apega a la normativa MINSAL en UDS-I San Antonio del Monte en el periodo de enero diciembre de 2024.

IV. MARCO TEORICO

4.1. Infección vaginal

La vaginosis es una entidad clínica que puede tener múltiples etiologías, puede ser ocasionada por diversos patógenos infecciosos u otros trastornos inflamatorios que afectan principalmente la mucosa vaginal causando una cantidad excesivas de bacterias dando como resultado un desequilibrio en el microbiota normal de la vagina. Esta inflamación puede ocasionar como resultado secreción, picazón y dolor.³

Las infecciones vaginales, manifestadas predominantemente a través del síndrome de flujo vaginal, constituyen uno de los motivos de consulta ginecológica más frecuentes en la práctica clínica diaria. Diversos estudios epidemiológicos han determinado que entre las etiologías más frecuentes de estas infecciones se encuentra la vaginosis bacteriana, con una prevalencia de aproximadamente 40% a 50 %, seguida por las vaginosis micóticas, como la candidiasis vulvovaginal, cuya incidencia oscila entre 20 % y 25 %, y, en menor proporción, la vaginitis causada por *Trichomonas vaginalis*, con una incidencia del 15 % al 20 %⁴. Un desafío central en el manejo de estas afecciones radica en la dificultad para distinguir, tanto para la paciente como para el profesional de salud, entre un flujo vaginal normal (asociado a variaciones fisiológicas y hormonales) y uno patológico.

Este diagnóstico representa un evento común en la vida de la mujer, con un impacto significativo que trasciende lo físico. La vaginosis puede generar ansiedad, vergüenza y preocupaciones sobre la higiene, afectando negativamente la calidad de vida. Para un abordaje acertado, es crucial reconocer que, en una misma paciente, pueden coexistir más de una forma clínica, lo que complejiza el cuadro.

Por esta razón, la historia clínica por sí sola es insuficiente para un diagnóstico certero. Un enfoque integral que combine los hallazgos de anamnesis, el examen físico y la utilización de ayudas diagnósticas (como pruebas de laboratorio o microscopía) es fundamental para identificar el agente causal específico. Solo cuando este no puede identificarse con certeza,

³ García JA, Ramírez SV, Díaz ME. Epidemiología de la vaginosis bacteriana en mujeres gestantes. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2013

⁴ Alemán Mondeja Linet Diana, Almanza Martínez Caridad, Fernández Limia Octavio. Diagnóstico y prevalencia de infecciones vaginales. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2010 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000200008&lng=es

se debe recurrir al tratamiento sintomático, el cual está dirigido a cubrir los patógenos más probables con base en la presentación clínica.

A continuación, se desglosan las causas más comunes de vaginosis infecciosas:

- **Vaginosis bacteriana:** La concentración total de bacterias en la secreción vaginal es de 10^8 a 10^{11} UFC/g de flujo vaginal, de 100 a 1 000 veces mayor que en las pacientes consideradas como sanas. Hasta la década de los 90 se consideró por muchos especialistas que la principal bacteria asociada a la vaginosis bacteriana era *Gardnerella vaginalis*. Estudios moleculares durante los últimos 15 años han demostrado que esta consideración no es totalmente cierta. Muchas son las bacterias implicadas en esta enfermedad y recién se está comenzando a comprender la complejidad de las comunidades microbianas de la vagina con o sin vaginosis bacteriana. Entre las principales bacterias que desde hace algunos años son reconocidas como agentes asociados a la vaginosis bacteriana, y que fueron identificadas por métodos de cultivo encontramos a: *Gardnerella vaginalis*, especies de Bacteroides, *Prevotella*, *Porphyromonas*, *Peptostreptococcus*, *Mobiluncus*, *Mycoplasma*, *Corynebacterium*, *Enterococcus*, entre otras⁵. Entre sus características tenemos que la secreción que produce esta es homogénea, blanca-grisácea, cubren con una capa muy delgada las paredes vaginales, adherente con olor característico a pescado. No hay edema ni irritación, con un pH mayor a 4.5 del entorno vaginal.
- **Vaginosis micótica:** También llamada candidiasis vaginal es una infección ginecológica prevalente causada predominantemente por levaduras del género *Candida*. Si bien se han identificado más de 200 especies, *Candida albicans* es, con mucho, el patógeno más frecuente, responsable de aproximadamente el 85-90% de los casos⁶. A diferencia de los patógenos exógenos, *Candida albicans* es un comensal habitual del microbioma humano, que reside de forma saprofítica y asintomática en la vagina, el tracto gastrointestinal, la cavidad oral y la piel de un gran porcentaje de individuos sanos.

⁵ Ravel J, Gajer P, Abdo Z, Schneider GM, Koenig SSK, McCulle SL, et al. Vaginal microbiome of reproductive-age women. Proc Natl Acad Sci U S A [Internet]. 2011 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3063603/>

⁶ Pappas PG, Kauffman CA, Andes DR, Clancy CJ, Marr KA, Ostrosky-Zeichner L, et al. Clinical Practice Guideline for the Management of Candidiasis: 2016 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis [Internet]. 2016 Disponible en: <https://doi.org/10.1093/cid/civ933>

La transición de este hongo desde un estado de comensalismo inofensivo a uno de patogenicidad sintomática ocurre cuando se altera el delicado equilibrio ecológico de la microbiota vaginal. Este desbalance puede ser desencadenado por diversos factores, entre los que se incluyen el uso de antibióticos de amplio espectro (que erradican las bacterias protectoras del género *Lactobacillus*), cambios hormonales durante el embarazo o el ciclo menstrual, diabetes mellitus no controlada, inmunosupresión (por ejemplo, por corticosteroides o VIH) y el uso de ropa ajustada o húmeda que crea un microambiente propicio para su proliferación. (vaginosis).⁷

El cuadro clínico clásico de la candidiasis vaginal no complicada se caracteriza por la presencia de un flujo vaginal blanco, espeso y grumoso, típicamente descrito como similar al "requesón" o "leche cortada", que suele ser inodoro (lo que ayuda a diferenciarlo de otras vaginosis). Este se acompaña de un intenso prurito (picazón) e irritación vulvovaginal, que pueden ser tan severos que alteran el sueño y la calidad de vida⁸. La inflamación del tejido provoca eritema (enrojecimiento) e edema (hinchazón) de la vulva y las paredes vaginales. Es frecuente la presencia de disuria (dolor al orinar), especialmente cuando la orina entra en contacto con el tejido vulvar inflamado. En la exploración física, a menudo se observan placas blanquecinas adherentes sobre la mucosa eritematosa, que al ser removidas pueden dejar un lecho eritematoso e incluso sangrante, signo de la invasión del epitelio por parte del hongo.

- **Vaginosis por tricomonas:** La tricomoniasis, causada por el protozoo flagelado *Trichomonas vaginalis*, representa la infección de transmisión sexual no viral más prevalente a nivel global⁹. Este parásito es un microorganismo anaerobio facultativo, de forma ovoide y pleomórfico, con unas dimensiones que oscilan entre los 10 y 20 µm

⁷ Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep [Internet]. 2021 Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/rr/rr7004a1.htm> DOI: 10.15585/mmwr.rr7004a1

⁸ Yano J, Sobel JD, Nyirjesy P, Sobel R, Williams VL, Yu Q, et al. Current patient perspectives of vulvovaginal candidiasis: incidence, symptoms, management and post-treatment outcomes. BMC Womens Health [Internet]. 2019 Disponible en: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-019-0748-8>

⁹ World Health Organization. Trichomoniasis [Internet]. Geneva: WHO; 2023 Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/trichomoniasis>

de longitud. Su característica morfológica más distintiva es la presencia de cuatro flagelos anteriores y un flagelo recurrente que se une a una membrana ondulante a lo largo de la superficie celular; esta estructura única es la responsable de la movilidad espasmódica y rápida que exhibe el protozoo y que suele ser un hallazgo diagnóstico clave en el examen microscópico en fresco.

La patogenicidad de *Trichomonas vaginalis* está intrínsecamente ligada a su compleja superficie celular. La membrana externa presenta una variedad de proteínas adhesinas (como la proteína de adhesión de *Trichomonas*, TAP) que le permiten adherirse firmemente a las células epiteliales del tracto urogenital, evitando ser arrastrado por el flujo vaginal o la orina¹⁰. Una vez adherido, el parásito secreta una serie de factores de virulencia, incluyendo cisteína proteinasas y una enzima llamada triquinina, que causan lisis directa de las células epiteliales, desestabilizan la barrera mucosa y desencadenan una respuesta inflamatoria local intensa. Esta respuesta inmune, aunque destinada a controlar la infección, es en gran parte responsable de la sintomatología clínica.

El cuadro clínico de la tricomoniasis sintomática es notablemente característico, aunque un alto porcentaje de infecciones pueden ser asintomáticas, lo que facilita su transmisión silenciosa. En las mujeres sintomáticas, la presentación clásica incluye una secreción vaginal copiosa, de color amarillo-verdoso o grisáceo, de consistencia espumosa o burbujeante y con un olor fétido y fuerte que a menudo se describe como "maloliente". Este flujo se acompaña de una intensa vulvovaginitis con eritema marcado de la mucosa vaginal y del cuello uterino, que puede presentar un aspecto punteado y hemorrágico conocido como "cuello uterino en fresa" o colpitis macularis¹¹. Los síntomas subjetivos más comunes son el prurito vulvar intenso, disuria y sensación de irritación. En casos menos frecuentes, la infección puede ascender y causar dolor suprapúbico o hipogástrico

¹⁰ Kissinger P, Adamski A. Trichomoniasis. Clin Microbiol Rev [Internet]. 2023 Disponible en: <https://journals.asm.org/doi/10.1128/cmr.00009-23>

¹¹ Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Infecciones vaginales. Tricomoniasis. En: Protocolos SEGO [Internet]. Madrid; 2019 Disponible en: https://sego.es/mujeres/Protocolos_Ginecologia.pdf

leve¹². Es crucial destacar que la tricomoniasis se asocia con un mayor riesgo de adquisición y transmisión del VIH y con complicaciones obstétricas adversas.

4.2 Factores de riesgo para infecciones vaginales

Los factores de riesgo para infecciones vaginales son multifacéticos y se entrelazan con aspectos conductuales, biológicos, socioeconómicos y ambientales.

Dentro del ecosistema vaginal, el género *Lactobacillus* emerge como el pilar fundamental de la salud vaginal y su papel protector constituye, en sí mismo, el factor de riesgo más crítico cuando se ve comprometido¹³. Estas bacterias ácido-lácticas no son meras habitantes, sino guardianes activos que mantienen la homeostasis a través de varios mecanismos clave:

- **Producción de ácido láctico:** Fermentan el glucógeno presente en las células epiteliales vaginales, derivado de los estrógenos, para producir ácido láctico. Esto mantiene el pH vaginal en un rango ácido óptimo (3.8 - 4.5), que es hostil para el crecimiento de la mayoría de patógenos y anaerobios oportunistas.
- **Producción de peróxido de hidrógeno:** Muchas cepas de lactobacilos producen peróxido de hidrógeno, una molécula con efectos antimicrobianos directos en sinergia con el ambiente ácido y con enzimas corporales para eliminar bacterias y hongos dañinos, como *Gardnerella vaginalis* y *Candida albicans*.
- **Competencia por adhesión y nutrientes:** Colonizan la mucosa vaginal, compitiendo físicamente por los sitios de adhesión y los recursos disponibles¹⁴, lo que impide que los patógenos se establezcan y formen biopelículas patógenas.
- **Producción de bacteriocinas:** Estas son sustancias similares a antibióticos, producidas de manera específica para inhibir o eliminar especies bacterianas competidoras cercanas.

¹² Zapata Martínez JF, Pérez Muñoz A, Tirado Ojalvo AF, González JD, Velásquez Vergara SM. Factores de riesgo asociados a infecciones vaginales y lesiones escamosas intraepiteliales. *Enf Global* [Internet]. 2018

¹³ Amabebe E, Anumba DOC. The Vaginal Microenvironment: The Physiologic Role of Lactobacilli. *Front Med (Lausanne)* [Internet]. 2018 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6077153/>

¹⁴ Chee WJY, Chew SY, Than LTL. Vaginal microbiota and the potential of Lactobacillus derivatives in maintaining vaginal health. *Microb Cell Fact* [Internet]. 2020 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7690082/>

Por lo tanto, el factor de riesgo primario subyacente para el desarrollo de casi cualquier infección vaginal (bacteriana, fúngica o por tricomonas) es la disbiosis: la pérdida, disminución o cambio en la composición de estas comunidades protectoras de *Lactobacillus*¹⁵. Cualquier factor que degrade este microbioma saludable (antibióticos, duchas vaginales, cambios hormonales, semen) crea una ventana de oportunidad para que los microorganismos oportunistas, que suelen estar presentes en bajas cantidades, proliferen y causen enfermedad. Así, la evaluación del estado de los lactobacilos es crucial para comprender la vulnerabilidad individual a las infecciones.

A continuación, se desglosan otros factores de riesgo importantes para infecciones vaginales:

- **Irritación o alergia:** La irritación de los tejidos vaginales (por ejemplo, debido a una reacción a ciertos tipos de jabón u otros productos vaginales) puede provocar grietas o llagas, que proporcionan acceso a las bacterias y las levaduras al torrente sanguíneo.
- **Exposición prolongada a la humedad:** Si la vulva o la vagina están expuestas a la humedad durante mucho tiempo, se puede estimular el crecimiento de bacterias y levaduras (por ejemplo, cuando se toma un baño sentado o no se cambian las toallas sanitarias menstruales).
- **Exposición a bacterias de otras fuentes:** Las bacterias del sistema digestivo pueden ingresar en la vagina, alterando el equilibrio de las bacterias o causando una infección. Por ejemplo, si la materia fecal del ano entra en contacto con la vagina, las bacterias pueden entrar en esta. Las formas de prevenir esto consisten en mantener el área limpia y limpiarse de adelante hacia atrás después de orinar o defecar.
- **Lesión en los tejidos:** Si existen lesiones en los tejidos de la pelvis, las defensas naturales del organismo se debilitan. Los daños pueden ser consecuencia del embarazo o el parto, lesiones, cirugía, medicamentos, cáncer o radioterapia.¹⁶

¹⁵ Van de Wijgert JHHM, Jaspers V. The global health impact of vaginal dysbiosis. Res Microbiol [Internet]. 2017 Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0923250817301471>

¹⁶ García Piña DL, Estrada Núñez JL, Proenza Fernández L. Infección vaginal en gestantes y su influencia en la morbilidad y mortalidad perinatal. RM [Internet]. 2017 Disponible en: <https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/490>

- **Comportamiento sexual:** El comportamiento sexual es uno de los factores más significativos en el desarrollo de vaginitis aguda, actuando a través de múltiples mecanismos fisiológicos, microbiológicos y sociales. Esta relación es compleja y varía según el tipo de infección vaginal, entre las prácticas sexuales de riesgo para contraer una infección vaginal por ejemplo están: la frecuencia coital: el coito diario aumenta 2.5 veces más el riesgo de vaginosis bacteriana por alteración pH persistente y disminución progresiva de lactobacilos, hábitos durante las actividades sexuales tales como: sexo oral-genital, juguetes sexuales compartidos, sexo anal-vaginal.

- **Clima y Condiciones atmosféricas:** La humedad persistente en la zona vulvovaginal crea un microambiente ideal para: crecimiento de *Candida albicans* (duplica su tasa de reproducción) y proliferación de bacterias anaerobias (*Gardnerella vaginalis*). En climas tropicales (humedad relativa >80%), la incidencia de candidiasis aumenta 2.5 veces más¹⁷. De esta forma la humedad bajo ropa interior puede alcanzar 95% tras 4 horas de uso.

- **Temperaturas Altas:** Acelera la replicación fúngica (*Candida* se reproduce 70% más rápido a 37°C vs 22°C) aumenta la transpiración vulvar provocando alteración en el pH local.¹⁸

- **Hormonal:** La vaginosis hormonal incluye la vaginitis atrófica usualmente encontrada en las mujeres postmenopáusicas, postparto o tratamientos hormonales con progestágenos en forma prolongada.

- **Cuerpos extraños:** Los cuerpos extraños (más comúnmente tampones o condones retenidos) causan descargas vaginales de mal olor.

¹⁷ Mendes-Santiago R, Hernández-Castro R, García-Hernández AL, Soto-Zárate CI, Campos-Romero A, León-Sicairos N. La humedad ambiental como factor de riesgo para infecciones vulvovaginales: un estudio en clima tropical. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2021 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=101234>

¹⁸ Sobel JD, Mitchell C. Vaginitis and vaginal microbiome. In: Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ, eds. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 9th ed. Philadelphia

4.3 Vaginosis en el embarazo

En el transcurso de un embarazo normal, la flora microbiana vaginal comensal, dominada por especies del género *Lactobacillus*, desempeña una función protectora fundamental contra las infecciones mediante diversos mecanismos. Estos incluyen el mantenimiento de un pH vaginal bajo a través de la producción de ácido láctico, la generación de sustancias antimicrobianas como el peróxido de hidrógeno y la exclusión competitiva de patógenos potenciales.

En la mujer embarazada, la alteración de este ecosistema, conocida como disbiosis vaginal, conlleva riesgos significativos que trascienden a la unidad madre-feto. Esta condición se asocia con un mayor peligro de parto prematuro espontáneo, rotura prematura de membranas, corioamnionitis y bajo peso al nacer. Estas complicaciones representan una causa principal de morbilidad y mortalidad neonatal a nivel global y constituyen un motivo de consulta frecuente en los servicios de emergencia obstétrica.

La base fisiopatológica de estas complicaciones es esencialmente inflamatoria y multifactorial. Las bacterias anaerobias presentes en la disbiosis vaginal no solo proliferan de manera descontrolada, sino que forman biopelículas complejas sobre el epitelio vaginal. Estas biopelículas actúan como un reservorio microbiano persistente que libera continuamente patrones moleculares asociados a patógenos, como lipopolisacáridos y peptidoglicanos. Estos componentes microbianos son reconocidos por las células del epitelio cervical y del sistema inmune innato local, desencadenando una respuesta inmunitaria innata desregulada y exagerada.¹⁹

Esta activación inmune conduce a la liberación masiva y sostenida de un torrente de citoquinas proinflamatorias, incluyendo IL-1 β , IL-6, IL-8 y TNF- α . Estas citoquinas, particularmente la IL-1 β y el TNF- α , actúan a nivel local sobre las membranas deciduales y placentarias, donde estimulan la sobreproducción de enzimas ciclooxigenasas (COX-2)²⁰. La elevación de estas enzimas conduce a su vez a una síntesis excesiva de prostaglandinas, particularmente PGE₂ y PGF₂ α , que son potentes inductores de la maduración cervical y de

¹⁹ Cappelletti M, Della Bella S, Ferrazzi E, Mavilio D, Divito S. Inflammation and preterm birth. *J Leukoc Biol* [Internet]. 2016 Disponible en: <https://doi.org/10.1189/jlb.3MR0615-272RR>

²⁰ Romero R, Dey SK, Fisher SJ. Preterm labor: One syndrome, many causes. *Science* [Internet]. 2019 Disponible en: <https://doi.org/10.1126/science.1251816>

las contracciones uterinas coordinadas, iniciando así el proceso de parto de manera prematura.²¹

Simultáneamente, este estado proinflamatorio crónico induce daño tisular a través de la activación de metaloproteinasas de matriz (MMPs), enzimas que degradan el colágeno y las proteínas estructurales del tejido conectivo del cuello uterino y de las membranas ovulares. Este proceso de degradación debilita mecánicamente la integridad de la placenta y provoca la ruptura prematura de membranas. Este daño estructural, combinado con la sobreestimulación contráctil, facilita mecánicamente la migración y la infección ascendente de microorganismos hacia el útero y la cavidad amniótica, estableciendo un ciclo vicioso de inflamación-infección-inflamación que acelera y culmina de manera inexorable en el inicio anticipado del trabajo de parto y sus consecuentes complicaciones perinatales.

La inflamación crónica puede dañar el tejido placentario y favorecer infección ascendente.

4.3.1 Factores que predisponen a vaginosis en embarazadas

Los factores que predisponen a la vaginosis durante el embarazo son multifacéticos. Estos factores convergen en la disrupción de la homeostasis vaginal, creando un ambiente propicio para la vaginosis, entre ellos podemos mencionar:

- **IMC:** es una medida que relaciona el peso y la talla de una persona para evaluar si su peso está dentro de un rango saludable. La clasificación según el dato obtenido de dicha razón es bajo peso (menor que 18.5), peso normal (18.5-24.9), sobrepeso (25.0-29.9), obesidad grado I (30.0-34.9), obesidad grado I (30.0-34.9), obesidad grado II (35.0-39.9), Obesidad mórbida (mayor de 40).²²

Las mujeres con sobrepeso y obesidad tienden a presentar mayores tasas de vaginitis bacteriana en comparación con mujeres con un IMC normal o bajo, ya que las mujeres un IMC alto están expuesta a factores como abundante humedad entre pliegue de la ingle por el tejido adiposo que puede ocasionar proliferación bacteriana.

²¹ Donati L, Di Vico A, Nucci M, Quagliozzi L, Spagnuolo T, Labianca A, et al. Vaginal microbial flora and outcome of pregnancy. Arch Gynecol Obstet. 2010 Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00404-009-1318-3>

²² Organización Mundial de la Salud (OMS). Obesidad y sobrepeso [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

- **Edad gestacional:** Es el tiempo transcurrido desde el primer día de la última menstruación (FUM) hasta el momento actual del embarazo. Se expresa en semanas completas. La vaginosis bacteriana puede presentarse en cualquier etapa del embarazo, pero algunas investigaciones sugieren que la infección en el inicio del embarazo (segundo trimestre) podría conllevar un mayor riesgo de complicaciones en comparación con las que las presenta al final del embarazo.²³
- **Procedencia:** Se refiere al lugar de origen de una persona, grupo poblacional, producto o fenómeno. Indica la ubicación espacial (país, región, ciudad, zona rural/urbana) desde donde algo o alguien se origina o deriva. La procedencia es factor importante ya que mujeres que residen en áreas urbanas llegan a tener una mayor prevalencia de vaginosis bacteriana por múltiples factores, como higiene deficiente, dificultad para acceder a la atención médica, o factores ambientales como dificultad a una fuente de agua potable o altas temperaturas.
- **Estado civil:** Es una condición jurídica y social que indica la situación de una persona en relación con el matrimonio, la unión conyugal o la soltería, reconocida legalmente por un Estado o institución. Las personas en unión conyugal o con parejas estables suelen tener menor riesgo de exposición a múltiples parejas sexuales, un factor asociado a disbiosis vaginal²⁴. Las solteras sexualmente activas pueden tener mayor riesgo de prácticas sexuales no protegidas, que alteran el pH vaginal y el microbiota. También, una pareja estable se correlaciona con mayor estabilidad socioeconómica, facilitando acceso a controles prenatales, diagnóstico oportuno y tratamientos.
- **Nivel educativo:** El nivel educativo es un indicador que refleja los años de estudio formal completados por una persona o grupo poblacional, según el sistema educativo

²³ Monzón-Vargas M, et al. Pelvic abscess formation secondary to the use of commercial hemostatic topical agent in an immunocompromised patient J. Gynecol Res Obstet. 2017 Disponible en: <https://www.clinsurggroup.us/articles/JGRO-4-151.php>

²⁴ Gondo DC, da Silva MG, Poletini J, Tristão AR, Brito LG, Witkin SS, et al. Factores de riesgo socioeconómicos, psicosociales y conductuales para la vaginosis bacteriana durante el embarazo: un estudio multicéntrico. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2020 Disponible en: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0038-1655746>

de un país. Se categoriza en niveles básicos, medios y superiores. Se correlaciona inversamente con la prevalencia de vaginosis debido a mayor conocimiento sobre salud sexual e higiene y evitar prácticas dañinas.

- **Ocupación:** La ocupación se refiere al trabajo, oficio o actividad económica principal que realiza una persona, ya sea de forma remunerada o no. Es un determinante clave de las condiciones de vida, acceso a salud y exposición a riesgos específicos.
- **Antecedentes obstétricos:** conjunto de datos relacionados con los embarazos previos de una mujer, incluyendo sus características, complicaciones y desenlaces. Esta información es clave para evaluar riesgos en embarazos actuales o futuros.

4.3.2 Complicaciones obstétricas

Las infecciones vaginales durante la gestación se asocian con diversas complicaciones obstétricas y perinatales, entre las que destacan:

- **Parto prematuro:** Las enzimas bacterianas (sialidasas) degradan las proteínas de la matriz extracelular en las membranas fetales, debilitándolas. Las citoquinas (IL-6, TNF- α) estimulan la producción de prostaglandinas, induciendo contracciones.
- **Ruptura prematura de membranas (RPM):** Las metaloproteinasas (MMP-8, MMP-9) producidas por bacterias rompen el colágeno amniótico, La inflamación local reduce la resistencia de las membranas. Esto puede conllevar mayor riesgo de infección neonatal y síndrome de dificultad respiratoria²⁵.
- **Aborto espontáneo (2º Trimestre):** La infección ascendente puede causar corioamnionitis subclínica, desencadenando la expulsión fetal. Las

²⁵ González-Mesa E, Herrera-López A, Benítez-Trujillo F. Infecciones vaginales y riesgo de parto pretérmino: mecanismos fisiopatológicos y evidencia actual. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. 2020 Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-5132202000030009&lng=es

infecciones vaginales no tratada se asocia con 2-3 veces más riesgo de aborto tardío (semanas 13-24)²⁶.

- **Corioamnionitis:** Es una Infección de las membranas placentarias y líquido amniótico, puede llevar a sepsis neonatal, parálisis cerebral (por liberación de citoquinas neurotóxicas).
- **Endometritis posparto:** Las bacterias de la durante las infecciones vaginales colonizan el útero después del parto, causando infección. hasta 5 veces más riesgo en mujeres con infecciones vaginales, no tratada. De esta forma, la flora vaginal anormal puede predisponer a una colonización ascendente del tracto genital, infiltración de las membranas fetales e invasión de la cavidad amniótica, con el consecuente daño fetal que desencadena todo este proceso infeccioso.²⁷

Dentro de las consecuencias que puede generar las infecciones vaginales una de las más importantes es la infección de vías urinarias, que es otra enfermedad de importancia epidemiológico en la mujer gestante.

Esta no es más que como su nombre lo dice es la colonización de bacterias en el tracto urinario y es una de las complicaciones médicas más frecuentes durante el embarazo, afectando al 10-15% de las gestantes. Su importancia radica que al igual que la vaginosis bacteriana aumenta el riesgo de complicaciones, parto prematuro y bajo peso al nacer e incluso pielonefritis, si no se tratan adecuadamente.²⁸

4.4 Diagnostico

El diagnóstico de la vaginitis se basa en una combinación de clínica, pruebas de laboratorio y criterios estandarizados. A continuación, se desglosan las formas de diagnósticos para las tres causas más frecuentes de vaginitis sintomática.

²⁶ Leitich H, Kiss H. Asymptomatic bacterial vaginosis and intermediate flora as risk factors for adverse pregnancy outcome. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol [Internet]. 2018 Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521693406001117>

²⁷ Cires Pujo Miriam, Freijoso Santiesteban Elsie, Silva Herrera Lázaro, Vergara Fabián Eduardo, Cutié León Eduardo, Ortega Blanco Mirna et al . Guía para la práctica clínica de las infecciones vaginales. Rev Cubana Farm [Internet]. 2023

²⁸ Nicolle LE, Gupta K, Bradley SF, et al. Clinical Practice Guideline for the Management of Asymptomatic Bacteriuria: 2019 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2019

4.4.1 Diagnóstico de Vaginosis bacteriana

Criterios de Amsel (Diagnóstico clínico)

Requiere 3 de 4 criterios:

- a) Flujo vaginal homogéneo, blanco-grisáceo, adherente.
- b) pH vaginal mayor de 4.5 (usando papel indicador).
- c) Prueba de aminas positiva (olor a pescado al agregar KOH al 10%).
- d) Presencia de células clave (clue cells) en el examen en fresco (mayor del 20% de las células epiteliales)²⁹.

Métodos de Laboratorio

Tinción de Gram: Puntaje de Nugent (mayor de 7 puntos confirma vaginosis bacteriana).

Pruebas rápidas:

- OSOM BVBlue[®]: Detecta enzimas como la sialidasa.
- PCR multiplex: Identifica *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae*, etc.

4.4.2 Diagnóstico de Candidiasis vulvovaginal

Diagnóstico Clínico

Síntomas: Prurito intenso, flujo blanco grumoso (como "leche cortada"), eritema vulvar.

Análisis de pH vaginal normal (menor de 4.5 por una tira reactiva).

Métodos de Laboratorio

- Examen en fresco con KOH al 10%: Visualización de hifas o pseudohifas.
- Cultivo en agar Sabouraud: Útil en casos recurrentes o resistentes.

Pruebas rápidas:

- Antígenos fúngicos (poco usadas en práctica clínica).

²⁹ Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Guía de práctica clínica: Vaginosis bacteriana [Internet]. Londres: FIGO; 2021 Disponible en: <https://www.igo.org/es/guidelines-on-bacterial-vaginosis>

4.4.3 Diagnóstico de vaginitis por Tricomoniasis vaginal

Diagnóstico Clínico

Síntomas: Flujo amarillo-verdoso, espumoso, maloliente, disuria. Análisis de pH vaginal mayor 4.5 (con tira reactiva).

Métodos de Laboratorio

- Examen en fresco: Visualización de *Trichomonas vaginalis* móviles en una preparación al fresco (sensibilidad del 50%).
- Prueba rápida OSOM Trichomonas[®]: Detecta antígenos en minutos.
- PCR: Alta sensibilidad (mayor de 95%) y estándar de oro.

4.5 Tratamiento

Vaginosis bacteriana:

Según guías clínicas dadas por el MINSAL el tratamiento de vaginosis bacteriana está constituido de la siguiente manera:

- Metronidazole v.o. 2 gramos, dosis única
- Metronidazole 500 mg v.o. dos veces al día por 7 días (puede usarse en embarazadas en 2do y 3er trimestre).
- Gel de Metronidazole al 0.75% 5gm intravaginal al día por 7 días (no recomendado durante el embarazo).
- Crema de Clindamicina al 2% 5gm intravaginal al día por 7 días.
- Clindamicina 300 mg v.o. dos veces al día por 7 días.

Vaginosis por tricomonas:

- Metronidazole 2 gramos dosis única o
- Metronidazole 500 mg v.o. dos veces al día por 7 días.

Vaginosis candidiasis vaginal:

Tratamiento intravaginal:

- Crema de Clotrimazol al 1% 1 aplicador (5mg) al día por 7 días.

- Clotrimazol tableta vaginal 100 mg por 7 días.

Tratamiento oral:

- Fluconazol 150 mg v.o. dosis única. Itraconazol 100 mg cada 12 horas por 3 días.

El tratamiento al compañero masculino no suele ser necesario, a menos que tenga síntomas de balanitis o candidiasis vulvovaginal complicada (4 o más episodios en un año, diabetes descompensada, infección VIH o tratamiento con corticos esteroides) y se iniciara Fluconazole 150 mg 2 dosis con tres días de separación

Candidiasis vulvovaginal resistente o recurrente Fluconazol 100 mg oral cada semana durante de 1 a 6 meses.³⁰

³⁰ MINSAL, Guías Clínicas de Ginecología y Obstetricia. 2021.

V. METODOLOGÍA

5.1 Tipo de investigación

La investigación fue de tipo descriptivo retrospectivo, ya que se analizaron los datos de embarazadas con vaginosis bacteriana en un período específico (enero-diciembre de 2024), sin intervenir directamente en el tratamiento, ni manipular las condiciones de las participantes por la naturaleza de dichos datos. Se trabajó con información ya establecida en los registros clínicos, con resultados tanto en el tratamiento como en las conclusiones perinatales.

5.2 Período de investigación

El estudio se llevó a cabo en el período comprendido entre enero y diciembre del año 2024.

5.3 Universo y muestra

Universo: El universo estuvo conformado por todas las mujeres embarazadas que consultaron durante el período en estudio en la UDS San Antonio del Monte y que verificaron parto, siendo en total 271 mujeres.

Muestra: La muestra se obtuvo a partir de los registros de controles prenatales del total de embarazadas atendidas en el período de enero a diciembre de 2024. De este universo se seleccionaron únicamente aquellas mujeres que cursaron con vaginosis durante su embarazo, resultando en un total de 77 embarazadas que verificaron embarazo y 7 casos en los que el embarazo finalizó en aborto. Por lo tanto, la muestra corresponde al 100% de embarazadas que presentaron vaginosis.

Unidades de observación: Las unidades de observación fueron las mujeres embarazadas que cursaron con vaginosis en cualquier momento durante su embarazo y que consultaron en la UDS San Antonio del Monte en el período de enero a diciembre de 2024.

Unidades de análisis: Las unidades de análisis correspondieron a los hábitos de higiene, el nivel socioeconómico y la procedencia (rural o urbana) de las mujeres embarazadas que cursaron con vaginosis y consultaron en la UDS San Antonio del Monte durante el período de estudio.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Embarazadas diagnosticadas con vaginosis entre enero y diciembre de 2024.
- Embarazadas que tuvieron seguimiento prenatal en la UDS San Antonio del Monte.
- Embarazadas que fueron diagnosticadas con infecciones vaginales durante el embarazo y cuya patología fue resuelta.

Criterios de exclusión:

- Embarazadas sin registros completos de sus resultados perinatales.
- Embarazadas que recibieron controles en otras unidades de salud.
- Mujeres embarazadas que no finalizaron sus controles en la UDS San Antonio del Monte por cambio de domicilio.

5.4 Variables

Perfil epidemiológico: Se caracterizó el estado de salud de la población estudiada en un momento y lugar determinados, identificando la distribución, frecuencia y factores asociados a la vaginosis bacteriana en mujeres embarazadas. Esta variable fue cualitativa nominal.

Resultados perinatales: Se evaluaron los indicadores de salud que reflejaron el bienestar del feto y del recién nacido durante el período perinatal (desde la semana 22 de gestación o 500 g de peso, hasta los primeros 7 días posteriores al nacimiento). Esta variable también fue cualitativa nominal.

5.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OBJETIVO	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	FUENTE	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Caracterizar e perfil epidemiológico de las embarazadas diagnosticadas con vaginosis	Perfil epidemiológico	Análisis descriptivo que caracteriza el estado de salud de una población en un momento y lugar determinado, identificando la distribución, frecuencia y factores asociados a las enfermedades, lesiones y otros eventos relacionados con la salud.	Perfil epidemiológico de mujeres embarazadas que consultara en UDS San Antonio del monte	<p>IMC (bajo peso-normal-sobrepeso-obesidad)</p> <p>Edad gestacional por fecha de ultima regla o usg de primer trimestre.</p> <p>Procedencia (rural o urbano)</p> <p>Estado civil (soltera, acompañada, casada)</p> <p>Factores de riesgo</p> <p>Nivel educativo.</p> <p>Ocupación</p> <p>Antecedentes obstétricos.</p>	Datos obtenidos de SIS	Revisión documental	Instrumento realizado específico para la investigación

<p>Describir resultados perinatales asociados a diagnóstico de vaginosis y tratamiento</p>	<p>Resultados perinatales</p>	<p>Indicadores de salud que evalúan el bienestar del feto y del recién nacido durante el período perinatal, que abarca desde la semana 22 de gestación (o 500 g de peso) hasta los primeros 7 días después del nacimiento</p>	<p>Resultados perinatales de mujeres embarazadas diagnosticadas con vaginosis durante su embarazo que consultaron en UDS San Antonio del Monte</p>	<p>Tratamiento. Via del parto. Parto prematuro. Aborto Ruptura prematura de membrana. Corioamnionitis Metritis, Bajo peso al nacer Sepsis neonatal. Muerte fetal.</p>	<p>Datos obtenidos de SIS</p>	<p>Revisión documental</p>	<p>Instrumento realizado específico para la investigación</p>
--	-------------------------------	---	--	---	-------------------------------	----------------------------	---

5.6 Plan de recolección de datos

La información se obtuvo de SIMMOW, y consultas realizadas a embarazadas con diagnóstico de vaginosis en el SIS.

Técnica de obtención de información: Observación documental.

Herramienta para la obtención de información: Se obtuvo la información a través de un instrumento en formato de lista de observación que fue diseñado en base a los datos requeridos para la investigación.

5.7 Procesamiento y análisis de la información

La recolección de datos se efectuó mediante una lista de observación estructurada, diseñada para extraer información de expedientes clínicos preexistentes en la UDS-I San Antonio del Monte. Este instrumento permitió registrar variables predefinidas de manera sistemática y estandarizada, asegurando la consistencia de los datos en todos los casos que cumplieron con los criterios de inclusión.

Posteriormente, la información recopilada se organizó y depuró en una base de datos creada en Microsoft Excel 365. Esta etapa incluyó la creación de categorías, la validación de rangos y la elaboración de tablas dinámicas para agrupar y resumir los datos de manera eficiente.

Se calcularon frecuencias y porcentajes para las variables, representados en gráficos de barras. Para el análisis, el enfoque descriptivo se centró en caracterizar la prevalencia, perfil sociodemográfico y asociaciones clave en la población estudiada.

VI. CONSIDERACIONES ÉTICA

Confidencialidad y protección de datos: Se garantizó el anonimato de las participantes mediante la codificación de datos personales (nombres, DUI, direcciones), se identificaron mediante un código alfanumérico. Solo se registraron variables clínicas y sociodemográficas relevantes para el estudio.

Los datos recolectados de historias clínicas se almacenaron en una base electrónica cifrada, con acceso restringido al equipo investigador.

Se omitió cualquier información que permita identificar indirectamente a las pacientes.

Uso de datos secundarios: Al ser un estudio retrospectivo, se utilizaron registros clínicos preexistentes sin contacto directo con las pacientes.

Se solicitó autorización institucional coordinador SIBASI Sonsonate y posteriormente a dirección de la UDS-I San Antonio del Monte para acceder a los archivos médicos, respetando sus protocolos internos de revisión de historias clínicas.

Los datos se recolectaron sin alterar los registros originales ni interferir en la atención médica en curso.

Consentimiento informado

Dado el diseño retrospectivo, no se gestionará consentimiento individual, fundamentado en:

1. La imposibilidad práctica de localizar a todas las pacientes.
 - La naturaleza no intervencionista de la investigación.

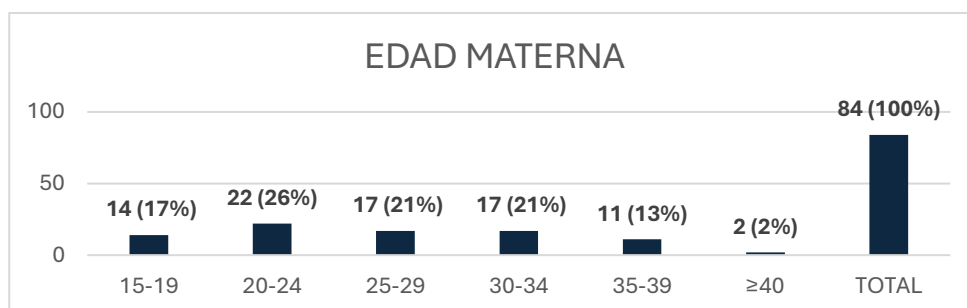
Conflictos de interés

Los investigadores declararán por escrito la ausencia de conflictos económicos o institucionales que puedan sesgar los resultados. No habrá financiamiento externo que condicione los hallazgos.

VII. RESULTADOS

1. Caracterizar el perfil epidemiológico de las embarazadas diagnosticadas con vaginosis en UDS-I San Antonio del Monte en el periodo de enero diciembre de 2024.

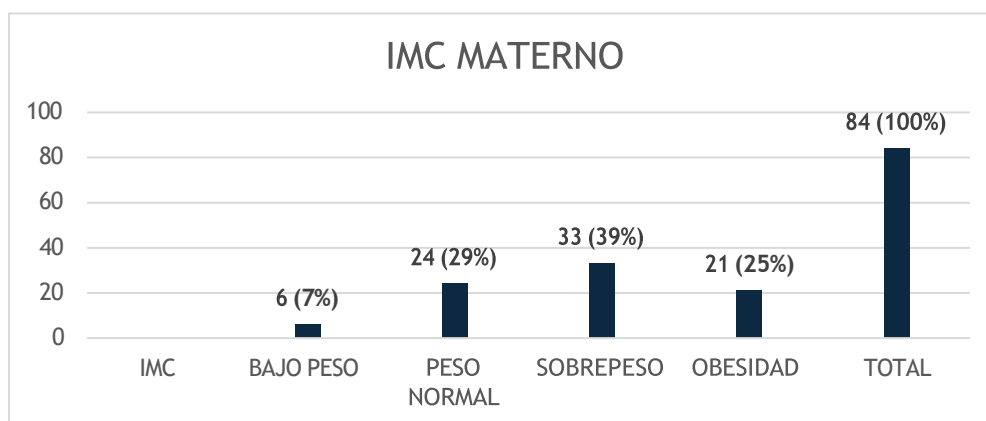
Grafica N°1: Edad materna



Fuente: Instrumento de la investigación “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE”

Del total de embarazadas diagnosticadas con vaginosis el 68% de ellas están entre la edad de 20 a 34 años, con mayor porcentaje en el rango de edad de 20 a 24 años con un 26% del total de mujeres documentadas

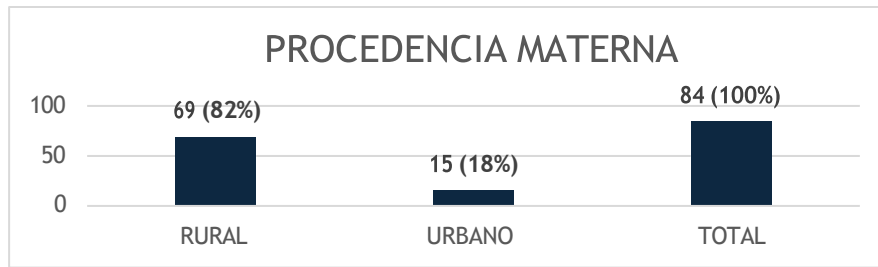
Gráfica N°2: IMC MATERNO



Fuente: Instrumento de la investigación “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE”

Del 100% de las embarazadas el estado nutricional con mayor incidencia es el sobrepeso con 39% de la población de la muestra, seguido de peso normal con 29%.

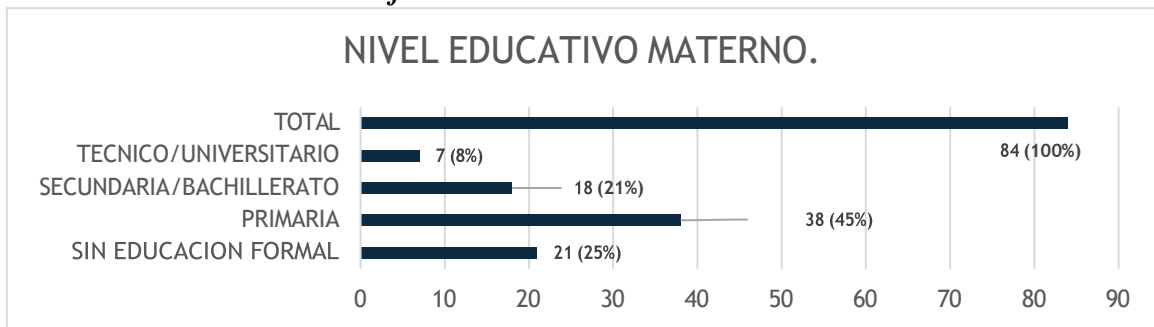
Gráfica N°3: procedencia materna.



Fuente: Instrumento de la investigación “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE”

La mayoría de las mujeres embarazadas con diagnóstico de vaginosis es de procedencia rural con un 82% del total de la muestra.

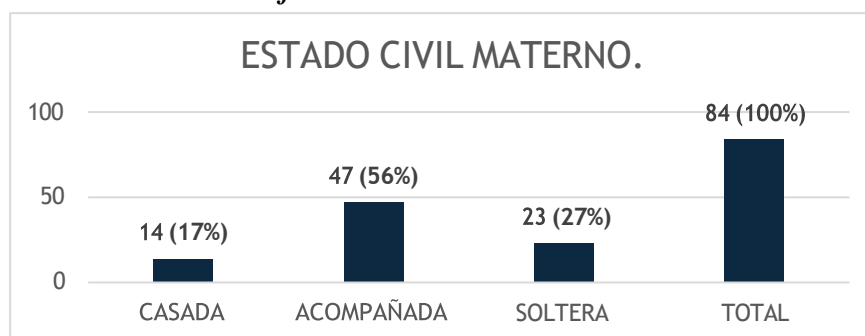
Gráfica N°4: nivel educativo materno.



Fuente: Instrumento de la investigación “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE”

Del total de embarazadas se documentaron que el 45% tenían estudio hasta primaria y el 25% no tenían ningún tipo nivel de educación, siendo la minoría las personas con estudio arriba de bachillerato con un 29% del total de la muestra.

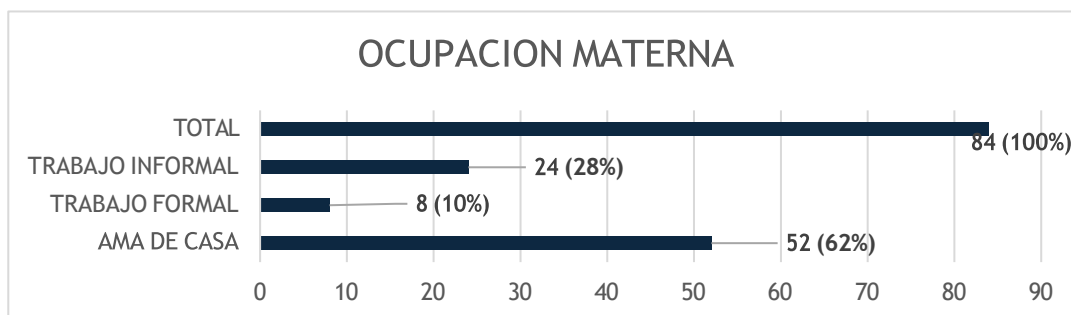
Gráfica N°5: estado civil materno



Fuente: Instrumento de la investigación “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE”

La minoría de embarazadas están casadas que corresponde a un 17% del total de la muestra, siendo mayor las mujeres acompañadas con un 56% de total de embarazadas.

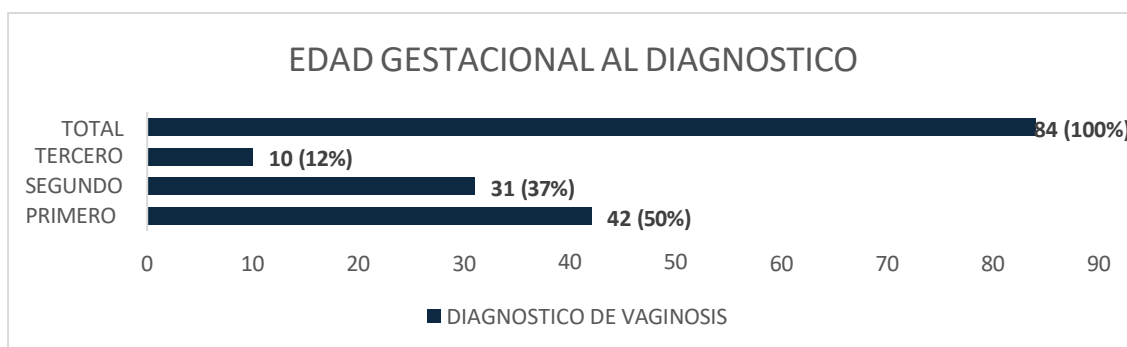
Gráfica N°6: Ocupación materna.



Fuente: Instrumento de la investigación “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE”

Del total de embarazadas el 62% son amas de casa, mientras que la minoría son aquellas con trabajo formal que corresponde al 10% de la muestra.

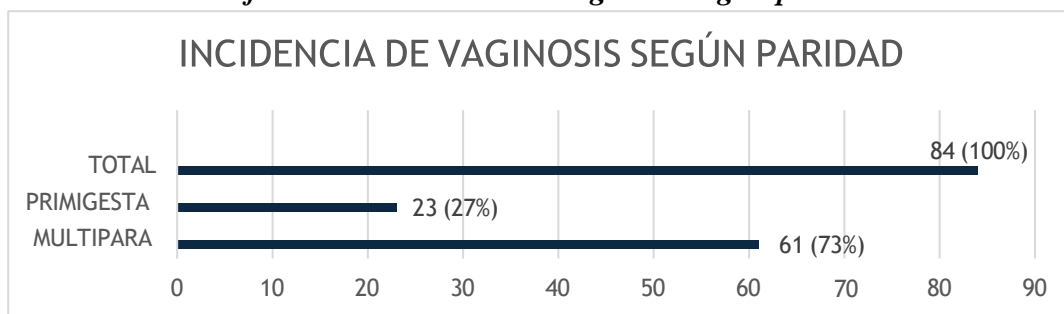
Gráfica N°7: Edad gestacional al diagnóstico.



Fuente: Instrumento de la investigación “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE”

La mayoría de las vaginosis se diagnosticaron durante el primer trimestre y el segundo trimestre con una incidencia del 50% y un 37% respectivamente.

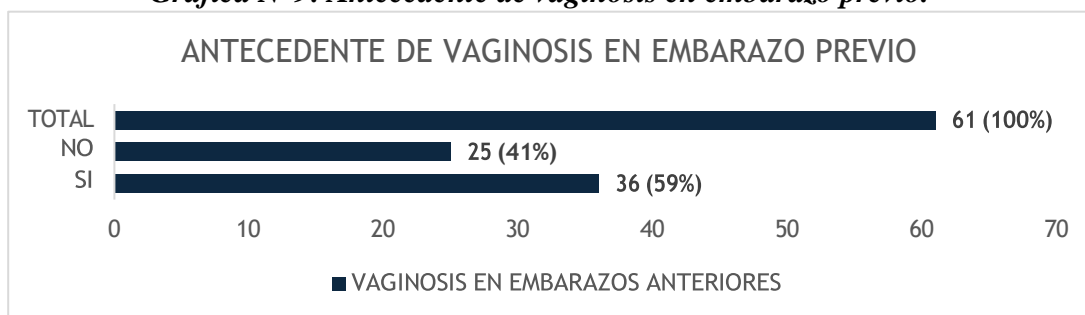
Gráfica N°8: Incidencia de vaginosis según paridad



Fuente: Instrumento de la investigación “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE”

Las embarazadas que presentaban más el diagnóstico de vaginosis son las multíparas con un 73% del total de la muestra.

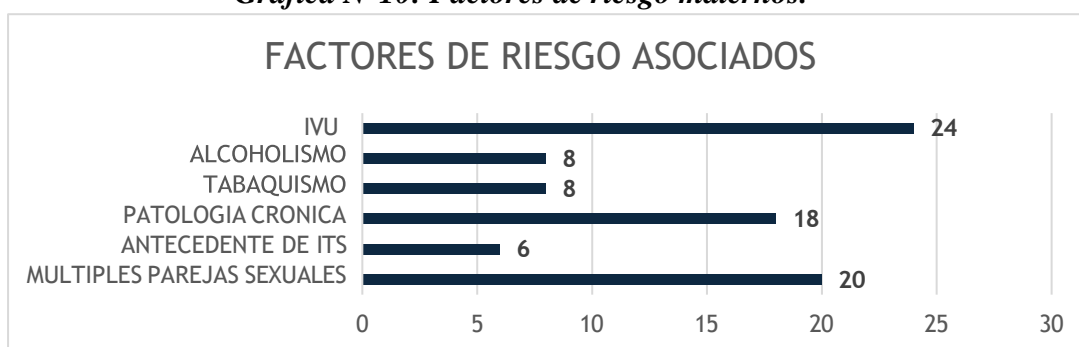
Gráfica N°9: Antecedente de vaginosis en embarazo previo.



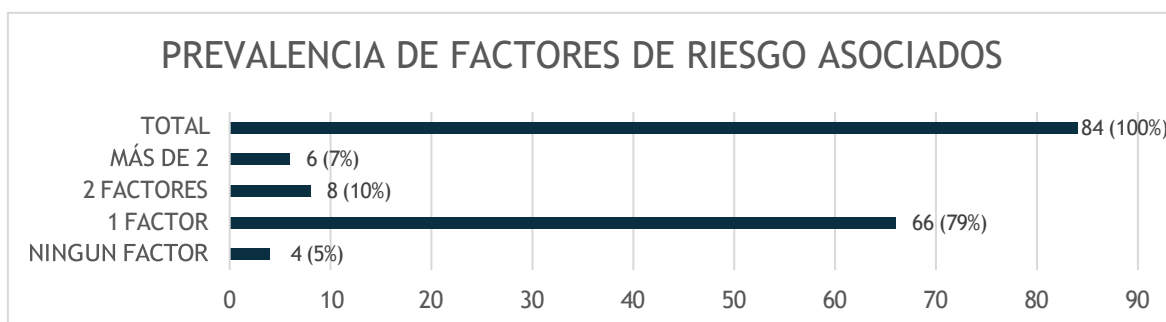
Fuente: Instrumento de la investigación “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE”

Del total de embarazos múltiparas el 59% de ella tuvieron antecedentes de vaginosis en su último embarazo.

Gráfica N°10: Factores de riesgo maternos.



Gráfica N°11: Prevalencia de factores de riesgos asociados.



Fuente: Instrumento de la investigación “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE”

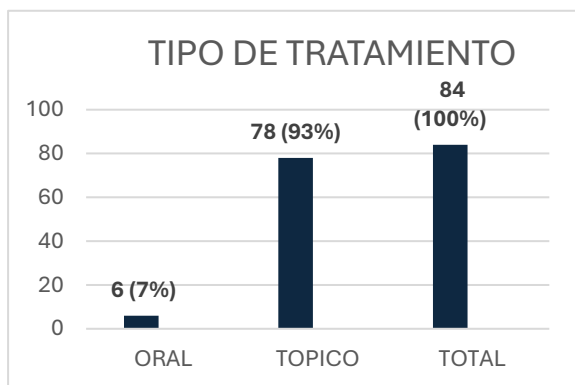
De las 84 embarazadas con vaginosis analizadas, el 95% presentó al menos un factor de riesgo asociado. La distribución mostró que 79% presentaron un único factor de riesgo mientras que 17% presentaron dos o más factores de forma simultánea. Solo el 5% de la muestra no presentó ninguno de los factores estudiados. Los factores de riesgo más prevalentes fueron: infección de vías urinarias que representa el 29% (24 de 84), el 24% (20 de 84) reportó tener múltiples parejas sexuales y el 21% (18 de

84) padecía una enfermedad crónica. Otros factores como el tabaquismo, el consumo de alcohol y la presencia de otras ITS estuvieron presentes en menor medida.

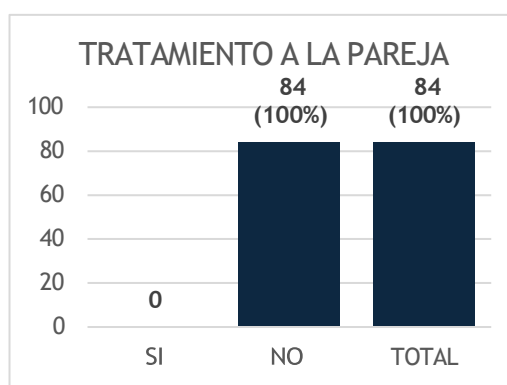
2. Describir el resultado perinatal en embarazadas diagnosticadas con vaginosis y si el tratamiento prescrito se apega a la normativa MINSAL en UDS-I San Antonio del Monte en el periodo de enero diciembre de 2024.

TRATAMIENTO

Gráfica N°12: Tipo de tratamiento



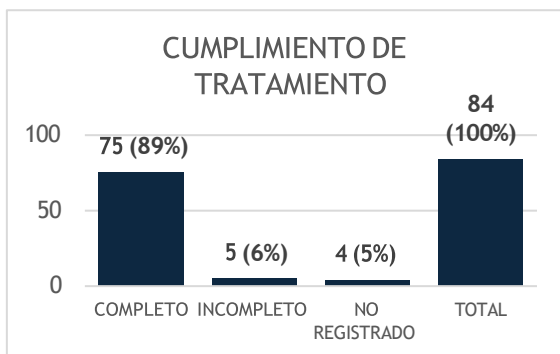
Gráfica N°13: Tratamiento a la pareja



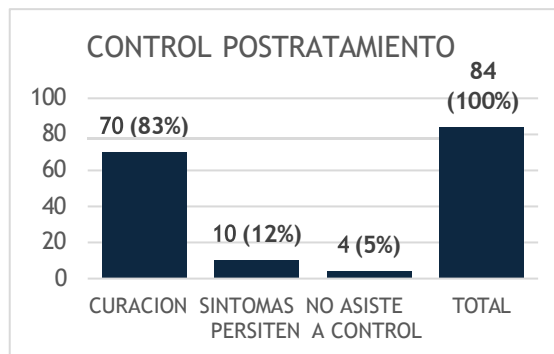
Fuente: Instrumento de la investigación "PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE"

Del total de casos de embarazadas con vaginosis el 100% fueron tratadas con dosis y régimen adecuado según normas MINSAL, siendo el 93% de estas mujeres fueron tratadas con medicamentos tópicos y el 7% con medicamentos orales, pero en el 100% de los casos no se dio tratamiento a la pareja.

Gráfica N°14: Cumplimiento de tratamiento



Gráfica N°15: Control postratamiento



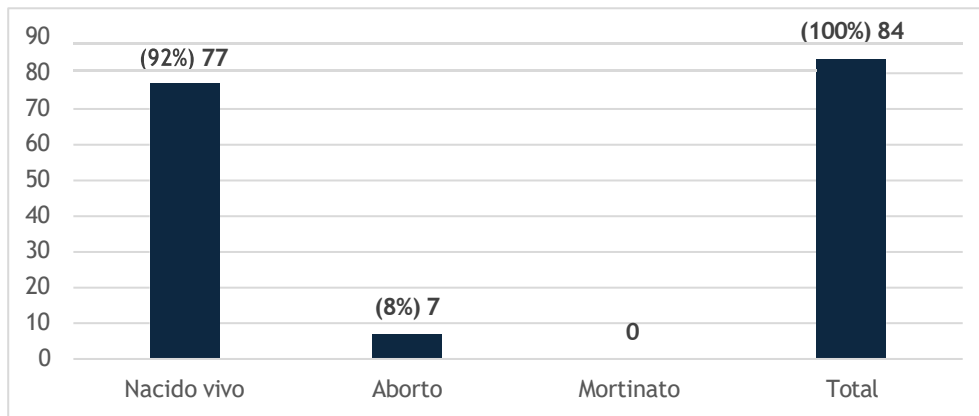
Fuente: Instrumento de la investigación "PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE"

Del total de embarazadas el 75% de ellas cumplieron el tratamiento, el 6% de ellas no completaron el régimen terapéutico, y 5% de los casos no se pudo registrar, así también de

ese mismo total el 83% de mujeres tuvo una resolución completa, pero 12% continuaron con la sintomatología, y hubo un 5% que no asistieron a el control postratamiento.

RESULTADO PERINATAL

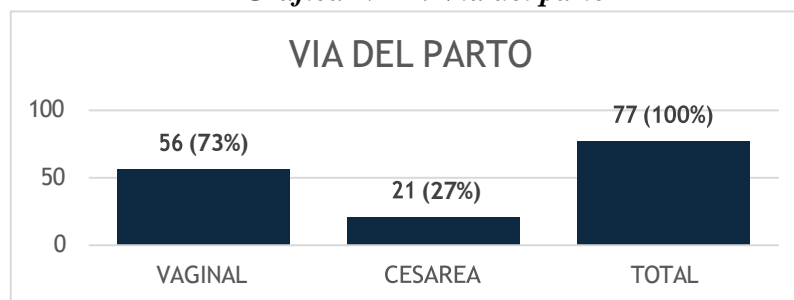
Gráfica N°16: Resultados del embarazo en pacientes con vaginosis



Fuente: Instrumento de la investigación “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE”

De las 84 gestantes con diagnóstico de vaginosis que formaron parte del estudio, el 92% culminó su embarazo con un recién nacido vivo. Por el contrario, se registraron 7 casos de aborto siendo el 8% de la población, lo que sugiere que la vaginosis puede estar asociada a un riesgo de pérdida gestacional. En esta cohorte no se presentó ningún caso de mortinato, indicando que, para estos resultados, la vaginosis no mostró una asociación con la muerte fetal intraútero.

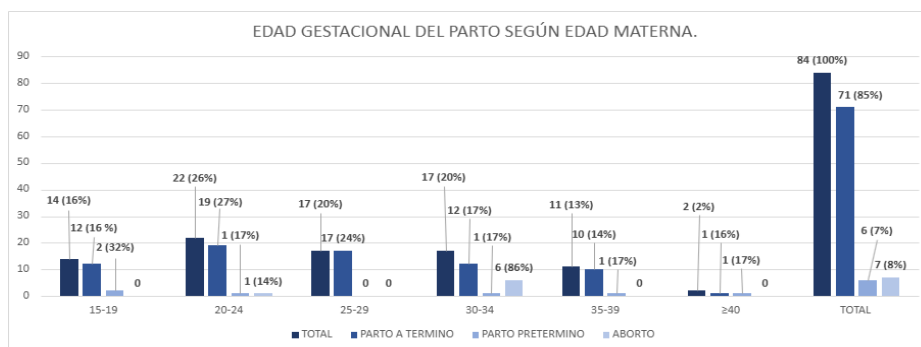
Gráfica N°17: Vía del parto



Fuente: Instrumento de la investigación “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE”

Del total de embarazos que culminaron en un recién nacido vivo el 73% el parto fue por vía vaginal y solo el 27% nacieron vía cesárea.

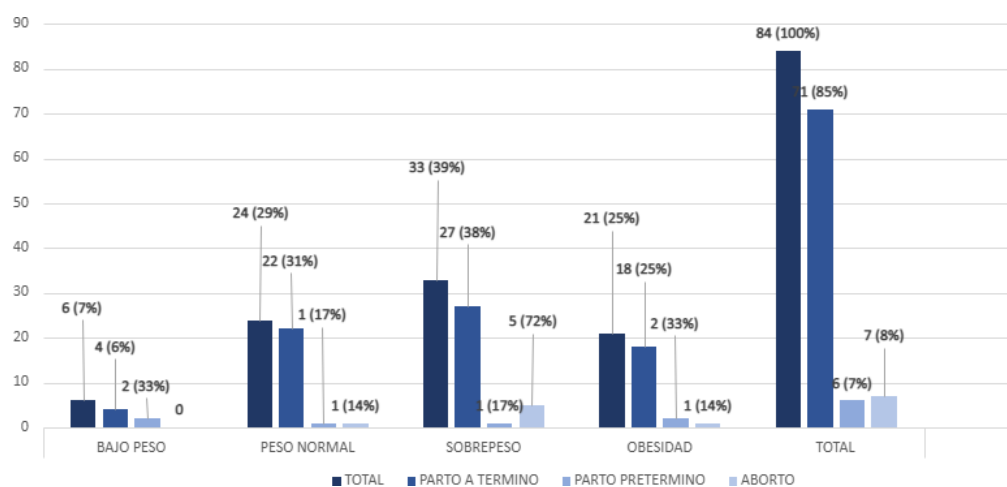
Grafica N°18: Edad gestacional del parto según edad materna



Fuente: Instrumento de la investigación “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE”

Los resultados muestran que del total de embarazadas 85% de ellas tuvieron partos a término, 7% parto pretérmino y 8% aborto. Del total de embarazadas con partos a término, el 68% de estas corresponden a un rango de edad de 20 a 34 años, en los partos pretérmino no seguían ninguna tendencia, mientras que en aborto el 86% de ellas estaban en un rango de edad de 30 a 34 años.

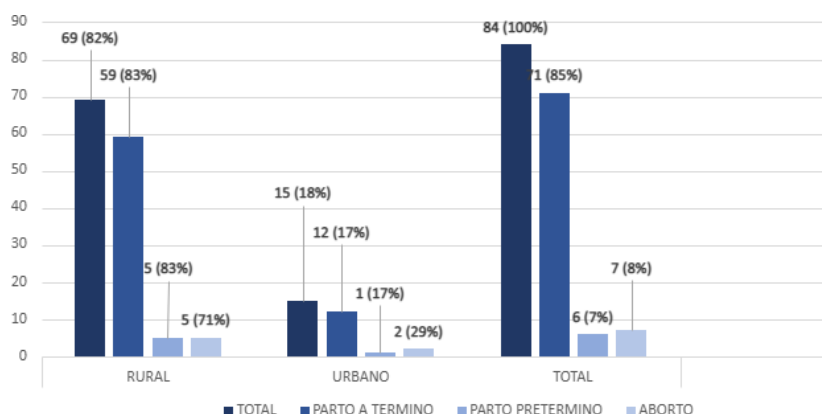
Gráfica N°19: Edad gestacional al parto según IMC materno



Fuente: Instrumento de la investigación “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE”

Del total de embarazadas con partos a término, el 38% de ellas presentaban sobrepeso y solamente el 7% de ellas se encontraban bajo peso. En el total de embarazadas con partos pretérmino el 33% tenía obesidad y bajo peso, mientras que en el total de abortos el 72% presentaban sobrepeso. Se observa la tendencia que el sobrepeso es el factor de riesgo más prevalente especialmente en el grupo de abortos. Los extremos del peso (bajo peso y obesidad) a un resultado adverso similar: el parto pretérmino

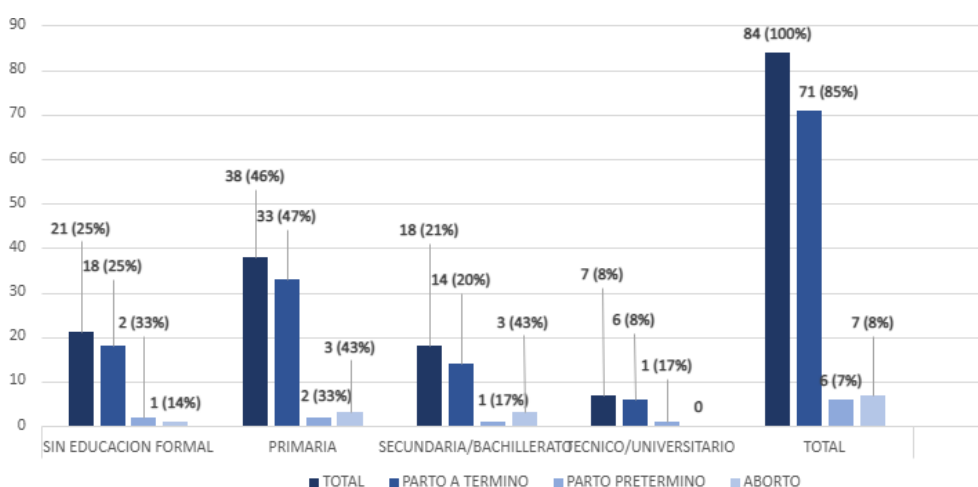
Gráfica N°20: Edad gestacional al parto según procedencia materna



Fuente: Instrumento de la investigación “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE”

La procedencia rural abarca el 82% de los embarazados totales, y es en esta población donde se evidenciaron la mayor cantidad de partos pretérmino y abortos con una incidencia del 83% y 71% respectivamente del total de dichos casos.

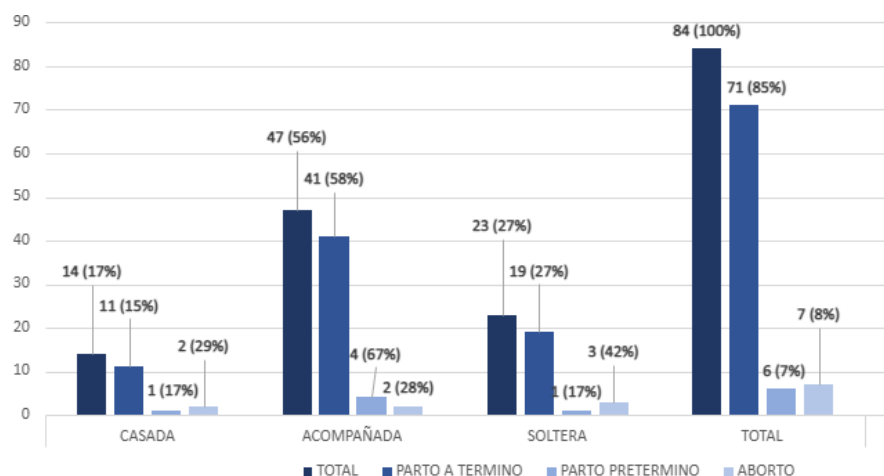
Gráfica N°21: Edad gestacional al parto según nivel educativo materno



Fuente: Instrumento de la investigación “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE”

Del total de embarazadas el 71% de ellas cuenta con un nivel escolar de primaria o menor, y son estas las que más presentaron casos de aborto (57% de los casos totales) y parto pretérmino (66% de los casos totales). Contrario a su contraparte que contaban con escolaridad de bachillerato o nivel universitario.

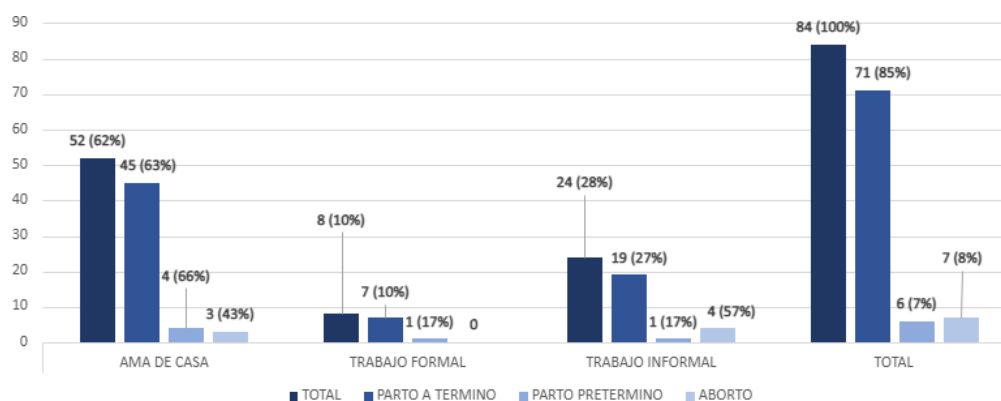
Gráfica N°21: Edad gestacional al parto según estado civil materno



Fuente: Instrumento de la investigación “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE”

Del total de embarazadas hay una incidencia del 56% de ellas que estaban acompañadas, y estas presentaron más partos pretérminos (67% de los casos), pero los abortos estuvieron presentes en las 3 categorías (casadas, acompañadas y solteras).

Gráfica N°22: Edad Gestacional al parto según ocupación materna



Fuente: Instrumento de la investigación “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE”

En cuanto a la ocupación de las mujeres embarazadas la mayoría era ama de casa o tenían un trabajo informal tenían una incidencia del 62% y 28% respectivamente, al igual estas fueron las que presentaban más resultados negativos al finalizar su embarazo en el caso de las amas de casa presentaron el 66% de los casos totales de parto pretérmino y 43% de los casos totales de aborto, así también las empleadas informales presentaron el 57% de los abortos totales del estudio.

Cuadro N°1: Partos a término que presentaron RPM, según edad materna

EDAD (AÑOS)	PARTO A TERMINO	RPM	PORCENTAJE
15-19	12	2	18%
20-24	19	5	45%
25-29	17	3	27%
30-34	12	1	9%
35-39	10	0	0%
≥40	1	0	0%
TOTAL	71	11	100%

Fuente: Instrumento de la investigación "PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE"

Entre los partos a término (n=71), la ruptura prematura de membranas (RPM) tuvo una prevalencia del 15%. Además, entre las embarazadas que presentaron esta complicación, el grupo de edad más afectado fue el de 20 a 24 años, representando el 45% de todos los casos de RPM.

Cuadro N°2: Partos pretérmino que presentaron RPM, según edad materna

EDAD (AÑOS)	PARTO PRETERMINO	RPM	PORCENTAJE
15-19	2	0	0
20-24	1	0	0
25-29	0	0	0
30-34	1	0	0
35-39	1	1	100%
≥40	1	0	0
TOTAL	6	1	100%

Fuente: Instrumento de la investigación "PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE"

La ruptura prematura de membranas complicó el 17% de los partos a pretérmino. Cabe destacar que el 100% de casos ocurrieron en gestantes de 35 a 39 años

Cuadro N°3: Complicaciones infecciosas en partos a término, según edad materna.

EDAD (AÑOS)	PARTO A TERMINO	CORIOAMNIONITIS	PORCENTAJE	METRITIS
15-19	12	0	0%	0
20-24	19	0	0%	0
25-29	17	1	100%	0
30-34	12	0	0%	0
35-39	10	0	0%	0
≥40	1	0	0%	0
TOTAL	71	1	100%	0

Fuente: Instrumento de la investigación "PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE"

De los 71 partos a término, solo se presentó un caso de corioamnionitis, el cual ocurrió en una paciente del grupo de 30 a 34 años, esto representa el 1.4% del total de partos a término. No se presentaron casos de metritis en los partos a término.

Cuadro N°4: Complicaciones infecciosas en partos pretérminos, según edad materna.

EDAD (AÑOS)	PARTO PRETERMINO	CORIOAMNIONITIS	PORCENTAJE	METRITIS
15-19	2	0	0%	0
20-24	1	0	0%	0
25-29	0	0	0%	0
30-34	1	0	0%	0
35-39	1	1	100%	0
≥40	1	0	0%	0
TOTAL	6	1	100%	0

Fuente: Instrumento de la investigación “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE”

De las 6 pacientes que presentaron partos pretérminos, la corioamnionitis representa el 17% del total de complicaciones infecciosas, siendo el 100% en el rango de edad de 35 a 39 años. No se registraron casos de metritis.

Cuadro N°5: Complicaciones neonatales en partos a pretérmino, según edad materna

EDAD (AÑOS)	PARTO PRETERMINO	BAJO PESO AL NACER	PORCENTAJE	SEPSIS NEONATAL	PORCENTAJE	MUERTE NEONATAL
15-19	2	2	33%	1	50%	1
20-24	1	1	17%	0	0%	0
25-29	0	0	0%	0	0%	0
30-34	1	1	17%	0	0%	0
35-39	1	1	17%	1	50%	0
≥40	1	1	17%	0	0%	0
TOTAL	6	6	100%	2	100%	1

Fuente: Instrumento de la investigación “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE”

De los 6 partos pretérmino analizados, todos (100%) resultaron en recién nacidos con bajo peso. La distribución por edad materna mostró que el grupo más afectado fue el de 15 a 20 años, representando 33%. Dentro de las complicaciones neonatales, 2 casos de sepsis neonatal fueron identificados, se presentaron en los extremos de la vida: uno en el grupo de 15-19 años y otro en el de 35-39 años. Finalmente, se registró un caso de muerte neonatal, lo que representa 17% de los partos pretérmino en el rango de edad de 15-20 años.

Cuadro N°6: Complicaciones neonatales en partos a términos, según edad materna

EDAD (AÑOS)	PARTO A TERMINO	BAJO PESO AL NACER	PORCENTAJE	SEPSIS NEONATAL	PORCENTAJE	MUERTE NEONATAL
15-19	12	5	42%	1	33%	0
20-24	19	2	17%	0	0%	0
25-29	17	2	17%	2	67%	0
30-34	12	3	25%	0	0%	0
35-39	10	0	0%	0	0%	0
≥40	1	0	0%	0	0%	0
TOTAL	71	12	100%	3	100%	0

Fuente: Instrumento de la investigación “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE”

Los resultados demuestran que el 16% de partos a término son bajo peso, siendo el 42% de estos en la edad de 15 a 19 años. El 4% de los partos a término sufrieron sepsis neonatal y de estos el 67% se ubicaron en los rangos de 25 a 29 años. No se presentaron muertes neonatales en esta serie.

Cuadro N°7: Partos a término que presentaron RPM, según IMC materno

IMC	PARTO A TERMINO	RPM	PORCENTAJE
BAJO PESO	4	0	0%
PESO NORMAL	27	2	18%
SOBREPESO	22	7	64%
OBESIDAD	18	2	18%
TOTAL	71	11	100%

Cuadro N°8: Partos pretérmino que presentaron RPM, según IMC materno.

IMC	PARTO PRETERMINO	RPM	PORCENTAJE
BAJO PESO	2	0	0%
PESO NORMAL	1	0	0%
SOBREPESO	1	1	100%
OBESIDAD	2	0	0%
TOTAL	6	1	100%

Fuente: Instrumento de la investigación "PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE"

Los resultados demuestran que el 64% de casos de RPM en partos a término se presentó en gestantes con sobrepeso. Mientras que 18% fueron obesas y otro 18% de ellas en peso normal. Mientras que el 100% de las embarazadas con parto pretérmino que presentaron RPM tienen sobrepeso.

Cuadro N°9: Complicaciones infecciosas en partos a término, según IMC materna

IMC	PARTO A TERMINO	CORIOAMNIONITIS	PORCENTAJE	METRITIS
BAJO PESO	4	0	0%	0
PESO NORMAL	27	0	0%	0
SOBREPESO	22	1	100%	0
OBESIDAD	18	0	0%	0
TOTAL	71	1	100%	0

Cuadro N°10: Complicaciones infecciosas en partos pretérmino, según IMC materna

IMC	PARTO A PRETERMINO	CORIOAMNIONITIS	PORCENTAJE	METRITIS
BAJO PESO	2	0	0%	0
PESO NORMAL	1	0	0%	0
SOBREPESO	1	0	0%	0
OBESIDAD	2	1	100%	0
TOTAL	6	1	100%	0

Fuente: Instrumento de la investigación "PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE"

De los 71 partos a término, solo se presentó un caso de corioamnionitis, el cual ocurrió en una paciente con sobrepeso, esto representa el 1.4% del total de partos a término. De las 6 pacientes que presentaron partos pretérminos, la corioamnionitis representa el 17% del total de complicaciones infecciosas, y el 100% de estas son obesas. No se presentaron casos de metritis en los partos a término ni pretérmino.

Cuadro N°11: Complicaciones neonatales en partos términos, según IMC materno

IMC	PARTO A TERMINO	BAJO PESO AL NACER	PORCENTAJE	SEPSIS NEONATAL	PORCENTAJE	MUERTE NEONATAL
BAJO PESO	4	1	8%	0	0%	0
PESO NORMAL	27	2	17%	0	0%	0
SOBREPESO	22	7	58%	2	67%	0
OBESIDAD	18	2	17%	1	33%	0
TOTAL	71	12	100%	3	100%	0

Cuadro N°12: Complicaciones neonatales en partos pretérminos, según IMC materno

IMC	PARTO PRETERMINO	BAJO PESO AL NACER	PORCENTAJE	SEPSIS NEONATAL	PORCENTAJE	MUERTE NEONATAL	PORCENTAJE
BAJO PESO	2	2	33%	0	0%	0	0%
PESO NORMAL	1	1	17%	2	100%	1	100%
SOBREPESO	1	1	17%	0	0%	0	0%
OBESIDAD	2	2	33%	0	0%	0	0%
TOTAL	6	6	100%	2	100%	1	100%

Fuente: Instrumento de la investigación "PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE"

De los 6 partos pretérmino analizados con bajo peso al nacer, la distribución por IMC materno mostró que el 33% corresponde a bajo peso y otro 33% a obesidad. Se registró un caso de muerte neonatal, lo que representa 17% de los partos pretérmino con IMC materno en peso normal. Mientras que el 16% de partos a término son bajo peso, siendo el 58% en IMC materno sobrepeso. El 4% de los partos a término sufrieron sepsis neonatal y de estos el 66% se presentaron IMC de sobrepeso. No se presentaron muertes neonatales en esta serie.

Cuadro N°13: partos a término que presentaron RPM, según procedencia materna

PROCEDENCIA	PARTO A TERMINO	RPM	PORCENTAJE
RURAL	59	8	73%
URBANO	12	3	27%
TOTAL	71	11	100%

Cuadro N°14: partos pretérminos que presentaron RPM, según procedencia materna

PROCEDENCIA	PARTO PRETERMINO	RPM	PORCENTAJE
RURAL	5	1	100%
URBANO	1	0	0%
TOTAL	6	1	100%

Fuente: Instrumento de la investigación "PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE"

Los resultados demuestran del que el 73% de casos de RPM en partos a término se presentó en embarazadas que residían en zona rural. Mientras que el 100% de las embarazadas con parto pretérmino que presentaron RPM residen en zona rural.

Cuadro N°15: Complicaciones infecciosas en partos término, según procedencia materna

PROCEDENCIA	PARTO A TERMINO	CORIOAMNIONITIS	PORCENTAJE	METRITIS
RURAL	59	1	100%	0
URBANO	12	0	0%	0
TOTAL	71	1	100%	0

Cuadro N°16: Complicaciones infecciosas en partos pretérmino, según procedencia materna

PROCEDENCIA	PARTO PRETERMINO	CORIOAMNIONITIS	PORCENTAJE	METRITIS
RURAL	5	1	100%	0
URBANO	1	0	0%	0
TOTAL	6	1	100%	0

Fuente: Instrumento de la investigación “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE”

Los resultados demuestran que el 100% de casos de corioamnionitis en partos a término se presentó en embarazadas que residían en zona rural. Al igual del 100% de las embarazadas con parto pretérmino que presentaron corioamnionitis residen en zona rural. No se presentaron casos de metritis.

Cuadro N°17: Complicaciones neonatales en partos a términos, según procedencia materna.

PROCEDENCIA	PARTO A TERMINO	BAJO PESO AL NACER	PORCENTAJE	SEPSIS NEONATAL	PORCENTAJE	MUERTE NEONATAL
RURAL	59	10	83%	3	100%	0
URBANO	12	2	17%	0	0%	0
TOTAL	71	12	100%	3	100%	0

Cuadro N°18: Complicaciones neonatales en partos pretérminos, según procedencia materna.

PROCEDENCIA	PARTO PRETERMINO	BAJO PESO AL NACER	PORCENTAJE	SEPSIS NEONATAL	PORCENTAJE	MUERTE NEONATAL	PORCENTAJE
RURAL	5	5	83%	2	100%	1	100%
URBANO	1	1	17%	0	0%	0	0%
TOTAL	6	6	100%	2	100%	1	100%

Fuente: Instrumento de la investigación “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE”

De los 6 partos pretérmino analizados con bajo peso al nacer, la distribución por procedencia materna mostró que el 83% corresponden al área rural. Se registró un caso de muerte neonatal, lo que representa 17% de los partos pretérmino, siendo el 100% en área rural. El 33% de los partos pretérmino sufrieron sepsis neonatal y de estos el 100% se presentaron en el área rural. Mientras que el 16% de partos a término son bajo peso, siendo el 83% del área rural. El 4% de los partos a término sufrieron sepsis neonatal y de estos el 100% se presentaron en el área rural. No se presentaron muertes neonatales en esta serie.

Cuadro N°19: partos a término que presentaron RPM, según nivel educativo materno

NIVEL EDUCATIVO	PARTO A TERMINO	RPM	PORCENTAJE
SIN EDUCACION FORMAL	18	4	36%
PRIMARIA	33	3	27%
SECUNDARIA/BACHILLERATO	14	2	18%
TECNICO/UNIVERSITARIO	6	2	18%
TOTAL	71	11	100%

Cuadro N°20: partos pretérminos que presentaron RPM, según nivel educativo materno

NIVEL EDUCATIVO	PARTO PRETERMINO	RPM	PORCENTAJE
SIN EDUCACION FORMAL	2	0	0%
PRIMARIA	2	0	0%
SECUNDARIA/BACHILLERATO	1	1	100%
TECNICO/UNIVERSITARIO	1	0	0%
TOTAL	6	1	100%

Fuente: Instrumento de la investigación “PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE”

Los resultados demuestran del que el 36% de casos de RPM en partos a término se presentó en embarazadas sin educación formal y el 27% en aquellas con educación primaria. Mientras que el 100% de las embarazadas con parto pretérmino que presentaron RPM tienen educación a nivel de secundaria/bachillerato.

Cuadro N°21: Complicaciones infecciosas en partos a término, según nivel educativo materno

NIVEL EDUCATIVO	PARTO A TERMINO	CORIOAMNIONITIS	PORCENTAJE	METRITIS
SIN EDUCACION FORMAL	18	0	0%	0
PRIMARIA	33	1	100%	0
SECUNDARIA/BACHILLERATO	14	0	0%	0
TECNICO/UNIVERSITARIO	6	0	0%	0
TOTAL	71	1	100%	0

Cuadro N°22: Complicaciones infecciosas en partos pretérmino, según nivel educativo materno

NIVEL EDUCATIVO	PARTO PRETERMINO	CORIOAMNIONITIS	PORCENTAJE	METRITIS
SIN EDUCACION FORMAL	2	0	0%	0
PRIMARIA	2	1	100%	0
SECUNDARIA/BACHILLERATO	1	0	0%	0
TECNICO/UNIVERSITARIO	1	0	0%	0
TOTAL	6	1	100%	0

Fuente: Instrumento de la investigación “PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE”

Los resultados demuestran que el 100% de casos de corioamnionitis en partos a término se presentó en embarazadas con educación primaria. Al igual del 100% de las embarazadas con parto pretérmino que presentaron corioamnionitis con educación primaria. No se presentaron casos de metritis.

Cuadro N°23: Complicaciones neonatales en partos a término, según nivel educativo materno.

NIVEL EDUCATIVO	PARTO A TERMINO	BAJO PESO AL NACE	PORCENTAJE	SEPSIS NEONATAL	PORCENTAJE	MUERTE NEONATAL
SIN EDUCACION FORMAL	18	3	25%	1	33%	0
PRIMARIA	33	4	33%	1	33%	0
SECUNDARIA/BACHILLERATO	14	4	33%	1	33%	0
TECNICO/UNIVERSITARIO	6	1	8%	0	0%	0
TOTAL	71	12	100%	3	100%	0

Cuadro N°24: Complicaciones neonatales en partos pretérmino, según nivel educativo materno

NIVEL EDUCATIVO	PARTO PRETERMINO	BAJO PESO AL NACE	PORCENTAJE	SEPSIS NEONATAL	PORCENTAJE	MUERTE NEONATAL
SIN EDUCACION FORMAL	2	1	17%	1	50%	0
PRIMARIA	2	2	33%	1	50%	1
SECUNDARIA/BACHILLERATO	1	2	33%	0	0%	0
TECNICO/UNIVERSITARIO	1	1	17%	0	0%	0
TOTAL	6	6	100%	2	100%	1

Fuente: Instrumento de la investigación “PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE”

De los 6 partos pretérmino analizados con bajo peso al nacer, la distribución por nivel educativo materno mostró que el 33% corresponden educación primaria y otro 33% a educación secundaria/bachillerato. Se registró un caso de muerte neonatal, lo que representa 17% de los partos pretérmino, siendo el 100% con educación primaria. El 33% de los partos pretérmino sufrieron sepsis neonatal y de estos se distribuyen equitativamente (33% cada categoría) entre educación primaria, secundaria /bachillerato o sin educación formal. Mientras que el 16% de partos a término son bajo peso, siendo el 33% corresponden educación primaria y otro 33% a educación secundaria/bachillerato. El 4% de los partos a término sufrieron sepsis neonatal y de estos 50% sin educación formal y el otro 50% con educación primaria. No se presentaron muertes neonatales en esta serie.

Cuadro N°25: partos a término que presentaron RPM, según nivel ocupación materna

OCUPACION	PARTO A TERMINO	RPM	PORCENTAJE
AMA DE CASA	45	4	36%
TRABAJO FORMAL	7	2	18%
TRABAJO INFORMAL	19	5	45%
TOTAL	71	11	100%

Cuadro N°26: partos pretérminos que presentaron RPM, según nivel ocupación materna

OCUPACION	PARTO PRETERMINO	RPM	PORCENTAJE
AMA DE CASA	4	1	100%
TRABAJO FORMAL	1	0	0%
TRABAJO INFORMAL	1	0	0%
TOTAL	6	1	100%

Fuente: Instrumento de la investigación “PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE”

La prevalencia de la RPM en los casos de embarazo a término fue mayor en las mujeres que tienen un trabajo informal ya que estas presentaron el 45% de los casos, en cuanto los partos pretérmino el 100% de las amas de casa presento RPM.

Cuadro N°27: Complicaciones infecciosas en partos a término, según ocupación materna

OCUPACION	PARTO A TERMINO	CORIOAMNIONITIS	PORCENTAJE	METRITIS
AMA DE CASA	45	1	100%	0
TRABAJO FORMAL	7	0	0%	0
TRABAJO INFORMAL	19	0	0%	0
TOTAL	71	1	100%	0

Cuadro N°28: Complicaciones infecciosas en partos pretérmino, según ocupación materna

OCUPACION	PARTO PRETERMINO	CORIOAMNIONITIS	PORCENTAJE	METRITIS
AMA DE CASA	4	1	100%	0
TRABAJO FORMAL	1	0	0%	0
TRABAJO INFORMAL	1	0	0%	0
TOTAL	6	1	100%	0

Fuente: Instrumento de la investigación "PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE"

En ambos casos de parto a término y pretérmino el 100% de los casos de corioamnionitis estaban presente en las amas de casa, no se reportó ninguna metritis.

Cuadro N°29: Complicaciones neonatales en partos a término, según ocupación materna

OCUPACION	PARTO A TERMINO	BAJO PESO AL NACER	PORCENTAJE	SEPSIS NEONATAL	PORCENTAJE	MUERTE NEONATAL
AMA DE CASA	45	6	50%	3	100%	0
TRABAJO FORMAL	7	2	17%	0	0%	0
TRABAJO INFORMAL	19	4	33%	0	0%	0
TOTAL	71	12	100%	3	100%	0

Cuadro N°30: Complicaciones neonatales en partos pretérmino, según ocupación materna

OCUPACION	PARTO PRETERMINO	BAJO PESO AL NACER	PORCENTAJE	SEPSIS NEONATAL	PORCENTAJE	MUERTE NEONATAL
AMA DE CASA	3	3	50%	2	100%	1
TRABAJO FORMAL	0	0	0%	0	0%	0
TRABAJO INFORMAL	3	3	50%	0	0%	0
TOTAL	6	6	100%	2	100%	1

Fuente: Instrumento de la investigación "PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE"

El 50% de los casos de bajo peso al nacer de los partos a término estaba entre aquellas mujeres que tiene como ocupación ama de casa, igualmente el 100% de los casos de sepsis neonatal en dichos partos a término también fue de estas mismas, por su otra parte los partos pretérmino el 100% de sepsis neonatal, también se dio en las amas de casa, y solo el 50% de los casos de bajo peso al nacer les pertenecía a ellas, ya que el otro 50% fue de las que tenía un trabajo informal, el único caso documentado de muerte neonatal fue de una ama de casa.

Cuadro N°31: partos a término que presentaron RPM, según estado civil materno

ESTADO CIVIL	PARTO A TERMINO	RPM	PORCENTAJE
CASADA	11	5	45%
ACOMPAÑADA	41	4	36%
SOLTERA	19	2	18%
TOTAL	71	11	100%

Cuadro N°32: partos pretérminos que presentaron RPM, según estado civil materno

ESTADO CIVIL	PARTO PRETERMINO	RPM	PORCENTAJE
CASADA	1	0	0%
ACOMPAÑADA	4	1	100%
SOLTERA	1	0	0%
TOTAL	6	1	100%

Fuente: Instrumento de la investigación “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE”

El 45% de los casos de RPM está presente en las mujeres casadas, en cambio el 100% de los casos de RPM en el parto pretérmino estuvo presente en las mujeres acompañadas.

Cuadro N°33: Complicaciones infecciosas en partos a término, según estado civil materno

ESTADO CIVIL	PARTO A TERMINO	CORIOAMNIONITIS	PORCENTAJE	METRITIS
CASADA	11	0	0%	0
ACOMPAÑADA	41	1	100%	0
SOLTERA	19	0	0%	0
TOTAL	71	1	100%	0

Cuadro N°34: Complicaciones infecciosas en partos pretérmino, según estado civil materno

ESTADO CIVIL	PARTO PRETERMINO	CORIOAMNIONITIS	PORCENTAJE	METRITIS
CASADA	1	0	0%	0
ACOMPAÑADA	4	1	100%	0
SOLTERA	1	0	0%	0
TOTAL	6	1	100%	0

Fuente: Instrumento de la investigación “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE”

En cuanto a las complicaciones infecciosas la distribución de la corioamnionitis era equitativa en ambos grupos de parto a término y pretérmino al igual su distribución en los estados civil ya que el 100% de los casos se dio en mujeres acompañadas de parto a término y también el 100% en partos pretérmino.

Cuadro N°35: Complicaciones neonatales en partos a término, según estado civil materno

ESTADO CIVIL	PARTO A TERMINO	BAJO PESO AL NACER	PORCENTAJE	SEPSIS NEONATAL	PORCENTAJE	MUERTE NEONATAL
CASADA	11	4	33%	0	0%	0
ACOMPAÑADA	41	5	42%	2	67%	0
SOLTERA	19	3	25%	1	33%	0
TOTAL	71	12	100%	3	100%	0

Cuadro N°36: Complicaciones neonatales en partos pretérmino, según estado civil materno

ESTADO CIVIL	PARTO PRETERMINO	BAJO PESO AL NACER	PORCENTAJE	SEPSIS NEONATAL	PORCENTAJE	MUERTE NEONATAL	PORCENTAJE
CASADA	1	2	33%	0	0%	0	0%
ACOMPañADA	4	1	17%	1	50%	1	100%
SOLTERA	1	3	50%	1	50%	0	0%
TOTAL	6	6	100%	2	100%	1	100%

Fuente: Instrumento de la investigación "PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE EMBARAZADAS CON VAGINOSIS Y SUS RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE 2024 EN UDS-I SAN ANTONIO DEL MONTE"

Del total de embarazos a término el 58% de las mujeres estaban acompañadas, de las cuales el 42% de los casos de recién nacido con bajo peso al nacer les pertenecían a ellas, así igual la sepsis neonatal con un 67% de los casos de dicha complicación. En cuanto a los partos pretérmino la mayor prevalencia de bajo peso al nacer con un 50% de los casos pertenecía a las mujeres solteras.

VIII. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio permiten analizar la relación de diversos factores sociodemográficos, clínicos y obstétricos con la presencia de vaginosis y su asociación con desenlaces obstétricos, particularmente el parto a término y el parto pretérmino. La vaginosis, se considerada una alteración del microbiota vaginal caracterizada por el reemplazo de lactobacilos por bacterias anaerobias, ha sido descrita ampliamente como un factor de riesgo para complicaciones obstétricas, dentro de las cuales se destaca el parto pretérmino.

En cuanto a la edad materna, los hallazgos muestran que la mayor proporción de gestantes (68%) afectadas por vaginosis se concentran en edades comprendidas entre los 21 y 35 años, lo cual coincide con lo reportado en literatura que indica que esta etapa corresponde al periodo de mayor actividad reproductiva. Sin embargo, la presencia de parto pretérmino en este rango de edad se observó en un número menor de casos cerca de él 2% de los embarazados totales, lo cual sugiere que, aunque la vaginosis se diagnostica con mayor frecuencia en este grupo etario, el desenlace se distribuye uniformemente, indicando que la edad no es un factor predominante para el riesgo de parto pretérmino.

Respecto al índice de masa corporal (IMC), los datos sugieren que tanto el sobrepeso como la obesidad pueden representar condiciones predisponentes a resultados perinatales negativos, aunque en esta muestra el desenlace predominante fue el parto a término. La literatura ha descrito que la obesidad altera el sistema inmunológico y la respuesta inflamatoria, lo cual podría favorecer la persistencia de infecciones como la vaginosis.

El análisis de la procedencia y las características sociodemográficas como el nivel educativo, estado civil y ocupación reflejan que las mujeres con menor nivel de escolaridad, con procedencia rural y aquellas que dedican a ser amas de casa o tienen un trabajo informal presentan una mayor frecuencia de vaginosis. Este hallazgo es consistente con la literatura revisa que vinculan los determinantes sociales de la salud con la incidencia de infecciones vaginales. Las limitaciones en el acceso a servicios de salud, la automedicación, el desconocimiento sobre prácticas de higiene íntima y la escasa adherencia a controles prenatales son factores que pueden contribuir a la persistencia de la enfermedad y, en consecuencia, a un mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo.

La paridad se identificó como otro factor de interés, ya que las mujeres multíparas presentaron una proporción significativa del 73% del total de casos de la muestra. La literatura ha señalado que la multiparidad puede asociarse a cambios anatómicos y funcionales del tracto genital, lo que facilita desequilibrios en la flora vaginal. Sin embargo, en este estudio la mayoría de los partos ocurrieron a término, lo que indica que la paridad por sí sola no es un determinante exclusivo del desenlace perinatal.

En relación con la edad gestacional al momento del diagnóstico, se observó que la mayoría de los casos se identificaron en el primer y segundo trimestre del embarazo con un 50% y 37% respectivamente. Este resultado coincide que la vaginosis suele diagnosticarse con mayor frecuencia entre las semanas 12 y 28, etapa en la cual la mujer presenta cambios hormonales que favorecen la alteración del microbiota vaginal. La detección temprana en este periodo es de suma importancia, dado que permite la instauración de un tratamiento oportuno que puede reducir el riesgo de parto pretérmino.

El tratamiento instaurado en la mayoría de las gestantes fue a base de la forma tópica con una incidencia del 93% y el restante 7% fue tratada con medicamento oral y que fueron correctamente prescritos según los lineamientos para la atención de embarazadas dados por el MINSAL. La respuesta favorable al tratamiento y la baja frecuencia de partos pretérmino en la muestra refuerzan la importancia del diagnóstico y tratamiento oportuno como estrategia de prevención de complicaciones.

En cuanto al tipo de parto, se identificó que la mayoría fueron partos por vía vaginal (73%), tanto en los casos de término como en los pretérminos. Este hallazgo refleja que la vía del parto no necesariamente está determinada por la presencia de vaginosis, salvo en situaciones en las que se asocian complicaciones obstétricas adicionales como ruptura prematura de membranas o infección intra amniótica.

En cuanto a los resultados perinatales, las mujeres que tuvieron un parto pretérmino presentaron mayores efectos adversos. La prematuridad en sí misma es un resultado negativo, ya que complica significativamente el desarrollo del neonato. En este grupo, se observó una alta tasa de bajo peso al nacer (100% de los recién nacidos pretérmino), aunque se carece de los datos para determinar si este peso fue inapropiado para su edad gestacional. Además, este grupo concentró el 16% (1 de 6) de muertes neonatales y la mayor frecuencia de sepsis neonatales. Por otro lado, la ruptura prematura de membranas fue una complicación más

prevalente en los partos a término, representando el 92% del total de casos. Destaca que, dentro de las mujeres con ruptura prematura de membranas, el 58% presentaba un IMC que las catalogaba en sobrepeso. Mientras que las complicaciones infecciosas maternas (metritis y corioamnionitis) estaban distribuidas equitativamente (50% cada una) entre los dos grupos de parto a término y parto pretérmino.

No obstante, es necesario reconocer ciertas limitaciones de la investigación. En primer lugar, el tamaño de la muestra puede restringir la generalización de los resultados a una población más amplia. En segundo lugar, el diseño retrospectivo se basa en registros clínicos que pueden presentar sesgos de información. Finalmente, no se evaluaron factores conductuales específicos, como hábitos de higiene, vida sexual o automedicación, que podrían influir en la incidencia y recurrencia de la vaginosis.

IX. CONCLUSIONES

El perfil epidemiológico de las embarazadas diagnosticadas con vaginosis en la UDS-I San Antonio del Monte durante enero a diciembre de 2024 mostró que la mayoría correspondía a mujeres en edad reproductiva entre los 21 y 30 años, con predominio de nivel educativo básico o menor a esta, de ocupación doméstica, con un IMC entre sobrepeso y peso normal, de procedencia rural, multíparas y con estado civil de acompañadas. Estos hallazgos reflejan que los determinantes sociales de la salud, como escolaridad y condiciones socioeconómicas, influyen en la prevalencia de la infección, aunque la mayoría de los embarazos culminaron en partos a término.

En relación con los resultados perinatales, se identificó una baja proporción de partos pretérmino entre las gestantes diagnosticadas con vaginosis, lo que se asocia al diagnóstico oportuno y a la administración de tratamiento tópico, de acuerdo con la normativa establecida por el MINSAL. Esto evidencia que la adherencia a las guías nacionales constituye una estrategia efectiva para reducir complicaciones y mejorar los desenlaces materno-perinatales, así también, los resultados neonatales más prevalente fue bajo peso al nacer, y todos ellos fueron parto pretérmino, así también la ruptura prematura de membrana estaba era más frecuente en las mujeres que tuvieron su parto a término, con un IMC en sobrepeso.

X. RECOMENDACIONES

- **Fortalecer la educación en salud sexual y reproductiva**, dirigida a mujeres en edad fértil atendidas en la UDS-I San Antonio del Monte, con énfasis en prácticas de higiene íntima y la importancia del control prenatal, priorizando a las pacientes con bajo nivel educativo y ocupación doméstica.
- **Implementar un protocolo de tamizaje de bajo costo**, durante la consulta prenatal del segundo trimestre (idealmente entre las 14-20 semanas), optimizando recursos mediante la combinación de un cuestionario estandarizado de síntomas (que evalúe flujo anormal, mal olor persistente y prurito). Los casos que presenten sintomatología sugerente y un pH mayor a 4.5 deberán podrán recibir tratamiento empírico inmediato.
- **Asegurar la adherencia estricta al protocolo de tratamiento establecido por MINSAL**, reforzando la capacitación del personal de salud sobre el adecuado manejo según normativa MINSAL de tratamiento oral y tópico.
- **Asegurar que el sistema de seguimiento clínico postratamiento**, se lleve a cabo completamente en las gestantes diagnosticadas, con controles periódicos hasta el final del embarazo, o con participación del promotor de salud para ubicar a dicha usuaria, para reducir la posibilidad de recurrencias y fortalecer la vigilancia epidemiológica.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MINSAL. Memoria de labores de junio 2023 a mayo 2024
2. Organización Panamericana de la Salud. Salud Mesoamérica: avances en la reducción de la mortalidad materna e infantil en El Salvador [Internet]. 2023 Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/1-12-2023-salud-mesoamerica-avances-reduccion-mortalidad-materna-infantil-el-salvador>
3. García JA, Ramírez SV, Díaz ME. Epidemiología de la vaginosis bacteriana en mujeres gestantes. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2013
4. Alemán Mondeja Linet Diana, Almanza Martínez Caridad, Fernández Limia Octavio. Diagnóstico y prevalencia de infecciones vaginales. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2010 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000200008&lng=es
5. Ravel J, Gajer P, Abdo Z, Schneider GM, Koenig SSK, McCulle SL, et al. Vaginal microbiome of reproductive-age women. Proc Natl Acad Sci U S A [Internet]. 2011 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3063603/>
6. Pappas PG, Kauffman CA, Andes DR, Clancy CJ, Marr KA, Ostrosky-Zeichner L, et al. Clinical Practice Guideline for the Management of Candidiasis: 2016 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis [Internet]. 2016 Disponible en: <https://doi.org/10.1093/cid/civ933>
7. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep [Internet]. 2021 Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/rr/rr7004a1.htm> DOI: 10.15585/mmwr.rr7004a1
8. Yano J, Sobel JD, Nyirjesy P, Sobel R, Williams VL, Yu Q, et al. Current patient perspectives of vulvovaginal candidiasis: incidence, symptoms, management and post-treatment outcomes. BMC Womens Health [Internet]. 2019 Disponible en: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-019-0748-8>
9. World Health Organization. Trichomoniasis [Internet]. Geneva: WHO; 2023 Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/trichomoniasis>

10. Kissinger P, Adamski A. Trichomoniasis. *Clin Microbiol Rev* [Internet]. 2023 Disponible en: <https://journals.asm.org/doi/10.1128/cmr.00009-23>
11. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Infecciones vaginales. Tricomoniasis. En: *Protocolos SEGO* [Internet]. Madrid; 2019 Disponible en: https://sego.es/mujeres/Protocolos_Ginecologia.pdf
12. Zapata Martinez JF, Pérez Muñoz A, Tirado Otalvaro AF, González JD, Velásquez Vergara SM. Factores de riesgo asociados a infecciones vaginales y lesiones escamosas intraepiteliales. *Enf Global* [Internet]. 27 de marzo de 2018
13. Amabebe E, Anumba DOC. The Vaginal Microenvironment: The Physiologic Role of Lactobacilli. *Front Med (Lausanne)* [Internet]. 2018 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6077153/>
14. Chee WJY, Chew SY, Than LTL. Vaginal microbiota and the potential of Lactobacillus derivatives in maintaining vaginal health. *Microb Cell Fact* [Internet]. 2020 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7690082/>
15. Van de Wijgert JHHM, Jaspers V. The global health impact of vaginal dysbiosis. *Res Microbiol* [Internet]. 2017 Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0923250817301471>
16. García Piña DL, Estrada Núñez JL, Proenza Fernández L. Infección vaginal en gestantes y su influencia en la morbilidad y mortalidad perinatal. *RM* [Internet]. 2017 Disponible en: <https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/490>
17. Mendes-Santiago R, Hernández-Castro R, García-Hernández AL, Soto-Zárate CI, Campos-Romero A, León-Sicairos N. La humedad ambiental como factor de riesgo para infecciones vulvovaginales: un estudio en clima tropical. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2021 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=101234>
18. Sobel JD, Mitchell C. Vaginitis and vaginal microbiome. In: Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ, eds. *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. 9th ed. Philadelphia
19. Cappelletti M, Della Bella S, Ferrazzi E, Mavilio D, Divito S. Inflammation and preterm birth. *J Leukoc Biol* [Internet]. 2016 Disponible en: <https://doi.org/10.1189/jlb.3MR0615-272RR>

20. Romero R, Dey SK, Fisher SJ. Preterm labor: One syndrome, many causes. *Science* [Internet]. 2019 Disponible en: <https://doi.org/10.1126/science.1251816>
21. Donati L, Di Vico A, Nucci M, Quagliozzi L, Spagnuolo T, Labianca A, et al. Vaginal microbial flora and outcome of pregnancy. *Arch Gynecol Obstet*. 2010 Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00404-009-1318-3>
22. Organización Mundial de la Salud (OMS). Obesidad y sobrepeso [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
23. Monzón-Vargas M, et al. Pelvic abscess formation secondary to the use of commercial hemostatic topical agent in an immunocompromised patient. *J Gynecol Res Obstet*. 2017 Disponible en: <https://www.clinsurggroup.us/articles/JGRO-4-151.php>
24. Gondo DC, da Silva MG, Poletini J, Tristão AR, Brito LG, Witkin SS, et al. Factores de riesgo socioeconómicos, psicosociales y conductuales para la vaginosis bacteriana durante el embarazo: un estudio multicéntrico. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2020 Disponible en: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0038-1655746>
25. González-Mesa E, Herrera-López A, Benítez-Trujillo F. Infecciones vaginales y riesgo de parto pretérmino: mecanismos fisiopatológicos y evidencia actual. *Rev Peru Ginecol Obstet* [Internet]. 2020 Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-5132202000030009&lng=es
26. Leitich H, Kiss H. Asymptomatic bacterial vaginosis and intermediate flora as risk factors for adverse pregnancy outcome. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2018 Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521693406001117>
27. Cires Pujo Miriam, Freijoso Santiesteban Elsie, Silva Herrera Lázaro, Vergara Fabián Eduardo, Cutié León Eduardo, Ortega Blanco Mirna et al . Guía para la práctica clínica de las infecciones vaginales. *Rev Cubana Farm* [Internet]. 2023
28. Nicolle LE, Gupta K, Bradley SF, et al. Clinical Practice Guideline for the Management of Asymptomatic Bacteriuria: 2019 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2019

29. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Guía de práctica clínica: Vaginosis bacteriana [Internet]. Londres: FIGO; 2021 Disponible en: <https://www.figo.org/es/guidelines-on-bacterial-vaginosis>
30. MINSAL, Guías Clínicas de Ginecología y Obstetricia. 2021.

XII. ANEXOS
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Datos Generales

Edad de la gestante (años): ____ **Peso:** ____ kg **Talla:** ____ m

IMC Categoría

- Bajo peso
- Peso normal
- Sobrepeso
- Obesidad

Procedencia

- Rural
- Urbano

Nivel educativo

- Sin educación formal
- Primaria
- Secundaria/Bachillerato
- Técnico/Universitario

Estado civil

- Casada
- Acompañada
- Soltera

Ocupación

- Ama de casa
- Trabajo formal
- Trabajo informal

Antecedentes Obstétricos

(G): ___(P): ___(P): ___(A): ___(V): ___

Antecedentes de vaginosis en embarazos anteriores:

Sí

No

No aplica (primigesta)

Datos Clínicos Actuales

Edad gestacional al diagnóstico (semanas): ___

Factores de riesgo asociados: (Marcar todos los que apliquen)

Múltiples parejas sexuales

Antecedente de ITS

Patología crónica

Infección de vías urinarias durante el embarazo

Tabaquismo

Alcoholismo

Ninguno

Tratamiento

Tratamiento recibido:

	Oral	Tópico
Dosis adecuada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dosis no adecuada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cumplimiento del tratamiento:

Completo

Incompleto

No registrado

Tratamiento a la pareja

Sí

No

Control postratamiento:

Curación confirmada

Persistencia de síntomas

No asistió a control

Parto

Vía del parto

- Vaginal
- Cesárea

Resultados Perinatales

Resultado del embarazo: (Marcar todos los que apliquen)

- Parto a término (≥ 37 semanas)
- Parto pretérmino (< 37 semanas)
- Aborto
- Ruptura prematura de membranas
- Corioamnionitis
- Metritis

Complicaciones neonatales

Peso del recién nacido: _____

- Bajo peso al nacer (< 2500 g)
- Sepsis neonatal
- Muerte neonatal
- Ninguna

Tabla N°1 de Grafica de Edad materna.

Años	Frecuencia	Porcentaje
15-19	14	17%
20-24	22	26%
25-29	17	21%
30-34	17	21%
35-39	11	13%
Mayor de 40	2	2%
TOTAL	84	100%

Tabla N°2 de Grafica de IMC materno

IMC	Frecuencia	Porcentaje
Bajo peso	6	7%
Peso normal	24	29%
Sobrepeso	33	39%
Obesidad	21	25%
Total	84	100%

Tabla N°3 de Grafica de Procedencia Materna

Procedencia	frecuencia	porcentaje
Rural	69	82%
Urbano	15	18%
Total	84	100%

Tabla N°4 de Grafica de Nivel educativo materno.

Nivel Educativo	Frecuencia	Porcentaje
Tecnico/Universitario	7	8%
Secundario/Bachillerato	18	21%
Primaria	38	45%
sin educacion formal	21	25%
total	84	100%

Tabla N°5 de Grafica de estado civil materno.

Estado Civil	frecuencia	Porcentaje
Casada	14	17%
Acompañada	47	56%
Soltera	23	27%
Total	84	100%

Tabla N°6 de Grafica de ocupación materna

Ocupacion	Frecuencia	Porcentaje
Trabajo informal	24	28%
Trabajo formal	8	10%
Ama de casa	52	62%
Total	84	100%

Tabla N°7 de Grafica edad gestacional al diagnostico

Edad Gestacion al diagnostico	Frecuencia	Porcentaje
Tercero	10	12%
Segundo	31	37%
Primero	42	50%
Total	84	100%

Tabla N°8 de Grafica de Incidencia de vaginosis según paridad

Incidencia de vaginosis según paridad	frecuencia	Porcentaje
Primigesta	23	27%
Multipara	61	73%
Total	84	100%

Tabla N°9 de grafica de Antecedentes de vaginosis en embarazo previo.

Antecedente de vaginosis en embarazo previo	Frecuencia	Porcentaje
NO	25	41%
SI	36	59%
Total	84	100%

Tabla N°10 de grafica de Factores de riesgos maternos.

Factore de riesgo asociados	Frecuencia
IVU	24
Alcoholismo	8
Tabaquismo	8
Patologia cronica	18
Antecedes de ITS	6
Multiples Parejas Sexuales	20

Tabla N°11 de prevalencia de factores de riesgos asociados.

Prevalencia de factores de riesgo asociados.	Frecuencia	Porcentaje
Más de 2	6	7%
2 Factores	8	10%
1 Factor	66	79%
Ningun factor	4	5%
Total	84	84%

Tabla N°12 de Grafica de tipo de tratamiento

Tipo de tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Oral	6	7%
Topico	78	93%
Total	84	100%

Tabla N°13 de Grafica de tratamiento a la pareja

Tratamiento a la pareja	Frecuencia	Porcentaje
SI	0	0%
NO	84	100%
Total	84	100%

Tabla N°14 de Grafica de cumplimiento de tratamiento

Cumplimiento de tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Completo	75	89%
Incompleto	5	6%
No registrado	4	5%
Total	84	100%

Tabla N°15 de grafica de control postratamiento

Control postratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Curación	70	83%
Sintomas Persisten	10	12%
No asisten a control	4	5%
Total	84	100%

Tabla N°16 de Grafica de resultados del embarazo en paciente con vaginosis.

Resultado perinatal	Frecuencia	Porcentaje
Nacido Vivo	77	92%
Aborto	7	8%
Mortinato	0	0%
Total	84	100%

Tabla N°17 de Grafica de Vía del Parto

Via del parto	Frecuencia	Porcentaje
Vaginal	56	73%
Cesarea	21	27%
Total	77	100%

Tabla N°18 de Grafica: Edad gestacional del parto según edad materna

Edad gestacional del parto según edad materna			
Edades	parto a termino	parto pretermino	aborto
15-19	12	2	0
20-24	19	1	1
25-29	17	0	0
30-34	12	1	6
35-39	10	1	0
mayor e 40 años	2	1	0
total	71	6	7

Tabla N°19 de Grafica: Edad gestacional al parto según IMC materno.

Edad gestacion al parto según IMC materno			
IMC	Parto a termino	Parto pretermino	Aborto
Bajo peso	4	2	0
Peso normal	22	1	1
Sobrepeso	27	1	5
Obesidad	21	2	1
Total	71	6	7

Tabla N°20 de Grafica: Edad gestacional al parto según procedencia materna.

Edad gestacional del parto según procedencia materna			
Procedencia	Parto termino	Parto pretermino	Aborto
Rural	59	5	5
Urbano	12	1	2
Total	71	6	7

Tabla N°21 de Grafica: Edad gestacional al parto según nivel educativo materno.

Edad gestacion al parto según nivel educativo materno			
Nivel educativo	Parto a termino	Parto Pretermino	Aborto
Sin educacion formal	18	2	1
Primaria	33	2	3
Secundaria/bachillerato	14	1	3
Tecnico/Universitario	6	1	0
Total	71	6	7

Tabla N°22 de Grafica: Edad gestacional al parto según estado civil materno.

Edad gestacional al parto según estado civil materno			
Estado civil	Parto a termino	Parto Pretermino	Aborto
Casada	11	1	2
Acompañada	41	4	2
Soltera	19	1	3
Total	71	6	7

Tabla N°23 de Grafica: Edad gestacional al parto según ocupación materna.

Edad gestacion al parto según ocupacion materno			
Ocupacion	parto a termino	Parto pretermino	Aborto
Ama de casa	45	4	3
Trabajo Formal	7	1	0
Trabjo Informal	19	1	4
Total	71	6	7