

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



**“INCIDENCIA Y MANEJO INTEGRAL DE INFECCIONES VAGINALES EN
EMBARAZADAS DE 18 A 35 AÑOS ATENDIDAS EN LA UNIDAD
COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIA EL TRIUNFO, DE
ENERO A JUNIO DE 2024”**

PRESENTADO POR:

LUZ ANGÉLICA RIVAS MERLOS

JHOSELINE ALEXANDRA RUGAMAS SERRANO

ERICK JOSUÉ SERPAS GIL

PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

DOCTOR EN MEDICINA

ASESOR:

DR. GIOVANNI ALEXANDER POLANCO GARCÍA

CIUDAD UNIVERSITARIA “DR. FABIO CASTILLO FIGUEROA”, SAN
SALVADOR, EL SALVADOR, SEPTIEMBRE, 2024

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Msc. Juan Rosa Quintanilla

RECTOR

Dra. Evelyn Beatriz Farfán
VICERRECTOR ACADÉMICO

Msc. Roger Arias
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

Lic. Pedro Rosalio Escobar Castaneda
SECRETARIO GENERAL

AUTORIDADES DE FACULTAD DE MEDICINA

Dr. Saúl Díaz Peña

Decano

Lic. Franklin Méndez

Vicedecano

MsC. Roberto Hernández

Secretario

Dr. Douglas Alfredo Velásquez

Director Escuela de Medicina

RESUMEN

Las infecciones vaginales constituyen uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones obstétricas. Este estudio tiene como objetivo establecer la incidencia y manejo integral de infecciones vaginales en embarazadas de 18 a 35 años de la Unidad de Salud Intermedia El Triunfo, de enero a junio de 2024; el estudio se clasifica como descriptivo, cuantitativo de corte transversal; donde participaron 42 mujeres embarazadas con diagnósticos de infección vaginal, utilizando la lista de cotejo como instrumento de recolección de información.

Entre los resultados obtenidos sobre la incidencia de casos de infección vaginal se evidencia que el 62.9% de ellos, son de etiología bacteriana, de los cuales el 45.2%, fueron diagnosticados en el primer trimestre, siendo el metronidazol gel el tratamiento farmacológico más usado, además se determinó que el 64.5% de los casos, se presentaron como único episodio de infección vaginal durante el embarazo.

Con respecto a los lineamientos¹ para el manejo de infecciones vaginales, se establece que se debe realizar visita domiciliar al cuarto día de iniciado el tratamiento por personal de salud y seguimiento médico al séptimo día del tratamiento; según los resultados del estudio, el 41% de los casos recibió visita domiciliar, y el 79% asistió a su cita correspondiente. Además, se establece la importancia de educar a la población, a través de consejerías sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual, adecuada higiene personal, y adherencia al tratamiento, las cuales fueron brindadas en más del 70% de los casos reportados con infecciones vaginal

¹ Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido. Servicios en SSR para atención de emergencias o desastres

INTRODUCCION

Las infecciones vaginales son la causa más frecuente de flujo vaginal anormal en las mujeres en edad de procrear; de forma que el embarazo es un período en el cual las mujeres se encuentran más predispuestas a desarrollarlas. Las infecciones vaginales pueden ser causadas por una gran variedad de patógenos como las bacterias, hongos y parásitos; siendo la más frecuente la vaginosis bacteriana con un 40-50 %, seguida por candidiasis con un 20-25 % y finalmente tricomoniasis con un 15-20 %; respectivamente. Datos epidemiológicos sobre la población de mujeres de 18 - 35 años embarazadas que consultan en US I El Triunfo Usulután, El Salvador, reportaron 41 casos de infecciones genitales en gestantes para el año 2019, durante el año 2020 se registraron 29 casos, en el 2021 se documentaron 35 casos, en el año 2022 se registran 13 casos, y 31 casos diagnosticados en el 2023; lo cual supone un incremento considerable por el número de casos que podrían desencadenar en las diferentes complicaciones obstétricas .

Una investigación realizada por la Universidad de El Salvador, Facultad Multidisciplinaria Oriental, sobre vaginitis y vaginosis bacteriana en mujeres de 15 a 35 años de edad, que consultan las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Olomega, La Unión, Las Placitas, San Miguel, Trompina y Morazán en el año 2016, concluye que la vaginitis y vaginosis bacteriana tienen una alta recurrencia en las mujeres embarazadas en estudio. Así mismo en un informe publicado en Enero del 2021 donde se toman como muestra 100 mujeres embarazadas de la zona oriental del país, que abarcan los departamentos de San Miguel, Morazán y Usulután, se determinó que un 40% de las mujeres presentó en una ocasión una infección vaginal, seguido de un 36% que presentaron 2 infecciones vaginales durante su embarazo, y un 7% respondieron que han presentado 3 o más infecciones vaginales durante su embarazo, siendo las vaginosis bacterianas y candidiasis vaginal, las más frecuentes.

Bajo este contexto las infecciones en mujeres embarazadas son consideradas un problema de salud público tanto a nivel mundial así como también a nivel regional que constituyen un aspecto fundamental a tener en cuenta en la producción de efectos adversos durante el embarazo tales como: amenaza de parto de pretérmino, rotura prematura de membranas, también se ha asociado con nacimientos de bajo peso, neumonía congénita e infección generalizada en el recién nacido, así como infecciones en la madre durante el puerperio.

Es a través del presente estudio que se pretende describir los diferentes tipos de infecciones vaginales y dentro de ellas describir la que se presenta con mayor frecuencia, ya que a través del diagnóstico clínico oportuno y el manejo multidisciplinario efectivo se estaría contribuyendo a una disminución de las diferentes complicaciones, así mismo, se buscaría a través de la revisión de expedientes clínicos que se estén cumpliendo a cabalidad los lineamientos que se encuentran establecidos para el abordaje de las infecciones vaginales en la mujer embarazada, sumado a esto el seguimiento por parte del personal médico , enfermería y promotores de salud, encargados de realizar acciones encaminadas a la promoción y prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual, todo esto con la finalidad de promover una mejor calidad de vida para la mujer en su proceso de embarazo así como para el futuro recién nacido.

CONTENIDO

OBJETIVOS	1
I. MARCO TEÓRICO	2
1.1. GENERALIDADES.....	2
1.2. VAGINOSIS BACTERIANA.....	3
1.3. CANDIDIASIS VAGINAL.	7
1.4. TRICOMONIASIS VAGINAL.....	9
1.5. CONSECUENCIAS DE INFECCIONES VAGINALES EN EL EMBARAZO.....	10
1.6. RELACIÓN DEL APARECIMIENTO DE LAS INFECCIONES VAGINALES Y EL TRIMESTRE DEL EMBARAZO.....	15
1.7. SEGUIMIENTO DE INFECCIONES VAGINALES POR PERSONAL MULTIDISCIPLINARIO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.	17
1. 8. EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN DE INFECCIÓN VAGINALES.	20
1. 9. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO: CIUDAD EL TRIUNFO	21
Aspectos económicos y sociales	26
II. DISEÑO METODOLÓGICO	28
TIPO DE INVESTIGACIÓN:.....	28
ÁREA Y PERIODO DE INVESTIGACIÓN:.....	28
UNIVERSO:	28
POBLACIÓN.....	28
CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	28
CRITERIO DE NO INCLUSIÓN:.....	29
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:	29
VARIABLES:	29
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	38
FUENTES DE INFORMACIÓN	42
RECOLECCIÓN DE DATOS:	42
MECANISMO DE CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE LOS DATOS.....	43
PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.	43
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	43
III. RESULTADOS	45

IV. DISCUSIÓN	52
VI. RECOMENDACIONES	63
VII. REFERENCIAS	64
VIII. ANEXOS	70
Anexo 1. Instrumento: Lista de cotejo.....	70
Anexo 2. Consentimiento informado.....	72
Anexo 3. Tablas de resultados.....	73

GLOSARIO

- *Infección vaginal*: Enfermedades frecuentes asociadas a relaciones sexuales que permite el pasaje de microorganismos
- *Microbiota vaginal*: Es el conjunto de microorganismos que habitan normalmente en vagina y se encargan de proteger el medio.
- *Primer trimestre de embarazo*: Periodo de embarazo que abarca desde la semana 0 a la semana 12 de gestación
- *Segundo trimestre de embarazo*: Periodo de embarazo que abarca desde la semana 13 a la semana 24 de gestación.
- *Tercer trimestre de embarazo*: Periodo de embarazo que abarca desde la semana 25 a la semana 40 de gestación

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Establecer la incidencia y manejo integral de infecciones vaginales en embarazadas de 18 a 35 años atendidas en la unidad comunitaria de salud familiar intermedia El Triunfo, de enero a junio de 2024.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Determinar la incidencia de infecciones vaginales en mujeres embarazadas de 18 a 35 años, en Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia El Triunfo.

Describir el manejo integral para infección vaginal en embarazadas de 18 a 35 años en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia El Triunfo.

I. MARCO TEÓRICO

1.1. GENERALIDADES

La flora vaginal de una mujer sana, asintomática y en edad fértil comprende diversos microorganismos aerobios, aerobios facultativos y anaerobios obligados, hasta 10^9 ufc/ml de líquido vaginal, es decir los anaerobios predominan sobre los aerobios en una proporción aproximada de 10 a 1. Estas bacterias mantienen una relación simbiótica con el hospedador y se modifican según el microambiente. Se localizan en lugares donde se cubren sus necesidades para subsistir y están exentas de los mecanismos destructores que previenen infecciones en el hospedador humano. Aún se desconocen la función y la razón de la colonización bacteriana de la vagina, pero se cree que este ecosistema balanceado y dinámico produce su efecto protector por 3 mecanismos complementarios: a) exclusión mediante la formación de una biocapa que cubre los receptores de la célula epitelial y bloquea la unión de microorganismos patógenos; b) inhibición del crecimiento bacteriano por generación de distintos compuestos como el ácido láctico C) congregación con patógenos. Estos efectos incrementan la función de barrera en las células epiteliales y estimulan la inmunidad innata.

La aparición de molestias genitales (exudado, prurito, dispareunia y mal olor) es común en las mujeres y son de etiología variada: vulvodinia, dermatitis de contacto, vaginitis atrófica o liquen escleroso. Dentro de las infecciones están las producidas por levaduras, tricomonas y la vaginosis bacteriana, que representan el 19% de los diagnósticos en estas mujeres. Estas infecciones producen una disbiosis en la que interviene también otra entidad clínica reconocida más recientemente: la vaginitis aerobia, que se puede confundir a veces con la vaginosis bacteriana

Las infecciones vaginales o vulvovaginales representan el 20% de las consultas en ginecología. El 75% de las mujeres experimentan un episodio de vulvovaginitis con síntomas a lo largo de su vida, y el 40-50% al menos un segundo episodio, ya que en ocasiones no es posible conocer el agente que provoca la infección vaginal, ni los factores que la producen; por otro lado, el tratamiento inicial, puede no ser el adecuado, provocando recidivas y recurrencias posteriores. Para saber si se tiene una infección vaginal es de suma importancia observar los signos y síntomas que éstas suelen manifestar, como parte fundamental para el diagnóstico y tratamiento efectivo.

La vulvovaginitis es la inflamación de la mucosa vaginal y de la piel vulvar y se produce por agentes inflamatorios e irritantes. En los casos que solo afecta a la vulva esta entidad se llama vulvitis y si afecta a la vagina, vaginitis. Ambas inflamaciones combinadas dan la vulvovaginitis.

También es usual la infección por *Gardnerella vaginalis* o vaginosis bacteriana. En cambio, la *Trichomonas vaginalis* ha disminuido mucho en nuestro medio. En ocasiones la inflamación vulvar y/o vaginal no son de etiología infecciosa, con un posible origen irritativo o alérgico.

Es importante conocer la incidencia, es decir, el número de casos nuevos de infecciones vaginales que se presentan en la mujer embarazada en un periodo determinado, a través de las etiologías que se diagnostican con mayor frecuencia, en los diferentes trimestre de embarazo, en consideración que durante el embarazo, debido a la congestión producida por el útero grávido, hay mayor flujo sanguíneo que se traduce en mayor humedad y aumento de la secreción vaginal normal. El cambio hormonal inducido por el embarazo agrega un factor importante en la prevalencia de infecciones vaginales, por lo que las mujeres embarazadas tienen mayor susceptibilidad a las infecciones vaginales que las pacientes no embarazadas.

1.2. VAGINOSIS BACTERIANA

La vaginosis bacteriana es un síndrome clínico de origen polimicrobiano que resulta de la sustitución de la flora vaginal saprófita normal de *Lactobacillus* productores de H₂O₂ por altas concentraciones de bacterias anaerobias (*Prevotella sp* y *Mobiluncus sp*), *Gardnerella vaginalis* y *Mycoplasma hominis*.

Etiología

Gardnerella vaginalis, es un bacilo anaerobio facultativo inmóvil no encapsulado y no esporulado. Anteriormente se denominaba *Haemophilus vaginalis*. Su hábitat natural es la vagina humana.

Epidemiología

El Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) realizó un estudio americano donde en 21 millones de mujeres evaluadas, se obtuvo 29.2% de prevalencia y solo 15.7% tuvo síntomas. La enfermedad fue mayor en negros no hispanos y la más baja en blancos no hispanos, asociada a pobreza, tabaquismo, índice de masa corporal elevada y haber tenido una pareja sexual. Existen también factores protectores como el uso de condón que ofrece una reducción de un 65% en la probabilidad de desarrollar vaginosis bacteriana, independiente si es seropositivo al virus de la inmunodeficiencia humana. La anticoncepción hormonal reduce el riesgo de vaginosis bacteriana, especialmente las formas de depósito.


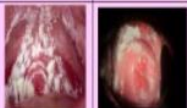


Factores de Riesgo

Los factores de riesgo para la vaginosis bacteriana son los mismos que los de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo múltiples parejas sexuales, compartir juguetes sexuales y no uso constante o incorrecto de condones o barreras. Sin embargo, la vaginosis bacteriana puede ocurrir en personas que nunca han tenido relaciones sexuales vaginales, y el tratamiento de una pareja sexual masculina no parece afectar la incidencia posterior en mujeres heterosexuales sexualmente activas. El uso de dispositivos intrauterinos también es un factor de riesgo. En el embarazo, la vaginosis bacteriana se asocia con un mayor riesgo de corioamnionitis, rotura prematura de membranas, trabajo de parto pretérmino, y parto pretérmino.

Signos y síntomas.

El flujo vaginal secundario a vaginosis bacteriana es de color amarillo-verdoso o grisáceo, fluido y maloliente, en general con un olor a pescado que a menudo se vuelve más fuerte cuando el flujo es más alcalino, es decir después del coito y durante la menstruación. El prurito, la irritación, el eritema y el edema no son frecuentes.

Cuadro de identificación y manejo de vaginitis infecciosa.

TIPO VAGINOSIS	IMÁGENES	ANAMNESIS					EXPLORACIÓN FÍSICA			TRATAMIENTO
		PRURITO	FLUJO	MAL OLOR	DISURIA	DISPAREUNIA	LEUCORREA	COLOR	VISCOSIDAD	MEDICAMENTOS
FISIOLÓGICA (NORMAL)		-	+	-	-	-	SI	BLANCO TRANSPARENTE	LIQUIDA	NO TRATAMIENTO
CANDIDIASIS		+++	+	-	++	+++	OCASIONAL	BLANCO BRILLANTE COMO NIEVE	GRUMOSA, COMO REGUESÓN	CLOTRIMAZOL CREMA VAGINAL AL 1% COLOCAR UN APLICADOR CADA NOCHE POR 7 DÍAS
VAGINOSIS BACTERIANA		+	+++	+++	-	+	SI	BLANCO GRISASEO	LIQUIDA	METRONIDAZOL 500 mg CADA 12 HORAS VÍA ORAL, DURANTE 7 DÍAS O METRONIDAZOL GEL VAGINAL AL 0.75%, COLOCAR UN APLICADOR CADA NOCHE POR 7 DÍAS
TRICOMONIASIS		+++	+++	+++	++	+++	SI	VERDE AMARILLENTO ESPUMOSA	LIQUIDA PEGAJOSA	METRONIDAZOL 500 mg CADA 12 HORAS VÍA ORAL, DURANTE 7 DÍAS O METRONIDAZOL GEL VAGINAL AL 0.75%, COLOCAR UN APLICADOR CADA NOCHE POR 7 DÍAS DAR TRATAMIENTO A LA PAREJA, METRONIDAZOL 500 mg CADA 12 HORAS VÍA ORAL, DURANTE 7 DÍAS

Fuente: Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido. Servicios en SSR para atención de emergencias o desastres. 2020

Diagnóstico

- Examen pelviano
- pH vaginal y microscopia
- Si no se dispone de microscopía, en ocasiones pueden indicarse pruebas de amplificación de ácidos nucleicos

Existe evidencia de buena calidad sobre la utilidad de los criterios clínicos de Amsel o de la tinción de Gram como mecanismos para detectar vaginosis bacteriana, ya que la sensibilidad de los criterios de Amsel es del 97% y de la tinción de Gram es del 62%. La especificidad de los criterios de Amsel es del 95% y de la tinción de Gram es del 66%.

Criterios clínicos de Amsel y Tinción de Gram.

Estudio diagnóstico	Categorías
Criterios de Amsel (3 de 4 presentes es diagnóstico) ²⁷	<ol style="list-style-type: none"> 1. Características del flujo: homogéneo, delgado y blanco 2. Presencia de células guía al microscopio 3. pH del flujo vaginal >4,5 4. Olor a pescado con KOH al 10%
Tinción de Gram (evaluada con los criterios de Hay & Ison) ²⁸	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grado 1 (normal): predominio de lactobacilos 2. Grado 2 (intermedio): flora mixta con algunos lactobacilos presentes, pero se observan morfotipos de <i>Gardnerella</i> y/o <i>Mobiluncus</i> 3. Grado 3 (vaginosis bacteriana): predominan morfotipos de <i>Gardnerella</i> y/o <i>Mobiluncus</i>. <p>Hay otros grados adicionales que no se han correlacionado con la clínica características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grado 0 No hay bacterias presentes • Grado 4 predominan coco Gram positivos.
Índice de Nugent²⁹	Se deriva de estimar las proporciones relativas de morfotipos bacterianos para asignar un valor entre 0 y 10. Un valor <4 es normal, de 4-6 es intermedio y >6 es VB.

- **Examen microscópico de los preparados húmedos con solución fisiológica.** Se identifican células clave (bacterias adheridas a las células epiteliales y que en ocasiones borran los bordes celulares). La presencia de glóbulos blancos en el preparado húmedo con solución fisiológica sugiere una infección concomitante (posiblemente una cervicitis tricomoníasis, gonorreica o por clamidias) y la necesidad de estudios adicionales.
- **Prueba de amplificación de ácidos nucleicos para uso clínico.** Si no es posible realizar un examen microscópico, el diagnóstico no es concluyente o el paciente sigue asintomático, debe considerarse una prueba de amplificación de ácidos nucleicos.

Tratamiento

- Metronidazol V.O 2 gramos dosis única , Metronidazol 500 mg V.O. dos veces al día por 7 días (puede usarse en embarazadas en 2do y 3er trimestre).
- Gel de Metronidazol al 0.75% 5 mg intravaginal al día por 7 días.
- Crema de Clindamicina al 2% 5 mg intravaginal al día por 7 días. Clindamicina 300 mg V.O. dos veces al día por 7 días.

Para la vaginitis durante el primer trimestre de embarazo, debe usarse un gel vaginal de metronidazol, aunque el tratamiento durante el embarazo no ha mostrado disminuir el riesgo

de complicaciones. Para evitar la endometritis, los médicos deben indicar el metronidazol oral profilácticamente antes de un aborto electivo a todas las pacientes o sólo a aquellas que tienen una prueba positiva para vaginosis bacteriana.

1.3. CANDIDIASIS VAGINAL.

Epidemiología.

Alrededor del 75% de las mujeres sufren al menos un episodio de candidiasis vulvovaginal a lo largo de su vida, un 45% sufrirá 2 o más episodios.

Etiología.

Cándida albicans es el responsable del 85% de todas las infecciones vaginales por hongos. Otras especies de cándida como la *Candida Glabrata* y *Tropicalis*, pueden provocar síntomas de vulvovaginitis y tienden a ser resistentes al tratamiento. Este es un hongo que se presenta como blasto-esporas, y a su vez son las responsables de la transmisión y la colonización asintomática, y como micelios, que son el resultado de la germinación de la blasto-esporas que potencian y facilitan la colonización tisular.

Factor de riesgo.

Los factores de riesgo inherentes al huésped son diabetes mellitus no controlada (ya que se asocia a una disminución cualitativa de la inmunidad celular), inmunodeficiencia, hiperestrogenismo y alteración de la flora vaginal normal secundaria al uso de antibióticos de amplio espectro. Además, las duchas vaginales, uso de ropa sintética y ajustada, así como los irritantes locales (lociones, sustancias y jabones perfumados), son predisponentes a esta enfermedad.

Cuadro clínico.

Secreción vaginal abundante, blanco como requesón, inolora, acompañado de prurito e irritación vaginal, disuria y dolor abdominal; al examen físico se observa leucorrea tipo “requesón”, eritema de paredes de la vulva y vagina, algunas veces placas adherentes, lesiones satélites y signo de rascado.

Esquema de signos y síntomas de diferentes etiologías de infección vaginal.

Parámetro	Hallazgos normales	Vaginosis bacteriana	Candidiasis	Tricomoniasis
Síntomas	Ninguno o leve, transitorio	Flujo maloliente, no dispareunia	Prurito, ardor, dispareunia	Flujo maloliente, ardor, disuria, dispareunia, sangrado post coital
Signos	Flujo vaginal normal es de 1 a 4 ml/día, blanco o transparente, inodoro	Leucorrea blanquecina/ grisácea, líquida que recubre pared vaginal	Eritema y/o edema vulvar Leucorrea puede ser blanca grumosa y se adhiere a pared vaginal	Leucorrea verde/ amarilla, espumosa, eritema vulvo vaginal, cuello en fresa
Tratamiento de elección		Metronidazol 500 mg VO cada 12 horas por 7 días	Clotrimazol 1% crema vaginal aplicar cada noche durante 7 a 14 noches	Metronidazol 500 mg VO cada 12 horas por 7 días

Fuente: Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido. Servicios en SSR para atención de emergencias o desastres

Diagnóstico.

El diagnóstico es clínico, haciendo uso de anamnesis detallada se describe una secreción acuosa hasta homogéneamente espesa, dispareunia, ardor vulvar y síntomas de irritación. En ocasiones puede presentarse disuria externa cuando la orina entra en contacto con zonas de irritación. A la exploración vaginal se encontrará eritema y edema de la piel de los labios y de la vulva, cuello uterino normal y la prueba del mal olor es negativa. En caso de que la sospecha diagnóstica sea dudosa puede tomarse una muestra de la secreción vaginal para cultivo o citología y examen con solución de hidróxido de potasio para buscar pseudohifas, además de Test de pH vaginal menor a 4.5 y La prueba whiff o de aminas que reporta un resultado negativa () Debe iniciarse tratamiento según agente etiológico encontrado. No se recomienda el tratamiento empírico en los casos que no se presenten síntomas clínicos

Tratamiento.

Tratamiento intravaginal: Crema de Clotrimazol al 1%, 1 aplicación (5 mg) 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. Algunos antifúngicos recetados comúnmente, como el fluconazol (Diflucan), deben evitarse, especialmente durante el primer trimestre debido a efectos teratógenos

Candidiasis vulvovaginal complicada (4 o más episodios en un año, diabetes descompensada, infección por *Cándida no albicans*, infección VIH o tratamiento con cortico esteroides) se maneja con Fluconazole 150 mg, 2 dosis con tres días de separación.

Candidiasis vulvovaginal persistente o recurrente se indica Fluconazol 100 mg V.O cada semana durante de 1 a 6 meses.

En caso de las embarazadas se recomienda el uso de azoles tópicos, como Clotrimazol, el tratamiento con dosis única es menos eficaz que regímenes más largos de hasta siete días, en casos no complicados; para estos últimos se recomienda continuar con manejo hasta 14 días. No se debe usar Fluconazol oral, estos son Categoría D, según datos de estudios en animales, demostraron un efecto adverso en el feto.

1.4. TRICOMONIASIS VAGINAL

Epidemiología

Habitualmente es asintomática en el hombre y supone el 20% de todas las vulvovaginitis, la tasa de transmisión es del 70% en los hombres que contraen la enfermedad después de una única exposición con una mujer contagiada, lo que sugiere que la tasa de transmisión de hombre a mujer es incluso mayor. La infección por *Trichomonas vaginalis* constituye una de las ITS más frecuentes en el mundo; en la embarazada, se asocia a parto pretérmino, recién nacido de bajo peso y ruptura prematura de membranas. Esta asociación es importante en mujeres sintomáticas.

Etiología

La vaginitis por tricomonas está causada por *Trichomonas vaginalis*, un protozoo flagelado unicelular que se contagia fundamentalmente por transmisión sexual.

Factor de riesgo.

Se consideran como factores de alto riesgo para el desarrollo de vulvovaginitis por *Trichomona* a la embarazada con historia sexual de cambio de pareja, con más de una pareja sexual en el último año o un diagnóstico de infección por clamidia en los últimos 12 meses y factores de riesgo inherentes al huésped incluido la detección específica de diabetes mellitus.

Cuadro clínico.

La vaginitis sintomática se caracteriza por secreción purulenta amarilla, prurito o irritación vaginal, disuria, poliaquiuria y mal olor, eritema vulvovaginal y colpitis macular, que a menudo se denomina “cérvix de fresa” y refleja un ectocérvix maculo-eritematoso parcheado.

Diagnóstico.

Se basa en la anamnesis y examen físico, que determinan factores de riesgo y síntomas, además se debe realizar inspección vaginal para determinar las características de la secreción vaginal, así como eritema o edema de la vulva y vagina, cérvix eritematoso y friable “cérvix en fresa”. También se puede realizar un Examen directo de la secreción en solución salina para identificar el parásito, que conserva el movimiento si la prueba se realiza inmediatamente después de la toma de muestra. La prueba whiff puede reportarse de forma positiva y el Test de pH vaginal oscila entre 5 a 7.

Tratamiento.

Se debe administrar Metronidazol 2 gramos dosis única o Metronidazol 500 mg V.O. dos veces al día por 7 días. En caso de las embarazadas se debe evitar el uso de Metronidazol en el primer trimestre del embarazo, no hay estudios suficientes que respalden su seguridad, y tiene riesgo de presentar teratogénesis. No se recomienda el manejo de Tinidazol o Secnidazol en pacientes embarazadas.

1.5. CONSECUENCIAS DE INFECCIONES VAGINALES EN EL EMBARAZO

Ruptura prematura de las membranas ovulares.

La ruptura prematura de membranas afecta al 10 % de los embarazos y tiene un importante impacto en la morbimortalidad neonatal, atribuyéndole el 10 % de las muertes neonatales, especialmente, las que ocurren antes de las 35 semanas. También se asocia a un incremento de la morbilidad materna, debido a un significativo incremento de la incidencia de corioamnionitis e infección puerperal. Dentro de sus factores de riesgo y condiciones asociadas se encuentran entre otros: la vaginosis bacteriana y la infección vaginal por neisseria, chlamydia, estreptococo y trichomonas.

El principal factor etiológico de esta complicación del embarazo es de causa infecciosa, pues se cree que esta puede acceder a las membranas por vía transplacentaria de origen materno o por vía ascendente endocervical, por infecciones vulvovaginales, aunque un gran número de investigadores considera a la infección no como una causa, sino como una consecuencia de esta afección.

La complicación materna más importante de la ruptura prematura de membranas es la infección corioamniótica, ya sea clínica o histológica, con diferentes frecuencias o incidencias.

Corioamnionitis.

La corioamnionitis es otra de las consecuencias adversas, sobre todo, tras una rotura de membranas, que padecen con mayor riesgo las mujeres muy jóvenes, primigrávidas, malnutridas y de nivel socioeconómico bajo, especialmente, asociada a la vagino cervicitis tanto asintomática como sintomática. Las mujeres que han padecido parto prematuro y ruptura prematura de membranas en gestaciones previas presentan mayor riesgo de padecerla en la gestación actual.

Se han aislado microorganismos en el corion hasta en el 60 % de mujeres con parto prematuro y membranas intactas, y del líquido amniótico de 10-15 % de mujeres sin trabajo de parto y membranas intactas. La cuantía de corioamnionitis en partos prematuros puede llegar al 30 % y, por lo tanto, debería descartarse su existencia en todas las amenazas de parto prematuro, incluso sin ruptura prematura de membranas.

La corioamnionitis es la acompañante habitual del 30-40 % de la ruptura prematura de membranas, siendo esta última el mayor factor de riesgo para complicaciones obstétricas, infección perinatal y responsable del 25-50 % de los partos prematuros.

Por tanto, el papel del obstetra en la prevención de la corioamnionitis es: el diagnóstico de las infecciones del tracto genitourinario en la gestante, su tratamiento adecuado y la identificación precoz de la amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, así, como los marcadores indirectos de corioamnionitis por métodos biológicos, bioquímicos o clínicos, donde se encuadra también, la búsqueda de las infecciones implicadas y su tratamiento.

Parto pretérmino.

En la actualidad, en diferentes foros internacionales, se considera al parto prematuro uno de los problemas de salud pública más importantes. Es la principal causa de la mortalidad perinatal, neonatal tardía y postneonatal, además de enfermedades serias agudas y crónicas, muchos pacientes pueden quedar con secuelas funcionales (estimadas entre el 10 y 20 %) y sus familias alteradas temporal o permanentemente.

Uno de sus efectos graves lo constituye la infección neonatal, que aparece en más del 10 % de los casos de parto prematuro. Evidencias crecientes sugieren una asociación entre la infección del tracto genital inferior subclínico y el parto prematuro.

La mortalidad fetal durante el parto también aumenta y se refleja en la aparición de patrones hipoxicos de la frecuencia cardíaca fetal, con mayor incidencia de prolapso del cordón umbilical. La alta mortalidad de los recién nacidos por esta causa se eleva mientras más bajo sea el peso de los neonatos.

Bajo peso al nacer.

El bajo peso al nacer es otra de las consecuencias adversas de la infección vaginal en la gestante. En la literatura se ha encontrado como uno de los factores de riesgo más importantes del bajo peso: la sepsis cérvico vaginal.

En estudio realizado por Manuel Piloto Morejón, se detectaron como factores de riesgo importantes para el bajo peso: hábito de fumar, madre trabajadora, ama de casa y de estado

civil acompañada, escaso peso al inicio del embarazo, edad mayor o igual a 35 años, captación tardía, antecedente de bajo peso, aborto provocado, anemia, sepsis cérvico vaginal e hipertensión inducida por el embarazo.

Se considera que la mortalidad durante el primer año de vida es 40 veces mayor en los niños que nacen bajo peso que los niños que nacen con peso normal a término. La mayor susceptibilidad del bajo peso para enfermar y morir se extiende desde el nacimiento hasta el período postnatal y son particularmente elevadas las tasas de morbimortalidad por hipoxia, membrana hialina, bronconeumonía, así como infecciones respiratorias altas, enfermedades diarreicas agudas y otras de carácter infeccioso.

El peso al nacer es, sin dudas, el determinante más importante de las posibilidades de un recién nacido de experimentar un crecimiento y desarrollo satisfactorios, por eso actualmente el índice de recién nacidos bajo peso se considera como un indicador general de salud.

Conjuntivitis séptica del recién nacido.

En estudios realizados se encontró asociación entre la conjuntivitis séptica y la sepsis vaginal de la gestante, se constató además que los recién nacidos, cuyas madres presentaron rotura prematura de membrana, padecieron de conjuntivitis séptica.

En estudio realizado por Xiomara S, se encontró asociación entre la conjuntivitis séptica y la sepsis vaginal de la gestante, pues de 160 exudados vaginales positivos, 25 recién nacidos presentaron conjuntivitis séptica para el 15.6 %; y de 80 exudados vaginales negativos (33 %), sólo 2 recién nacidos (2.5 %) presentaron dicha afección. Constatamos, además, que los recién nacidos cuyas madres presentaron rotura prematura de membrana, padecieron conjuntivitis séptica.

Asfixia del recién nacido.

En un estudio de tipo analítico, de casos y controles no pareados, realizado en el Hospital Escuela “Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello” (HEODRA), a todos los niños nacidos, ya sea por vía vaginal o abdominal y que presentaron asfixia al momento de nacer, durante el período comprendido desde 1° de septiembre al 31 de diciembre del año 2000, se determinó

que entre los factores asociados se encontraba: número de controles prenatales insuficiente, deficiencia de líquido amniótico, presentación distócica, uso de analgesia, peso del bebé fuera de lo normal, ruptura prematura de membrana, uso de oxitócicos, hipertoniá uterina, distocia folicular, anemia, infección de vías urinarias y leucorrea.

Infección neonatal.

Durante el embarazo y hasta la rotura de membranas el entorno del feto es normalmente estéril. *Staphylococcus epidermidis*, lactobacilos, difteroides, estreptococos alfa hemolíticos y anaerobios estrictos están presentes en la flora vaginal de la mujer adulta sana. Con menor frecuencia aparecen *Gardnerella vaginalis*, enterococos, *Streptococcus agalactiae* (estreptococos grupo B, EGB), enterobacterias y más raramente están presentes otros microorganismos como *Haemophilus influenzae*, *Haemophilus parainfluenzae* y *Streptococcus pneumoniae*.

El recién nacido se coloniza inicialmente en piel y mucosas, y en la mayoría de los casos los microorganismos proliferan sin causar infección y la microbiota normal se establece sin incidentes, sin embargo, una minoría de recién nacidos desarrollan infección causadas por estos microorganismos.

Los recién nacidos que desarrollan sepsis bacteriana presentan con frecuencia factores de riesgo que son más raros en aquellos que no resultan infectados. La rotura prematura y prolongada de membranas, fiebre y leucocitosis en la madre, infección materna periparto y la vaginitis y cervicitis (sintomática o asintomática), se encuentran entre los factores más importantes.

Los microorganismos adquiridos durante el paso por el canal parto que más frecuentemente ocasionan infección en el recién nacido son EGB, *Escherichia coli*, *Ureaplasma urealyticum*, *S. pneumoniae*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Listeria monocytogenes* y algunos virus.

Algunos estudios indican que las bacterias identificadas en los casos de infección neonatal congénita son similares a las aisladas en el tracto genital femenino.

La patología infecciosa neonatal continúa siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en este período de la vida. La incidencia de sepsis neonatal en países desarrollados oscila entre 5 y 10 casos por cada 1000 nacidos vivos, manteniendo tasas de letalidad que varían entre 15 y 20%.

La infección neonatal precoz o connatal es aquella entidad infecciosa que aparece entre el nacimiento y las 96 horas de vida, y se asocia con frecuencia a factores de riesgo relacionados con la madre y la atención obstétrica; entre los que se encuentran las infecciones maternas, la ruptura prematura de membranas, la fiebre intraparto, el bajo peso al nacer, entre otras, en las que tienen un valor especial, las infecciones del canal del parto, que pueden ascender y provocar en algunos casos corioamnionitis, con importante repercusión para el recién nacido.

En estudio realizado en el Servicio de Neonatología del Hospital Provincial de Bayamo para predecir sepsis connatal, los autores encontraron que existe un 98 % de probabilidades de que nazca un recién nacido con sepsis connatal si existen antecedentes como sepsis vaginal, RPM y cesárea anterior.

1.6. RELACIÓN DEL APARECIMIENTO DE LAS INFECCIONES VAGINALES Y EL TRIMESTRE DEL EMBARAZO.

El embarazo es un período de gran transformación y adaptación en el cuerpo de la mujer, donde una serie de cambios hormonales, inmunológicos y fisiológicos preparan el terreno para el desarrollo del feto. Sin embargo, estos cambios también pueden influir en la susceptibilidad de la mujer a diversas condiciones de salud, incluidas las infecciones vaginales. La relación entre las infecciones vaginales y el trimestre de embarazo es compleja y merece una atención detallada para comprender mejor los riesgos y desafíos asociados con estas afecciones durante cada etapa del embarazo.

Primer trimestre.

Durante el primer trimestre del embarazo, el cuerpo de la mujer experimenta un aumento significativo en la producción de hormonas, incluidos el estrógeno y la progesterona, que son fundamentales para mantener el embarazo. Estos cambios hormonales pueden alterar el

equilibrio natural de la flora vaginal, lo que aumenta la vulnerabilidad a infecciones como la candidiasis vaginal y la vaginosis bacteriana. La candidiasis, causada comúnmente por el hongo *Candida albicans*, puede provocar síntomas como picazón, irritación y secreción vaginal espesa. Por otro lado, la vaginosis bacteriana, caracterizada por un desequilibrio en las bacterias vaginales, puede manifestarse con síntomas como flujo vaginal anormal y olor desagradable. Estas infecciones pueden representar un riesgo para la salud materna y fetal si no se tratan adecuadamente, y se han asociado con complicaciones como parto prematuro y bajo peso al nacer.

Segundo trimestre.

En el segundo trimestre del embarazo, se observa una mayor estabilidad en los niveles hormonales y una adaptación del sistema inmunológico para tolerar la presencia del feto en desarrollo. Aunque algunas investigaciones sugieren que el riesgo de infecciones vaginales puede disminuir en este período, aún existe la posibilidad de desarrollar estas afecciones. Los cambios en la flora vaginal y otros factores pueden contribuir a la persistencia o aparición de infecciones, aunque con menor frecuencia que en el primer trimestre. Es importante tener en cuenta que condiciones como la diabetes gestacional pueden aumentar el riesgo de infecciones vaginales durante todo el embarazo, independientemente del trimestre.

Tercer trimestre.

En el tercer trimestre del embarazo, el útero alcanza su máximo tamaño y ejerce una presión significativa sobre la pelvis y los órganos circundantes. Esta presión puede afectar la circulación sanguínea en la región pélvica, lo que puede contribuir a la retención de líquidos y cambios en la flora vaginal. El aumento de la secreción vaginal es común en este trimestre, lo que puede predisponer a la mujer a desarrollar infecciones vaginales, una inflamación de la vagina que puede causar molestias y malestar. Además, el riesgo de complicaciones relacionadas con infecciones vaginales, como la rotura prematura de membranas y la aparición de corionioamnionitis, puede aumentar en el tercer trimestre, lo que destaca la importancia de una vigilancia cercana y un tratamiento adecuado.

1.7. SEGUIMIENTO DE INFECCIONES VAGINALES POR PERSONAL MULTIDISCIPLINARIO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Seguimiento por personal Médico.

Según los Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido. Servicios en SSR para atención de emergencias o desastres del año 2021, indica que en cada control prenatal se debe realizar inspección vaginal y cervical, con el objetivo de identificar infecciones vaginales por hongos, bacterias, parásitos e ITS (gonorrea, clamidia, sífilis, verrugas, herpes, entre otras). Y al detectar alguna infección vaginal se debe dar las siguientes recomendaciones a las usuarias de atención de salud, como:

- Las cremas y geles se deben colocar por la noche, antes de dormir y debe miccionar antes de colocarla.
- Durante el tratamiento no debe tener relaciones sexuales
- Asistir al control, al séptimo día de iniciado el tratamiento con médico en la Unidad de Salud.
- Si la vaginosis persiste, realizar interconsulta al especialista en ginecología del primer nivel de la red después del tratamiento adecuado.

Consejería y recomendaciones:

- Sobre signos y síntomas de riesgo que debe vigilar.
- Qué hacer si se presentan problemas.
- Reforzar la importancia de continuar el tratamiento adecuadamente.
- Reforzar sobre continuar con las recomendaciones brindadas.
- Reforzar la importancia de acudir a la consulta al finalizar el tratamiento y acordar fecha de llegada.
- Insistir en la importancia del apoyo familiar para finalizar el tratamiento

Seguimiento por personal de Enfermería.

El personal de Enfermería es encargado de orientar a las pacientes sobre:

- Hábitos higiénicos saludables como:
 - Baño diario, cambio de ropa todos los días.
 - Consultar si presenta: Prurito, irritación, salida de secreción vaginal, disuria.
 - No usar jabones de olor fuerte, utilizar jabón neutro.
 - Lavado antes y después de usar el baño.
 - Usar ropa interior de algodón y no muy ajustada.
 - Higiene de genitales de forma correcta de adelante hacia atrás.
 - Práctica de hábitos higiénicos en general.
- Brindar orientación sobre enfermedades de transmisión sexual y promover conductas sexuales sin riesgo.
- Fomente la referencia y tratamiento a los contactos sexuales.
- Promueva el uso de condón y enseñe a usarlo correctamente.
- Registrar intervenciones de enfermería.

Seguimiento por Promotor de Salud.

- Deben realizar vigilancia comunitaria al cuarto día de iniciado el tratamiento.
- Debe registrarse en el libro de embarazadas con infección vaginal, para seguimiento posterior.
- Debe registrarse como referencia en el libro de referencias del promotor. ▪
- Debe consignarse como parte del plan de manejo y los resultados de la visita domiciliar deben registrarse en el expediente clínico y en el libro de embarazadas con Infección vaginales.

Las acciones que el promotor debe realizar en la visita domiciliar son:

- Monitoreo de los signos y síntomas que presentaba la mujer embarazada durante la consulta, clasificándolos como (Persistentes, Empeoramiento o Disminución)
- Verificar el cumplimiento de la consejería dada por personal médico como:
 - Limpieza de genitales con agua y jabón cada día.
 - Higiene sexual.

- Uso de condón en relaciones sexuales.
- Consumo abundante de líquidos.
- Uso ropa interior de algodón.
- Cualquier otra recomendación brindada por el médico tratante
- Valorar la adherencia al tratamiento, verificando si:
 - Está cumpliendo con el tratamiento indicado.
 - Como lo está utilizando, siguió la indicación médica o ha variado.
 - Verificar el consumo de medicamento al momento de la visita, calculando la cantidad que debería haber consumido y solicitando que le muestre lo que tiene.
 - Indagar sobre efectos adversos.
 - Si ha tomado adecuadamente sus medicamentos han mejorado, sigue igual o han empeorado sus síntomas
 - Se ha involucrado la familia, de qué manera.
 - Si se dio tratamiento para la pareja, lo ha tomado tal como lo indicó el médico
- Consejería y educación en salud.
- Elaboración de informe de la visita domiciliar: Debe contener:
 - Resultados del monitoreo de los signos y síntomas que presentaba la mujer embarazada durante la consulta.
 - Está cumpliendo las recomendaciones que le brindó el médico en la consejería.
 - Adherencia al tratamiento.
 - Recomendaciones y acuerdos establecidos en la visita.
 - Problemas identificados.
 - Fecha acordada para control postratamiento.
 - Valoración del riesgo identificado en cada caso:
 - *Evolución satisfactoria:* Donde se presenta un adecuado cumplimiento de las recomendaciones médicas y apego al tratamiento.
 - *Evolución insatisfactoria:* Usuaris que no han seguido adecuadamente las recomendaciones médicas

- *Emergencia que requiere atención inmediata:* No hay mejoría de los síntomas o ha empeorado, en este caso se debe referir inmediatamente para atención por médico o programar visita domiciliar lo más pronto posible

1. 8. EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN DE INFECCIÓN VAGINALES.

Prevención contra Infecciones de Transmisión sexual (ITS):

- Promover el uso del condón y enseñar a usarlo correctamente.
- Evitar prácticas sexuales de riesgo.
- Evitar múltiples parejas sexuales.
- Abstinencia sexual

Importancia de la adherencia y cumplimiento de tratamiento:

- Culminar el tratamiento, aunque los síntomas y signos hayan desaparecido.
- Fomentar el cumplimiento del tratamiento indicado y del seguimiento.
- Explicar de forma clara y precisa la colocación de cremas vaginales como tratamiento farmacológico.
- Concientizar sobre la importancia de asistir a su consulta de control de infección vaginal, para verificar la disminución o erradicación de signos y síntomas.
- Consultar nuevamente si posterior a cumplir tratamiento la sintomatología persiste.

Promoción de prácticas de buena higiene personal genital:

- Evitar la introducción de sustancias en la cavidad vaginal.
- Lavar con agua corriente, y productos adecuados para la higiene íntima, la vulva, la región pubiana, la región perianal y perineal y los surcos inguinofemorales.
- La higiene de la zona se puede hacer de una a 3 veces al día.

- Realizar movimientos circulares suaves que eviten traer el contenido perianal a la región 13 vulvar (de adelante hacia atrás).
- El aseo debe incluir los surcos interlabiales (área ubicada entre los pequeños y grandes labios) y el prepucio del clítoris.
- Utilizar productos apropiados para la higiene genito-anal hipoalergénicos, con un poder detergente leve y de un pH ácido.
- Evitar ropa ajustada.
- Evitar el uso de duchas vaginales.
- Uso de ropa interior solo de algodón.

1. 9. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO: CIUDAD EL TRIUNFO

Localización.

El municipio de El Triunfo está ubicado en la zona norte del departamento de Usulután a 29.7 km de la cabecera departamental, la ciudad de Usulután y a 105 km de la ciudad de San Salvador.

El Triunfo tiene una extensión territorial de 39.71 km², que corresponde al 1.86% del área total del departamento de Usulután y se encuentra situado a una altura de 470 m.s.n.m.

Se encuentra limitada al norte por el municipio de Nueva Granada; al este por los municipios de Lolotique y San Buenaventura; al sureste por los municipios de Jucuapa y San Buenaventura; al este por los municipios de Mercedes Umaña y Nueva Granada y al noreste por el municipio de Nueva Granada. Del casco urbano del municipio de El Triunfo a San Salvador: 105 kms. (Carretera panamericana) de Usulután: 23.8 kms. de San Miguel: 30 kms., de Santiago de María: 12 kms. San Buenaventura: 5 kms. Jucuapa: 7 kms. De calle pavimentada.

División Político-Administrativa de la Ciudad El Triunfo, Usulután.



Fuente: Diagnostico situacional de salud del distrito El Triunfo 2024

División territorial.

División territorial: se divide en 5 cantones, 4 Barrios, 14 colonias y 14 caseríos (Ver Anexo 3), los cuales se subdividen de la siguiente forma:

No	Nombre de la comunidad	Número de viviendas	Población
1	Barrio El Calvario	180	349
2	Barrio El Carmen	89	308
3	Barrio la Cruz	120	370
4	Barrio San Francisco	170	320

5	Total	555	1,347
----------	--------------	------------	--------------

No	Nombre de las colonias	Viviendas	Población
1	Colonia Anda Lucia	57	237
2	Colonia. Buena Vista	27	124
3	Colonia Las Flores	74	285
4	Colonia El Carmen	118	413
5	Colonia Romero	58	192
6	Colonia Las Rosas	44	124
7	Colonia Las Margaritas	25	100
8	Colonia Las Brisas	44	70
9	Colonia El Riito	90	390
10	Colonia Cárdenas 1	40	160
11	Colonia Cárdenas 2	25	103
12	Colonia Monte Carlo	24	105
	Total	568	2,303

N0	CANTONES	Viviendas	población

1	Cantón la Palmera	403	1007
2	Caserío el Salitre	24	94
3	Caserío la Colonia	136	255
4	Caserío los Ranchos	28	97
5	Caserío la Palmera Centro	81	236
6	Caserío el Izote	26	127
7	Caserío los Amaya	29	100
8	Caserío el Chorizo	19	110
9	Caserío los Cocos	15	98
10	Cantón San Antonio	164	629
11	Caserío limones	82	231
12	Caserío la venada	66	194
13	Caserío Casas Viejas	31	119
14	Caserío las Araditas	15	52
15	Caserío el Huilihuiste	23	91
	Totales	1142	3440

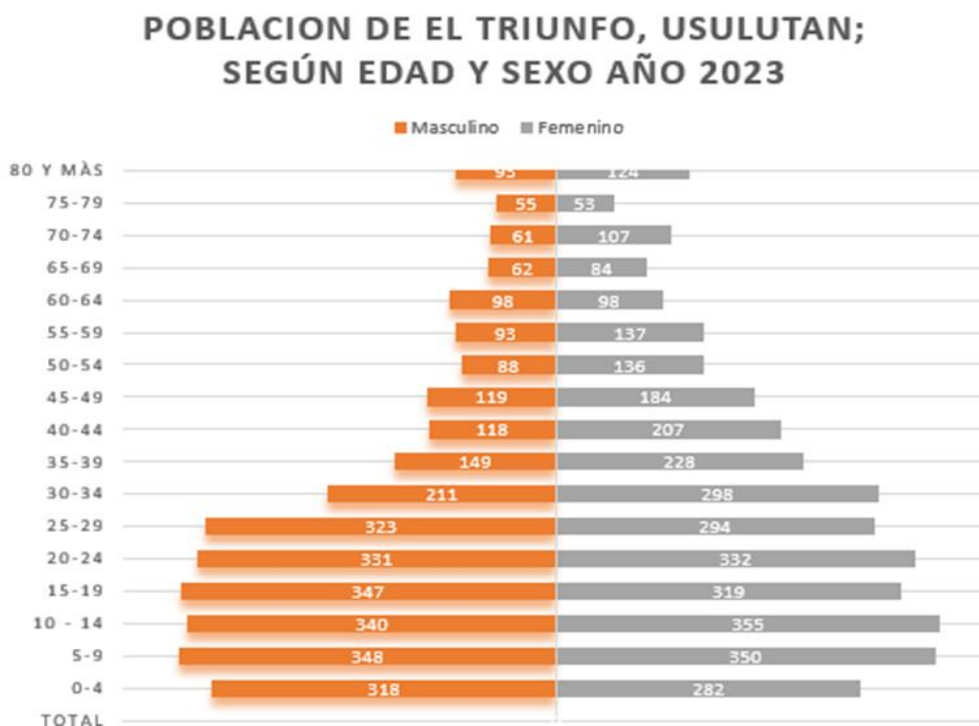
N0	Cantón los Novillos	vivienda	Población
1	Caserío los Novillos	92	266
	Caserío las gallinas	20	88
2	Cantón el Palón	75	251

	Caserío el Jute	28	157
3	Cantón el Jicarito	72	303
	Caserío la sombra	16	56
	Caserío plan del cerro	10	48
	Totales	313	1169

Descripción demográfica.

Al momento el Municipio de El Triunfo cuenta con una densidad poblacional de 174,4 hab/km² y una población total de 6, 924 habitantes.

Pirámide poblacional de la Ciudad El Triunfo Usulután, año 2023.



Fuente: Digestyc - "Estimaciones y Proyecciones de Población Municipal 2020-2025" (revisión 2024)

Distancia aproximada del establecimiento de salud con las diferentes comunidades tanto urbanas como rurales.

Comunidades	Distancia en kilómetros	A pie	En vehículo	A caballo
Barrio san Francisco	600 metros	15 minutos	5 minutos	10 minutos
Barrio el Carmen	500 metros	12 minuto	5 minutos	6 minutos
Barrio la Cruz	400 metros	10 minutos	5 minutos	6 minutos
Barrio el Calvario	300 metros	8 minutos	3 minutos	6 minutos
Cantón la palmera	2 kilómetros	30 minutos	10 minutos	15 minutos
Cantón El Jicarito	14 kilómetros	1.5 horas	25 minutos	50 minutos
Cantón San Antonio	12 kilómetros	1 hora	20 minutos	45 minutos
Cantón Los Novillos arriba, novillos a bajo	200 metros	5 minutos	2 minutos 20 minutos	4 minutos
	12 kilómetros	1: hora		45 minutos
Cantón el Palón, arriba el palón a bajo	3 kilómetros	30 minutos 1 hora	10 minutos	20 minutos 1 hora
	12 kilómetros		40 minutos	
Caserío limones	16 kilómetros	1.50 horas	45 minutos	60 minutos
Caserío la sombra	18 kilómetros	2 horas	1 hora	1.30 horas

Aspectos económicos y sociales.

La producción agrícola se basa en la agricultura siendo sus productos primarios: maíz, frijol, maicillo sorgo, café, hortalizas, además de la actividad ganadera. Por otro lado, en la zona urbana del territorio, se concentran actividades de comercio como supertiendas, mercado municipal, y otros establecimientos o actividades laborales que anudan a la economía de la

ciudad como centros escolares, consultorios privados, unidad de salud, cooperativa de autobuses, y mototaxis.

Costumbres y tradiciones: Celebración de las fiestas titulares en honor al Divino Rostro del niño Jesús del 22-25 de marzo.

II. DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Se considera una investigación descriptiva, cuantitativa corte transversal, no experimental ya que se utiliza para recopilar datos en un solo momento del tiempo de una muestra representativa de la población de estudio.

Según el tiempo de ocurrencia se categoriza como retrospectivo, ya que se investiga los casos detectados de primera vez de infección vaginal en embarazadas.

ÁREA Y PERIODO DE INVESTIGACIÓN:

Área: La investigación se realizó con la población que asiste a la Unidad de Salud Intermedia El Triunfo, ubicada en Colonia Romero, Barrio El Calvario, Ciudad El Triunfo, Usulután.

Periodo: Se recolectaron datos en el periodo de enero a junio de 2024, para su posterior procesamiento, interpretación y análisis en los meses de junio a septiembre del 2024.

UNIVERSO:

Embarazadas de 18 - 35 años, que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia el Triunfo.

POBLACIÓN

Durante la investigación participaron el 100% de la población de las mujeres embarazadas que fueron diagnosticadas con infección vaginal en el área de estudio, las cuales son un total de 42 pacientes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Mujer embarazada.
- Mujer gestante con diagnóstico de infección vaginal respaldada a través de expediente clínico.
- Paciente que ha sufrido mínimo un episodio de infección vaginal en el periodo de consulta enero a junio del año 2024
- Paciente que consulta en la Unidad de Salud Intermedia El Triunfo, US.
- Paciente con edad entre 18-35 años.

-Paciente que decida participar voluntariamente en la investigación.

CRITERIO DE NO INCLUSIÓN:

-Mujer no embarazada

-Paciente que no ha sufrido episodio de infección vaginal, en el periodo de enero a junio del 2024

-Paciente que no consulta en la Unidad de Salud El Triunfo.

-Edad menor de 18 años.

-Edad mayor a 35 años.

-Paciente que no desea participar voluntariamente en la investigación.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

-Mujer en edad fértil no gestante

-Mujer con diagnóstico de embarazo ectópico, Aborto o Embarazo Molar y sus distintas clasificaciones.

-Mujer que no acepte participar en el estudio.

-Pacientes que fueron diagnosticados y/o recibieron tratamiento para infección vaginal, fuera de la Unidad de Salud Intermedia El Triunfo.

VARIABLES:

- Tipo de infección vaginal: se clasifica como variable cualitativa, tipo nominal.
- Trimestre de embarazo: se clasifica como variable cualitativa, tipo nominal.
- Frecuencia de infección vaginal: se clasifica como variable cualitativa, tipo nominal.
- Manejo farmacológico: donde se abordará los esquemas de tratamiento según los Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido². Se clasifica como variable cualitativa, tipo nominal.

². Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido. Servicios en SSR para atención de emergencias o desastres.

- Manejo no farmacológico: se subdivide en consejerías educativas y seguimiento por el personal de salud para verificar el cumplimiento del tratamiento y mejoría clínica. Se clasifica como variable cualitativa, tipo nominal.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OBJETIVO	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	VALOR	INSTRUMENTO	TÉCNICA
Determinar la incidencia de infecciones vaginales en mujeres embarazadas de 18 a 35 años de edad en unidad comunitaria de salud	Incidencia de infecciones vaginales	Es el número de casos nuevos de una enfermedad que se registran dentro de una población determinada en un lapso establecido	Número de nuevos casos de infecciones vaginales en mujeres gestantes, detectadas en enero a junio del año 2024	Tipos de Infección vaginal.	Vaginosis bacteriana	Lista de cotejo	Revisión de expediente físico y digital de casos de infección vaginal en mujeres gestantes
					Candidiasis vaginal		
					Tricomoniasis vaginal		
				Trimestre de embarazo en el que se presenta la infección vaginal.	Primer trimestre de embarazo.	Lista de cotejo	
					Segundo trimestre de embarazo		
					Tercer trimestre de embarazo.		

familiar intermedia el triunfo.							mujeres gestantes	
					Frecuencia de aparición de Infección vaginal por cada mujer gestante.	Episodio único de infección vaginal	Lista de cotejo	Revisión de expediente físico y digital de casos de infección vaginal en mujeres gestantes
						Dos episodios de infección vaginal		
					3 episodios o más de infecciones vaginales detectadas en el embarazo			
Describir el manejo integral para infección vaginal en embarazadas de 18 a	Manejo integral de infecciones vaginales.	Conjunto de medidas y estrategias que tienen como objetivo principal curar, aliviar o prevenir enfermedades, o	Conjunto de medidas y estrategias de prevención y promoción de la salud, efectuadas, por los diferentes	Manejo farmacológico	Clotrimazol 1% vaginal 1 aplic c/día por 7 días	Lista de cotejo	Revisión de expediente físico y digital de casos de infección vaginal en mujeres gestantes	
					Metronidazol vaginal 0.75% 1 aplic c/día por 7 días			
					Metronidazol 500 mg 1 tab vo c/ 12 h por 7 días			

35 años de edad en la unidad comunitaria de salud familiar intermedia el triunfo	síntomas en un paciente, que abarca tanto el uso de medicamentos para aliviar el malestar, así como acciones enfocadas en la prevención y promoción de la salud.	recursos que conforman el equipo de salud de primer nivel de atención, para garantizar el cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico, además de los esquemas de tratamiento farmacológicos según los Lineamientos publicados por el Ministerio de		Tratamiento combinado: clotrimazol 1 % 1 aplic c/ día por 7 días y metronidazol 500 mg 1 tab vo c/ 12 h por 7 días		
			Seguimiento	Seguimiento por médico tratante al 7ª día de iniciado el tratamiento farmacológico.	Lista de cotejo	Revisión de expediente físico y digital de casos de infección vaginal en mujeres gestantes
				Seguimiento por promotor y/o enfermería al 4ª día de iniciado el tratamiento.		
Consejería	Consejería sobre ITS					

		Salud, utilizados para la erradicación de las infecciones vaginales.	Consejería sobre adherencia y cumplimiento de tratamiento	Lista de cotejo	Revisión de expediente físico y digital de casos de infección vaginal en mujeres gestantes
			Consejería sobre prácticas de una buena higiene personal genital		

FUENTES DE INFORMACIÓN

En el presente trabajo de investigación, se utilizaron fuentes secundarias para la obtención de la información, como: El Sistema de Morbimortalidad y estadísticas vitales (SIMOOW) del Ministerio de Salud de El Salvador, donde se obtuvo una matriz de datos con los expedientes de mujeres gestantes que cumplan con las características de la población de estudio.

Posteriormente, se hizo uso del expediente clínico físico y digital de las usuarias, con el objetivo de recabar la información necesaria para el análisis y procesamiento de los datos de investigación.

RECOLECCIÓN DE DATOS:

En el presente trabajo de investigación, se hizo uso de la lista de cotejé, el cual es un cuadro de doble entrada en el cual se anota en la columna izquierda una lista de criterios (palabras, frases u oraciones) que señalan con claridad las acciones, tareas, comportamientos, habilidades o actitudes que se desean evaluar; teniendo como beneficios su facilidad para organizar la presencia o ausencia de los criterios de investigación.

Al ser identificadas las pacientes embarazadas con diagnóstico de infección vaginal, se les explicó la importancia y el propósito de la investigación, y se les invitó a participar en la investigación. Aquellas que aceptaron, firmaron un Consentimiento Informado, donde se explicó la importancia de la revisión del expediente clínico, de forma virtual y física, para una adecuada obtención de información, recalando la confidencialidad de datos personales.

Posteriormente se seleccionó cada expediente, y se llenó la lista de cotejo en línea (*Ver Anexo 1*), haciendo uso de la aplicación Google Forms, disponible en cualquier dispositivo electrónico con señal de internet, con el cual se verifica la presencia o ausencia de los acápite descritos en el instrumento,

El instrumento, presenta al principio datos generales como: número de expediente, edad de la paciente, y zona de procedencia, posteriormente se divide en 2 secciones: Incidencia de infecciones vaginales y manejo integral, las cuales están divididas en acápite. La primera sección se divide en agente etiológico, trimestre de embarazo y frecuencia de infección vaginal, mientras que la segunda sección se divide en: tratamiento farmacológico, seguimiento y consejería.

Al finalizar el llenado de las listas de cotejo, los datos obtenidos se sintetizan en una matriz de datos de Excel, para su correspondiente procesamiento y análisis.

MECANISMO DE CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE LOS DATOS.

En esta investigación se dará cumplimiento del derecho de la confidencialidad, mediante el anonimato de los expedientes clínicos de las personas en estudio, recopilando únicamente información necesaria para los objetivos de la investigación, se omitió cualquier otra información personal (nombre, parentesco familiar, teléfono, dirección de domicilio que este recopilado en los expedientes). Además de otros datos personales como creencias religiosas, preferencias políticas y antecedentes penales.

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

Al finalizar la recolección de datos, estos fueron cuantificados y sintetizados en una matriz de datos de Microsoft Office Excel.

Procesamiento: los resultados se presentaron en tablas y gráficos: como el gráfico de pastel que permite evidenciar y comparar las frecuencias relativas de los grupos de resultados; gráfica de barras, que muestra de forma clara y ordenada las características con mayor repetición dentro del grupo de estudio y el histograma, utilizado para la presentación de datos que sean agrupados en intervalos, para una mejor síntesis de la información.

Análisis: se usó el análisis descriptivo, que permite responder las preguntas planteadas en la investigación, observar la situación que se plasma en los resultados de forma sintetizada y determinar las tendencias de estos, por lo tanto, al obtener la matriz de datos, se utilizó medidas de tendencia central como la moda para realizar el correspondiente análisis de la información.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el presente estudio se aplicó el consentimiento informado; este documento implica que los participantes de una investigación recibieron información completa y comprensible sobre los objetivos, métodos, beneficios y riesgos de la investigación, así como la opción de aceptar o rechazar participar sin sufrir represalias, además la información proporcionada debe ser objetiva, precisa y no engañosa, y se brindó en un lenguaje que el participante pueda entender.

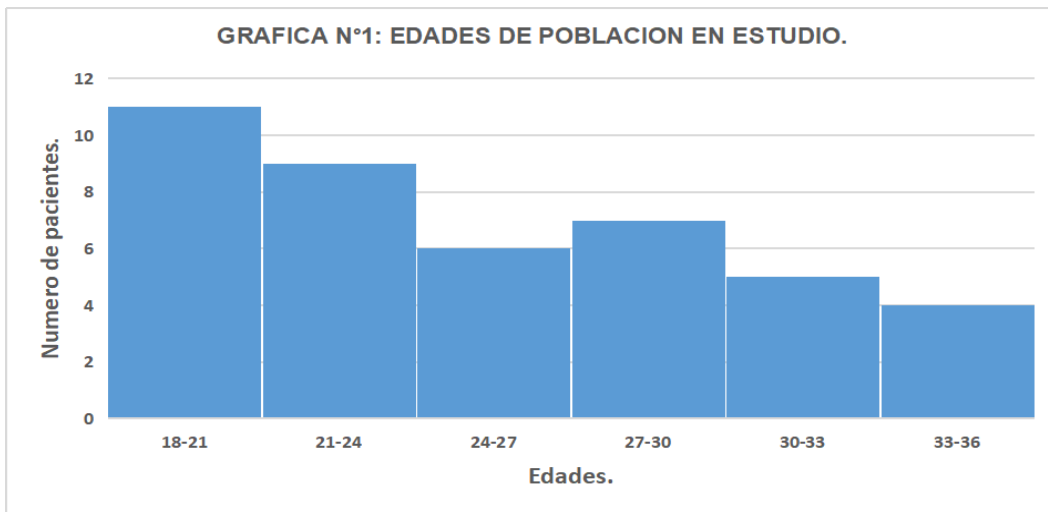
Por las características del trabajo de investigación, se compartió un consentimiento informado a cada paciente embarazada que cumplió con las características de la investigación, documento en el cual se explica el propósito de la investigación y el beneficio que producirá a la unidad de salud y población de estudio. Además, de los siguientes acápite:

- La participación en la investigación fue voluntaria, y al formar parte de ella, permitió a los investigadores una revisión de expedientes clínicos tanto físicos como digitales.
- Los investigadores se comprometieron en que dichos datos sólo serán vistos por los investigadores mismos y por los evaluadores de dicha investigación, y que posteriormente los resultados serán entregados al director de dicha unidad de salud.

En ningún momento ningún nombre de ningún paciente será publicado para fines aparte de la investigación, como se estipula en el consentimiento informado (*Ver Anexo 2*).

III. RESULTADOS

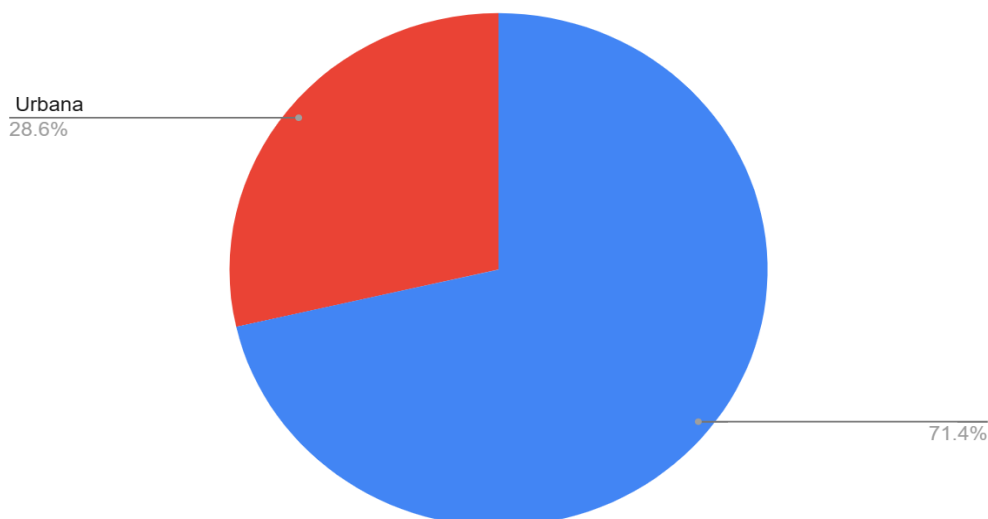
DATOS GENERALES:



Fuente: Datos obtenidos de expediente clínicos de US I El Triunfo, 2024.

En la gráfica N°1, se observa que el rango de edades que presentaron mayor incidencia de infecciones vaginales están entre los 18-21 años de edad con una frecuencia de 26% (11), mientras que las edades entre 21-24 años presentaron 21% (9), posteriormente las embarazadas con 27-30 años de edad, representan el 16% de todas las pacientes (7), en el caso de las edades entre 24-27 años, que cuentan con una frecuencia del 14% (6), al contrario de las pacientes entre los 30-33 años, que representan el 11% de la población (5), y las pacientes con 33-36 años, quienes equivalen al 9% (4).

GRAFICO N°2 ZONA DE PROCEDENCIA DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.



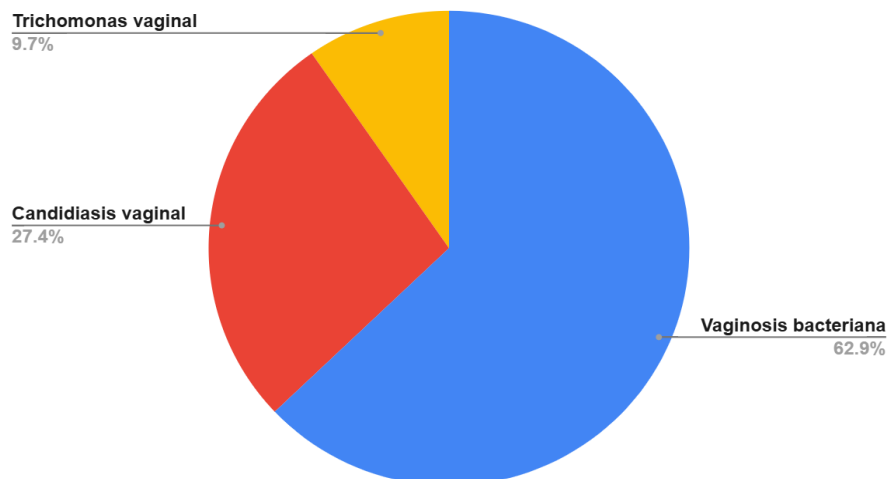
Fuente: Datos obtenidos de expediente clínicos de US I El Triunfo, 2024.

En la gráfica N°2 corresponde a la procedencia de las mujeres embarazadas en estudio basándose en la procedencia de estas en las cuales se obtuvo que un 71,4% (30) provenían de la zona rural y 28,6% (12) provienen de la zona urbana

OBJETIVO N°1:

Determinar la incidencia de infecciones vaginales en mujeres embarazadas de 18 a 35 años, en Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia El Triunfo.

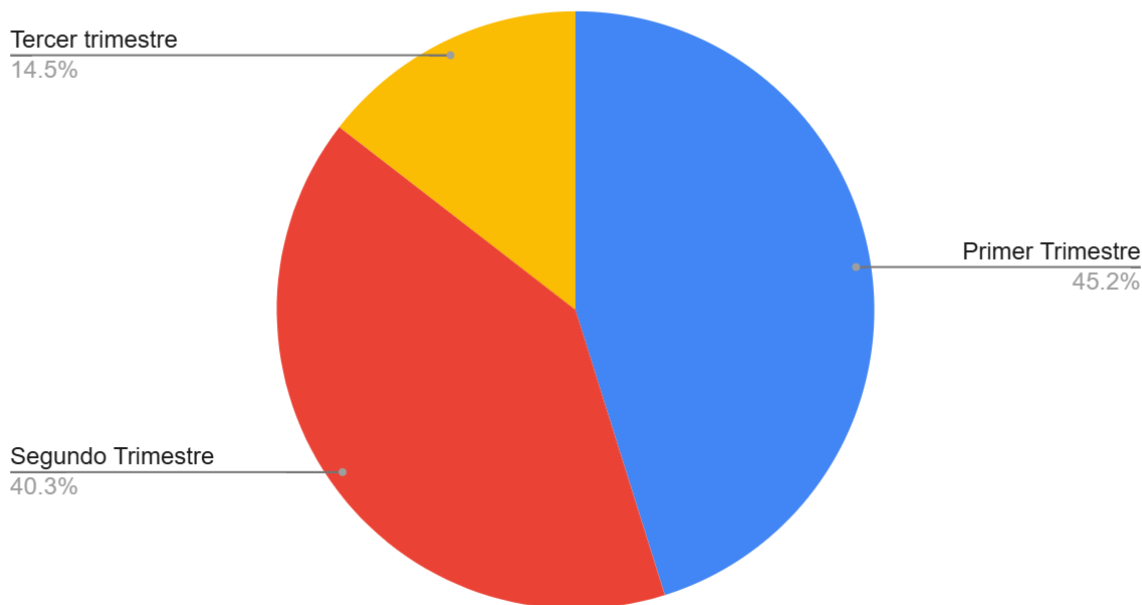
GRÁFICA N°3 ETIOLOGIA DE INFECCION VAGINAL EN POBLACION EN ESTUDIO.



Fuente: Datos obtenidos de expediente clínicos de US I El Triunfo, 2024.

En base a la gráfica N°3 que representa la cantidad de mujeres embarazadas con diagnóstico de infección vaginal, se evidencia que el 62,9% (39 casos de vaginitis) presentaron infección vaginal de etiología bacteriana la cual tiene mayor números de casos a comparación de la etiología por Cándida con un 27,4% (17), y la infección por Tricomonas 9,7% (6).

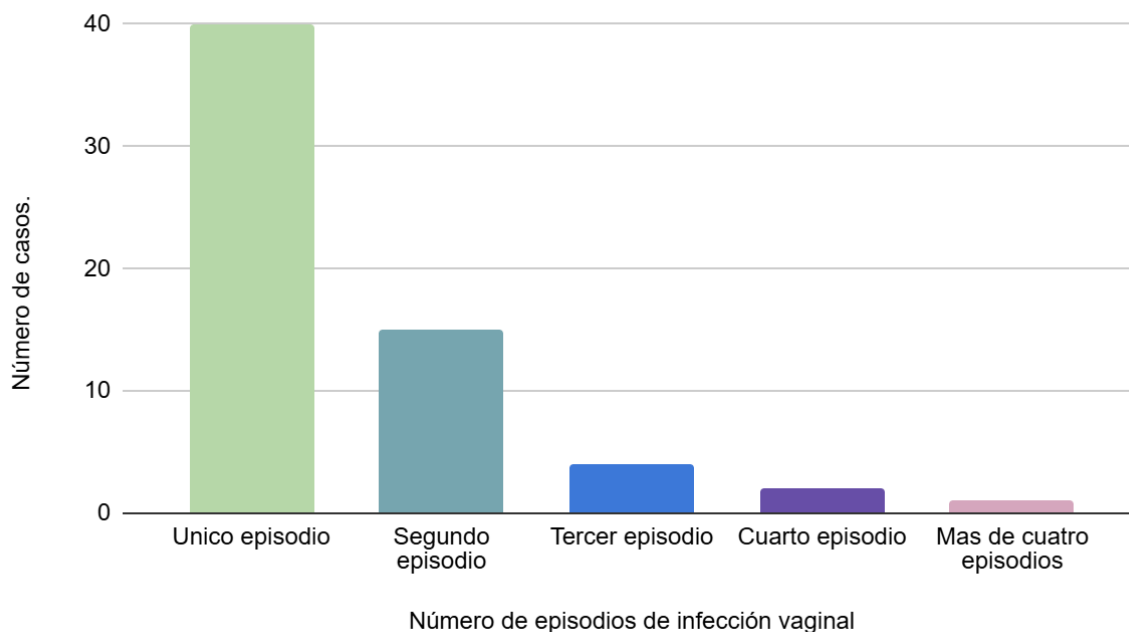
GRÁFICA N° 4. TRIMESTRE DE EMBARAZO DONDE SE DIAGNOSTICA INFECCIÓN VAGINAL EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO



Fuente: Datos obtenidos de expediente clínicos de US I El Triunfo, 2024

En la gráfica N°4 representa en qué trimestre del embarazo se hizo el diagnóstico de infección vaginal, evidenciando que el mayor número de diagnósticos se hizo durante el primer trimestre con un 45,2 % (28), siendo este periodos donde más casos son diagnosticados en segundo lugar fue en el segundo trimestre con 40,3% (25) y por último con el tercer trimestre con 14.5% (9) donde se registraron el menos diagnósticos de infección vaginal.

GRAFICO N°5 FRECUENCIA DE INFECCIONES VAGINALES EN LA POBLACION DE ESTUDIO



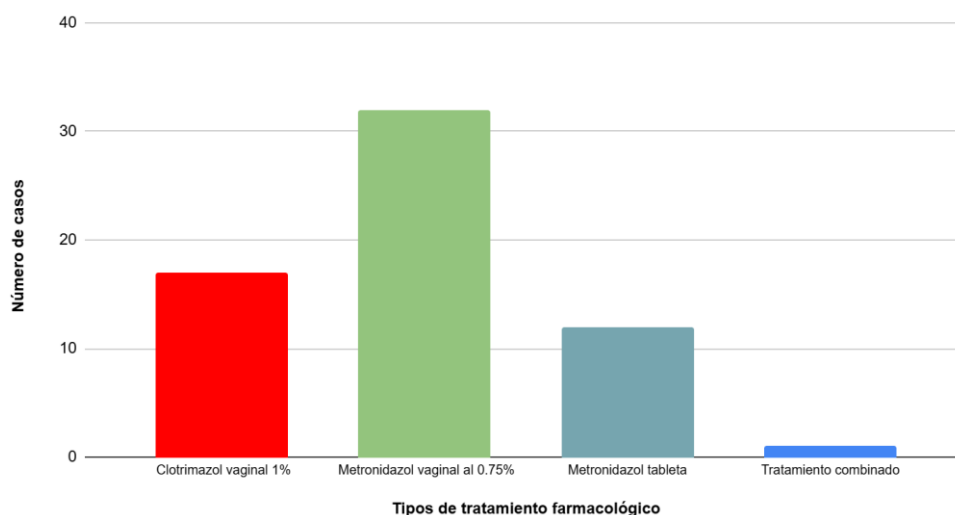
Fuente: Datos obtenidos de expediente clínicos de US I El Triunfo, 2024

En la gráfica N° 5 representa la frecuencia de episodios de infección vaginal, que se detectaban en cada paciente, demostrando que 64.7% (40) de los casos se presentaron como primer episodio, 24.2% (15) corresponde al segundo episodio, 6.5% (4) se atribuye al tercer episodio detectado en el embarazo, 3.2% (2) corresponde al cuarto episodio. Demostrando que las mujeres embarazadas presentan en su mayoría un episodio de infección vaginal en su embarazo.

OBJETIVO N°2:

Describir el manejo integral para infección vaginal en embarazadas de 18 a 35 años en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia El Triunfo.

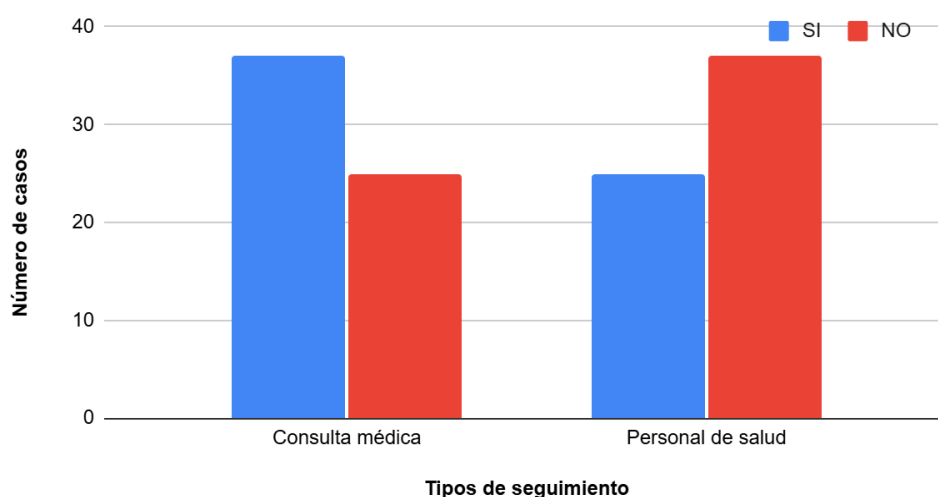
GRÁFICA N°6: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE INFECCIONES VAGINALES EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.



Fuente: Datos obtenidos de expediente clínicos de US I El Triunfo, 2024.

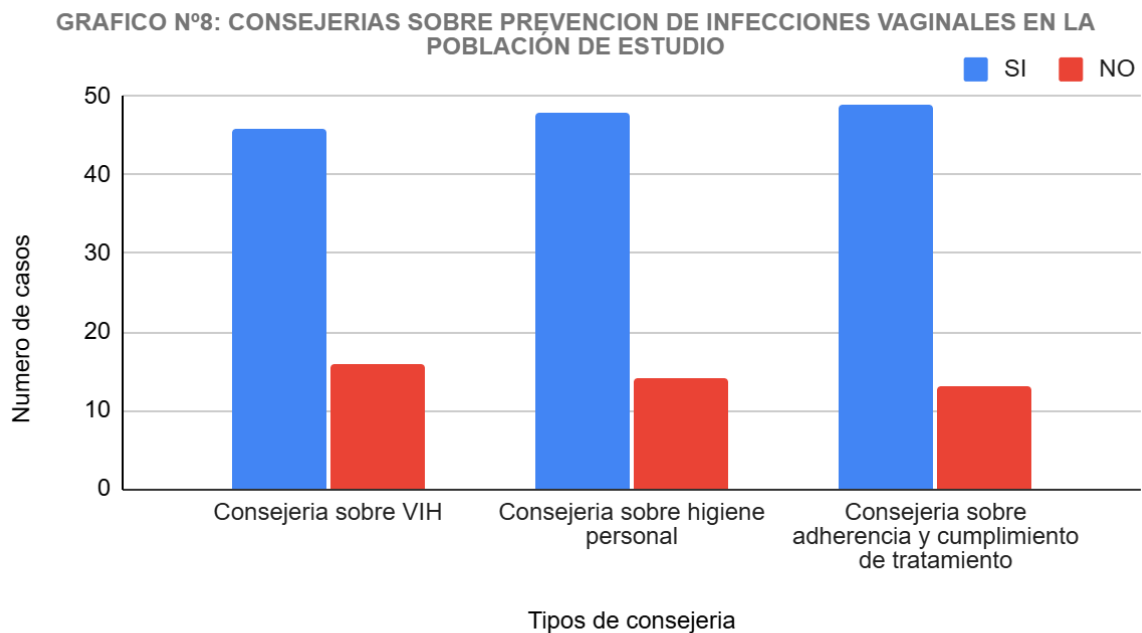
En la gráfica N°6, que representa los resultados obtenidos sobre el tipo de tratamiento administrado en las pacientes embarazadas de 18-35 años de la US El Triunfo de Usulután se determinó que un 51.6% (32) de los casos reportados recibieron tratamiento con Metronidazol gel al 0.75% (27.4) una aplicación cada noche por 7 días, por otra parte otro 51.6% (17) de los casos reportados recibieron tratamiento a base de Clotrimazol Vaginal 1% una aplicación cada noche por 7 días, otro 19.4% (12) de las infecciones diagnósticas recibieron tratamiento con metronidazol oral de 500 mg 1 tableta VO cada 12 horas por 7 días mientras que 1.6 % (1) de las infecciones reportadas recibió tratamiento combinado .

GRAFICA N°7 SEGUIMIENTO DE INFECCIONES VAGINALES EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO



Fuente: Datos obtenidos de expediente clínicos de US I El Triunfo, 2024

En la gráfica N°7 que aborda el seguimiento brindado a la pacientes embarazadas de 18-35 años de la US El triunfo de Usulután se evidencio que de 37 casos reportados de infección vaginal se les realizó control después de 7 días de iniciado el tratamiento por lo que una mayoría de 59.7% (37) de las pacientes realizan cumplimiento de tratamiento; mientras que 25 de los 37 casos diagnosticados de infección vaginal recibieron seguimiento a través de visita domiciliarias brindadas por promotor de salud, representando un 40.3% de los seguimientos brindados .



Fuente: Datos obtenidos de expediente clínicos de USI El Triunfo, 2024.

Con base al gráfico N° 8, presentado sobre consejería de prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) un 74% (46) de los casos reportados con infección vaginal si recibieron este tipo de consejería, mientras que, al 25% (16) restante de los casos reportados afirma no haberla recibido. Así mismo, sobre las consejerías recibidas de higiene personal genital se constató que 77% (48) de los casos diagnosticados de infección vaginal afirmó haber recibido este tipo de consejerías, mientras que el 22% (14) de los casos reportados con infección vaginal no se le brindo este tipo de consejería. Por último, en cuanto a las consejerías sobre adherencia y cumplimiento de tratamiento tiene el 79% (49) de los casos

reportados afirman haber recibido este tipo de consejería, mientras que un 20.9% (13) no recibieron este tipo de consejería.

IV. DISCUSIÓN

En los datos obtenidos en la presente investigación, cuyo objetivo principal es establecer la incidencia y el manejo integral de las infecciones vaginales en embarazadas de 18 a 35 años atendidas en la unidad de salud intermedia El Triunfo de enero a junio de 2024, se recolectaron los datos de 62 casos que se registraron como diagnósticos de infección vaginal en mujeres gestantes.

Según la información encontrada se observa que la etiología más frecuente de infección vaginal, con un 62,9%, son las infecciones de origen bacteriano, esto puede explicarse ya que durante el embarazo, los cambios hormonales, especialmente el aumento de los estrógenos, afectan el microbioma vaginal, provocando una disminución en la población de bacterias lactobacilos, que mantienen el pH vaginal ácido y previenen el crecimiento excesivo de microorganismos patógenos, por lo tanto al disminuir, se facilita el crecimiento de bacterias anaerobias, como *Gardnerella vaginalis*, que son las principales causantes de la vaginosis bacteriana; además el desarrollo de esta patología se ve altamente relacionada a prácticas sexuales de riesgo y deficiencia de hábitos higiénicos como sexo sin protección, duchas vaginales, uso de antibióticos que altera el equilibrio de bacterias en la vagina, deficiencias nutricionales, así como estrés que altera el sistema inmunológico materno y propicia a la aparición de infecciones. Siendo estas características que pueden encontrarse comúnmente en la población de estudio, por ejemplo, debido a la lejanía de centros asistenciales de salud como La Unidad de Salud El Triunfo, Hospital Nacional Santiago de María, entre otras, muchas paciente optan por la automedicación con antibióticos de amplio espectro; además, la mayoría de la población del Municipio de Ciudad El Triunfo, viven en zonas rurales con bajos recursos, por lo que no pueden disponer de una dieta balanceada que aporte los nutrientes necesarios que tanto la madre como el feto necesitan en el periodo gestante, anudando a esto, la práctica de relaciones sexuales sin uso de preservativos, debido al desconocimiento de la usuarias o la dificultad en la obtención de dicho producto.

La importancia de este resultado radica en su relación con las complicaciones en el embarazo que puede afectar al binomio madre-feto, como revela una investigación realizada en la Universidad de Standford, en el año 2015, donde se hizo un estudio de la variación del microbiota vaginal durante la gestación de 49 mujeres, de este grupo, 11 gestantes presentaron parto pretérmino, siendo la *Gardnerella vaginalis* el germen aislado con mayor frecuencia. Así también, en un estudio realizado en el Hospital Básico Manglaralto, Ecuador, en el año 2021, identificó que el agente causal predominante en un grupo conformado por

30 gestantes con amenaza de parto pretérmino es la bacteria *Gardnerella Vaginalis*, con un porcentaje del 50% de los casos. Aparte se puede observar que la vaginitis por *Candida spp* representa un 27.4% de todos los casos, siendo la segunda causa más frecuente de infección vaginal en embarazadas, esto debido al aumento en los niveles de estrógenos que provoca mayor contenido de glucógeno en las células epiteliales vaginales, siendo este un sustrato que alimenta a los hongos del género *Candida*, favoreciendo su crecimiento y multiplicación, además de factores como comorbilidad de diabetes gestacional, dieta alta en consumo de azúcares y uso de ropa ajustada, cabe aclarar que, tanto vaginosis bacteriana y candidiasis vaginal comparten muchos factores que propician su aparición, aunque existen ciertas circunstancias y características de la población de estudio que podrían conllevar a una tendencia a infección por bacterias, por ejemplo, ninguna de las pacientes gestantes del estudio poseía diagnóstico de diabetes gestacional, al momento de la aparición de la infección. Al contrario de ello las infecciones por *Tricomonas* se les atribuye un 9.7%, siendo las menos frecuentes, esto puede explicarse, ya que la Tricomoniasis, está mayormente relacionada a otras infección de transmisión sexual, y no solo a cambio hormonales e inmunosupresores, por lo que menor población serán afectados por este parásito.

Según los datos obtenidos, es el primer trimestre de embarazo donde se diagnosticaron mayor cantidad de infecciones vaginales en mujeres gestantes con un 45,2 %, esto puede ser explicado, debido a las características inherentes presentadas en este periodo del embarazo como la producción de estrógenos y progesterona que conlleva a la alteración de la flora vaginal normal, que hace más susceptible la entrada de microorganismo anaerobios, además de las características físico-químicas del embarazo, estos resultados podrían ser producto de la insuficiente atención preconcepcional que reciben las usuarias, estrategia que permite identificar factores de riesgo y detectar precozmente infecciones, para dar un tratamiento oportuno. También es importante mencionar la periodicidad de los controles prenatales; en este sentido, muchas pacientes acuden a inscripción prenatal con hallazgos clínicos asociados a infección vaginal, se le brinda tratamiento y se deja control de seguimiento al cual muchas pacientes no se presentan, encontrando persistencia de cuadro clínico, además de ello, hay que tener en cuenta que existe un margen de tiempo sin supervisión médica oportuna entre la inscripción y el primer control prenatal, ya que según los Lineamientos, se distribuye de la siguiente forma: inscripción prenatal antes de las 12 semanas, y controles prenatales en la semana 20, 26, 30, 34, 26, 28 y una cita de seguimiento a las 40 semanas,

por lo que se concluye que en el primer trimestre la paciente será vista por médico una vez, además de la lectura de exámenes del primer perfil prenatal que se debe realizar aproximadamente 7 días posterior a la consulta, en el segundo trimestre las mujeres gestantes serán supervisadas dos veces, tanto en el primer como segundo control prenatal, que corresponden a la semana 20 y 26 de amenorrea, respectivamente, que puede propiciar a una mayor incidencia del cuadro clínico entre el primero y segundo trimestre; como se evidencia en los resultados obtenidos, con una frecuencia del 40.3% de casos de infección vaginal detectados en el segundo trimestre, además cabe recalcar que este periodo se caracteriza por una mayor estabilidad en los niveles hormonales y adaptación de la inmunidad, lo cual disminuye la probabilidad de infección. Al contrario, se observa en el tercer trimestre de embarazo donde se detectó 14.5% de casos, siendo el periodo con menor frecuencia de aparición de infecciones vaginales, lo cual se contrapone a lo esperado, ya que en este período ocurren cambios físico-anatómicos como el aumento de presión que ejerce el útero sobre el abdomen, produciendo mayor retención de líquidos, que predisponen a la aparición de estas patologías. Como se observa en una investigación realizada en Bayamo, Cuba donde se abordó el comportamiento de la infección vaginal en embarazadas del consejo William Soler del Policlínico 13 de marzo, en el período 2017 - 2018, se demostró que en una muestra de 127 gestantes el 40,1 % tuvieron infección vaginal durante el primer trimestre del embarazo con 51 casos, mientras que el 37,1% se diagnosticaron durante el tercer trimestre demostrando su mayor incidencia en estos trimestres. Por lo tanto, esto obliga a pensar en otros factores que podrían contribuir a la disminución de casos de infecciones en el tercer periodo de la gestación, como lo es una mayor cantidad de controles prenatales en este periodo del embarazo, ya que las mujeres gestantes reciben evaluación médica mínimo un total de 4 ocasiones, que corresponden a los controles prenatales dados en la semana 30, 34, 36 y 38 del embarazo, además si la paciente no ha verificado trabajo de parto, se realiza un seguimiento a las 40 semanas de gestación, esta frecuencia de supervisión médica, permite un mayor seguimiento del estado físico de la paciente y se evita la aparición de infecciones vaginales, además en el caso que algunas de estas pacientes hubiesen tenido un diagnóstico previo de vaginitis en los primeros meses de embarazo, recibieron consejería sobre la prevención de nuevos episodios, lo que evitaría su aparición en las últimas semanas gestantes.

Con respecto a la frecuencia de infecciones vaginales en el embarazo, se determinó que un 64.7% de los casos, se presentaron como un único episodio de infección vaginal, esto puede

correlacionarse a la receptiva por parte de la mayoría de las pacientes gestantes a los métodos de prevención contra infecciones vaginales como uso de preservativos y buena higiene del área genito-anal. Es importante aclarar que dentro de las 42 pacientes estudiadas, 14 de ellas, sufrieron infecciones vaginales recurrentes, de quienes 5 pacientes sufrieron infecciones vaginales de diferente etiología en todo su periodo gestante, 4 pacientes presentaron episodios recidivantes, es decir, reaparición del mismo tipo de infección vaginal tiempo después de la detección de un caso anterior; además 4 pacientes sufrieron resistencia a tratamiento, de las cuales la mayoría presentaron vaginosis bacteriana, donde recibieron como primer tratamiento de escoge la administración de metronidazol vaginal 0.75% 1 aplicación cada noche por 7 días y al presentarse nuevamente a su control, la infección persistía, por lo que se indicó en estos casos el segundo escoge de tratamiento, es decir metronidazol 500 mg 1 tableta VO cada 12 horas por 7 días, presentando resolución del cuadro infeccioso. Entre los casos abordados, se encontró que una paciente fue diagnosticada 5 veces con vaginitis, a la cual se le detectó en el primer trimestre de embarazo, una infección por hongos la cual resolvió, posteriormente en el segundo trimestre sufrió de 2 episodios de vaginosis bacteriana (el primer episodio manejado con Metronidazol gel 0.75% 1 aplicación cada día por 7 días, y el segundo episodio se trató con metronidazol 500 mg 1 tableta VO cada 12 horas por 7 días), posteriormente se diagnostica nuevamente un episodio de candidiasis vaginal, por lo que se refirió a especialidad de ginecología y obstetricia en el Hospital Nacional Santiago de María, para evaluación y toma de cultivo de secreción, que reportó presencia de *Escherichia coli*, por lo que fue manejada con gentamicina 160 mg IM por 5 días, al finalizar tratamiento, fue evaluada nuevamente, con resolución del proceso infeccioso; posteriormente en el tercer trimestre de embarazo, se detectó tricomoniasis vaginal, la cual fue manejada con metronidazol 500 mg 1 tableta cada 12 h por 7 días, mostrando mejoría de cuadro clínico. Cabe aclarar que la paciente no sufrió, previo ni durante el embarazo, de comorbilidades que explicaran la recurrencia de estos episodios infecciosos, además se brindó tratamiento a la pareja sexual de la paciente, con el objetivo de evitar la reinfección (se indicó una dosis única de metronidazol 2 gramos), por lo que se sospecha de mal apego al tratamiento por posible inadecuada administración del producto, hábitos sexuales de riesgo, además que no se realizó visita domiciliaria en ninguno de sus episodios, ya que la paciente era originaria del Cantón El Palón, zona descubierta para monitoreo y seguimiento por parte del personal de salud de la unidad de salud; lo que pudo haber predispuesto los múltiples casos detectados.

En cuanto al manejo médico administrado se determinó que de un 51.6% de los casos diagnosticados, recibieron tratamiento con Metronidazol gel al 0.75% una aplicación cada noche por 7 días (según lineamientos establecidos) estos resultados se correlacionan proporcionalmente con una mayor frecuencia de vaginosis bacteriana, siendo el tratamiento de elección durante el primer trimestre metronidazol gel, y como segundo escoge metronidazol oral de 500 mg debido a sus supuestos efectos teratogénicos en el primer trimestre; sin embargo, una investigación cubana realizada en 2010, acerca del empleo del metronidazol oral en el primer trimestre del embarazo plantea que de 32 estudios acerca del uso del metronidazol durante el embarazo, se seleccionan únicamente 7 estudios para un meta análisis, teniendo en cuenta los siguientes criterios: 1) mínimo 10 pacientes expuestas al metronidazol durante el primer trimestre de embarazo; 2) grupo control con un mínimo de 10 pacientes no expuestas al metronidazol 3) informe de las malformaciones observadas en los recién nacidos vivos en cada uno de estos grupos. Seis de estos estudios incluyen 253 mujeres expuestas al metronidazol durante el primer trimestre de embarazo; mientras que el séptimo estudio incluye 1 083 mujeres expuestas al medicamento durante el mismo período. En solo 3 de los 7 estudios se describen recién nacidos con alteraciones congénitas y exposición materna al metronidazol durante el primer trimestre de embarazo. El estudio concluyó en que no existe relación entre el metronidazol en el primer trimestre del embarazo y la presencia de malformaciones congénitas; ya que no se detecta un incremento significativo del riesgo de defectos congénitos en los recién nacidos expuestos al metronidazol durante el embarazo, por lo que, se sugiere que el medicamento se puede emplear en las gestantes que lo necesiten y asesorar a las que ya hicieron uso del medicamento para generar tranquilidad acerca de su estado general de salud, de tal forma que según las últimas actualizaciones realizadas en Los Lineamientos Técnicos Para la Atención Ginecológica y Obstétrica de nuestro país sugieren el uso del metronidazol oral durante el primer trimestre. Por otra parte dentro los resultados obtenidos se tiene que un 27.4% de las infecciones vaginales diagnosticadas recibieron tratamiento a base de Clotrimazol Vaginal 1% una aplicación cada noche por 7 días. Las infecciones por hongos son comunes especialmente durante el embarazo porque los cambios hormonales pueden alterar el equilibrio del pH de la vagina. Los síntomas comunes de la infección por hongos incluyen comezón vaginal y una secreción blanca y espesa que parece requesón; entre los medicamentos de uso para tratar las infecciones por hongos se encuentran cremas, ungüentos o supositorios; comúnmente el Clotrimazol vaginal al 1% el que se emplea con

más frecuencia en cualquier momento durante el embarazo y no representan un riesgo de defectos de nacimiento u otras complicaciones del embarazo, la mejora de los síntomas y los resultados obtenidos se cree que aumentan exponencialmente al prescribir una fórmula de siete días y no se recomiendan los medicamentos orales como el fluconazol, debido a sus supuestos efectos teratogénicos, tanto así que El Boletín de Medicamento y Terapéutica (DTB) publicó un comentario sobre la seguridad del fluconazol oral durante el embarazo, el cual se basa en un estudio de cohorte realizado en EE UU que contenía datos de 1,969.954 embarazos, de los cuales 37.650 estuvieron expuestos a fluconazol oral y 82.090 a antifúngicos azólicos tópicos (p. ej., clotrimazol) durante el primer trimestre de embarazo. Todos los datos se recopilaron entre los años 2000 y 2014. La medida de impacto fueron malformaciones musculoesqueléticas, defectos cardíacos congénitos y hendiduras orales diagnosticadas durante los 90 días posteriores al nacimiento; con lo que se puede concluir que a comparación con los azoles tópicos, el fluconazol oral se asocia con un mayor riesgo de malformaciones musculoesqueléticas, equivalente a 12 incidencias adicionales por 10000 embarazos expuestos, lo que convierte al clotrimazol vaginal como el medicamento de elección para el tratamiento de la candidiasis vaginal en el embarazo, independientemente de la edad gestacional en la que se encuentren las pacientes; no obstante, cabe resaltar que existen situaciones en la que las paciente pueden presentar una infección vaginal mixta, es decir una infección bacteriana y una infección fúngica o que estas infecciones se presenten de forma aislada pero de forma recidivante en una misma paciente como se pudo observar durante el procesamiento de la información donde se reportó una paciente que fue diagnosticada en 5 ocasiones con infección vaginal, mientras que otras tres pacientes reportaron en tres ocasiones infección vaginal, dentro de la infecciones diagnosticadas fueron vaginosis bacteriana y candidiasis quienes recibieron tratamiento específico y a veces combinado, obteniendo mejoría del cuadro clínico; es importante recordar que el embarazo constituye un factor de riesgo inherente para el desarrollo de las diferentes infecciones vaginales, y que parte del diagnóstico certero y tratamiento específico por el personal de salud, y la administración y cumplimiento correcto del tratamiento por las pacientes juegan un papel fundamental para la prevención de las mismas; según la literatura hasta el momento, no se han demostrado efectos en mujeres durante el embarazo con las preparaciones combinadas. Con relación al metronidazol, no hay evidencia que sugiera que éste altere u ocasione riesgo de abortos en los primeros meses del embarazo. No hay datos que aporten la existencia de un riesgo significativo sobre el feto. Desde que la droga es

considerada segura en su uso vaginal, la administración oral se cree que no genera un aumento de riesgo para el embarazo. En relación al clotrimazol en mujeres embarazadas, no ha mostrado desarrollo de efectos secundarios para el feto o la mujer gestante.

Con respecto a los resultados obtenidos sobre el seguimiento clínico de las pacientes embarazadas con diagnóstico de infección vaginal. se puede observar que 59.7% de los casos, fueron evaluados a los 7 días posterior al inicio del tratamiento según los lineamientos técnicos establecidos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional y prenatal, que recomiendan la administración de cremas y geles vaginales cada noche por 7 días y asistir a control de infección, al séptimo día de iniciado el tratamiento, para verificar la curación o recurrencia de la infección, es importante recordar que la población de estudio habita en Ciudad El Triunfo, la cual se divide en 5 cantones, 4 Barrios, 14 colonias y 14 caseríos, donde 3650 personas habitan en zona urbanas, y 4609 personas viven en zonas rurales, esta distribución es importante, ya que el personal de la Unidad de Salud El Triunfo, está conformado por 5 promotores y 3 licenciadas de enfermería (siendo 2 de ellas licenciadas en año social), cabe resaltar que del total de pacientes a quienes se les brindó seguimiento, el 29% pertenecen a la zona urbana provenientes principalmente de Barrio la Cruz, Barrio San Francisco, Barrio El Calvario, Colonia El Cerrón, Colonia la Gloria, Colonia las Margaritas, Colonia Andalucía, Colonia El Carmen y Colonia El Calvario dicho seguimiento fue brindando por personal de enfermería, ya que son la encargadas de brindar el seguimiento respectivo en área urbana, mientras que el 71% de la población provienen del área rural (Cantón San Antonio, Cantón la Palmera, Cantón El Palón, Cantón los Novillos y Cantón El Aceituno), zonas que deben ser cubiertas por promotores de salud.

Además se determinó que el 41 % de los casos, recibieron visita domiciliaria por promotor de salud o personal de enfermería, por lo tanto se determinó que más del 50% de las pacientes que consultan en la Unidad de Salud El Triunfo provenientes del área urbana, recibió visita domiciliaria por parte de personas de enfermería, no así para las pacientes provenientes del área rural donde solo un 21 % recibió visita domiciliaria al 4º día por parte de promotores de salud, mientras que un 12% no recibió visita domiciliar por promotores de salud.

Esto puede explicarse debido a la distribución desigual de áreas geográficas, además de la gran extensión de las zonas rurales, también existen ciertas zonas las cuales no son cubiertas por ningún personal de salud, como lo son: Cantón El Palón (con su respectivo caserío Jute)

y cantón La Palmera (con sus caseríos, El Salitre, El Izote, y Los Amaya), donde habita una población de aproximadamente 407 y 1350 habitantes respectivamente, que representa una parte importante de la población que no se encuentra cubierta por ningún recurso de la Unidad de Salud. Tomando en cuenta lo anterior, de las 42 pacientes embarazadas estudiadas, 12 mujeres gestantes habitaban en zona urbana (que representan el 28.6%) y 30 pacientes viven en zonas rurales (que equivalen al 71.4%), de las cuales 13, son originarias de regiones descubiertas por personal de salud, esto puede explicar la insuficiente cobertura que se obtuvo al realizar seguimiento domiciliario, ya que muchas de las pacientes provenían de regiones de difícil acceso, así como zonas donde no se encontraba asignado ningún recurso del personal de salud; ejemplo de ello, es el Cantón. El Palón, que se encuentra a una distancia de aproximadamente 12 kilómetros con respecto a la Unidad de Salud, lo que equivale a 90 min de transporte, para poder consultar, motivo por el que muchas pacientes no asistían a sus citas de seguimiento al 7° día en el establecimiento de salud.

Finalmente con respecto a las consejerías brindadas a las pacientes embarazadas se obtuvo que el 46% de los casos, recibieron consejería sobre la prevención de ITS, este tipo de consejería es de suma importancia en el periodo gestante como lo dictan Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), quienes recomiendan que todas las personas se realicen la prueba de detección del VIH antes del embarazo o lo más pronto posible durante cada embarazo y durante cada trimestre. Cuanto más temprano se detecte el VIH, más pronto podrá iniciarse el tratamiento con medicamentos para combatirlo; además según lineamientos técnicos establecidos recomiendan que la prueba se realice en 1°, 2° y 3° perfil de la embarazada, además del asesoramiento sobre el uso de métodos de barrera y evitar la promiscuidad, ya que de esta forma se estaría previendo la adquisición del virus protegiendo no solo a las mujeres gestantes sino también al futuro recién nacido ante una posible transmisión vertical lo cual marcaría su vida de por vida; por otra parte con respecto a las consejerías de higiene personal genital, el 48% de los casos reportados afirman haber recibido este tipo de consejería, mientras que el 14 % de los casos reportados no la recibieron; en el embarazo, la vagina tiene más cantidad de secreciones que afectan el pH y la flora vaginal, estos cambios causan mayor humedad, por lo que es frecuente que casi todas las embarazadas presenten flujo vaginal, picazón y ardor en algún momento de la gestación. Según Bohbot, J., Infectólogo y director médico del Instituto Fournier, las recomendaciones para la higiene genital de mujeres embarazadas deben estar encaminadas a evitar el desarrollo de posibles infecciones vaginales, por lo que sugiere, evitar las duchas vaginales

y limitar el lavado a no más de dos veces al día, prescindir del uso de desodorantes íntimos y productos con fragancias, promover el cambio de prendas íntimas diariamente, realiza la limpieza de adelante hacia atrás, evitando hacerlo en sentido contrario para prevenir el arrastre de bacterias hacia la zona genital.

Finalmente, en cuanto a las Consejería de Adherencia y Cumplimiento de tratamiento, al 49% de los casos reportados se les brindó este tipo de consejería, es decir, cumplieron siete días de tratamiento farmacológico con el tratamiento específico, mientras que al 13% de los casos reportados no recibieron este tipo de consejería. La adherencia al tratamiento se refiere al grado de cumplimiento de la pauta de medicación tal y como ha sido prescrita por el médico o especialista. Por lo tanto, una buena adherencia al tratamiento requiere el compromiso del paciente e implica que éste tome todos los medicamentos con la posología adecuada y en el momento apropiado, y tenga en cuenta las recomendaciones de administración, por ejemplo, al explicar a la paciente sobre la administración nocturna de los geles vaginales posterior a realizar higiene genital durante 7 días, y recomienda la abstinencia a relaciones sexuales para garantizar una mejor eficacia farmacológica. Se plantea que, para la existencia de una adecuada adherencia, se requiere una buena relación médico paciente, recíproca y comunicativa, para garantizar que ambos tengan conocimiento de los fármacos y así establecer un plan terapéutico integrado. La participación del paciente en las decisiones sobre su plan de tratamiento permite mayor predisposición a seguirlo correctamente, ya que su implicación hace que el sujeto se sienta responsable del plan terapéutico, y, por tanto, hay más probabilidades de buen apego, procurando como fin último la mejoría del cuadro clínico.

V. CONCLUSIONES

Con base a los objetivos del estudio sobre la incidencia de las infecciones vaginales en embarazadas de 18 a 35 años atendidas en la unidad de salud intermedia El Triunfo de enero a junio de 2024, podemos concluir que:

- Según la procedencia de la población de estudio, el 71.4% de todas las pacientes, habitan en zonas rurales, lo cual podría representar dificultad en el acceso de una atención oportuna.
- Se observó que el 62.9% de los casos de infección vaginal fueron vaginosis bacteriana, la cual está altamente relacionada a complicaciones en el embarazo como parto pretérmino y su elevado diagnóstico puede deberse a las condiciones tanto físicoquímicas (cambio de ph, disminución de la inmunidad, entre otras) como sociales (uso de duchas vaginales, dietas poco nutritivas, uso de antibióticos de amplio espectro de forma indiscriminada) que propician la aparición de dicha etiología.
- La mayor incidencia de infecciones vaginales en mujeres gestantes se da durante el primer trimestre de embarazo, con un 45.2%, lo cual puede deberse a los cambios hormonales que sufre el cuerpo materno, así como la poca periodicidad de controles prenatales, que no permite una adecuada supervisión médica.
- El 64.7% de las infecciones vaginales en el embarazo ocurrieron como episodios únicos, lo que sugiere que la mayoría de las gestantes respondieron bien a los métodos de prevención y tratamiento. Sin embargo, un porcentaje significativo de pacientes (33.3%) presentó infecciones recurrentes, con varios casos de resistencia al tratamiento, especialmente en vaginosis bacteriana, lo que sugiere factores de riesgo como mal apego al tratamiento y la falta de seguimiento adecuado, especialmente en áreas rurales con limitados recursos de monitoreo por parte del personal de salud.

Con respecto al objetivo sobre manejo integral de las infecciones vaginales en embarazadas de 18 a 35 años atendidas en la unidad de salud intermedia El Triunfo de enero a junio de 2024, se concluye que:

- El tratamiento de las infecciones vaginales en embarazadas se realiza mayormente con metronidazol gel, principalmente, por ser considerado el primer escoge de

manejo en caso de detección de infecciones vaginales por bacterias según los Lineamientos (2), la cual es la etiología más frecuente dentro de la población de estudio. Aunque el metronidazol oral se usa con precaución en el primer trimestre, estudios recientes sugieren que no hay evidencia significativa de riesgo de malformaciones congénitas, por lo que puede emplearse si es necesario.

- Con respecto al seguimiento clínico de las embarazadas con infección vaginal en la Unidad de Salud El Triunfo, muestra desigualdades en la cobertura, especialmente entre las zonas urbanas y rurales. Aunque el 59.7% de los casos fueron evaluados al séptimo día de tratamiento, el seguimiento domiciliario fue más frecuente en áreas urbanas (más del 50%) que en las rurales (21%), posiblemente por la limitada distribución del personal de salud. Las regiones rurales de difícil acceso, como Cantón El Palón y Cantón La Palmera, presentan una menor cobertura, lo que dificulta el seguimiento adecuado de las pacientes y podría explicar la falta de adherencia a los controles en el tiempo estipulado.
- La consejería de adherencia y cumplimiento del tratamiento farmacológico fue brindada al 49% de los casos, lo que se refleja en un cumplimiento adecuado de los siete días de tratamiento. Sin embargo, el 13% de las pacientes no recibió esta orientación. La adherencia al tratamiento es clave para su eficacia, y depende de una relación médico-paciente sólida y comunicativa. Involucrar a las pacientes en el proceso de toma de decisiones sobre su tratamiento fomenta su responsabilidad y compromiso, aumentando las probabilidades de seguir el plan terapéutico de manera correcta, lo cual es crucial para la mejora clínica.

VI. RECOMENDACIONES

Para Personal de Salud de US El Triunfo

- Detectar a través de los conocimientos y bases médicas y de enfermería adquiridos , casos de infecciones vaginales en mujeres gestantes de forma oportuna y específica, haciendo uso de anamnesis, evaluación clínica que incluya la inspección visual y de ser posible toma de muestra secreciones vaginales para estudio bioquímico; con la finalidad de garantizar un diagnóstico más acertado , al identificar el tipo de microorganismo causante de la infección vaginal ya sean de origen fúngico, bacteriano o parasitario, ya que de ello dependerá el tipo abordaje terapéutico a prescribir, buscando como fin último el bienestar feto-madre .
- Instaurar a través del diagnóstico específico de infección vaginal (candidiasis, vaginosis bacteriana, tricomoniasis) el tratamiento idóneo recomendado por lineamientos previamente establecidos, garantizando el medicamento, dosis y duración correcta del tratamiento.
- Garantizar el óptimo seguimiento por parte de promotores de salud , enfermería y médicos al 4 y 7mo día de iniciado el tratamiento respectivamente, con la finalidad de garantizar adherencia del tratamiento y promoviendo consejerías sobre prevención de infecciones de Transmisión Sexual y Buenas Prácticas de Higiene Genital, con el objetivo de evitar recidivas del cuadro clínico, los cuales a su vez contribuyen a la prevención de los diferentes complicaciones obstétricas como : ruptura prematura de membranas, feto con bajo peso , corioamnionitis entre otros .

Para El Ministerio de Salud

- Destinar presupuesto idóneo para la compra y abastecimiento de medicamento óptimo de los establecimientos de primer nivel en cuanto a los diferentes medicamentos de uso gineco obstétrico (clotrimazol 1%, metronidazol gel 0.75%, metronidazol tableta de 500 mg).

Para futuros investigadores

- Se recomienda hacer uso de todas diferentes fuentes de información disponibles partiendo desde expediente clínico, libro de visitas domiciliarias de promotores y personal de enfermería los cuales aportan información vital para el enriquecimiento de investigaciones futuras.

VII. REFERENCIAS

1. Venturi A, Matkowski G, Suarez M, Viegas J, Vigliarolo L. Vaginosis bacteriana en embarazadas y su impacto en la prematuridad y en el bajo peso al nacer. *Acta bioquímica clínica latinoamericana* [Internet]. 2018; 52(3). Disponible desde: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-29572018000300010
2. Pradenas M. Infecciones cervicovaginales y embarazo. *Revista Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2014; 25(6):925–35. Disponible desde: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-infecciones-cervico-vaginales-embarazo-S0716864014706406>
3. Organización Mundial de la Salud. Vaginosis bacteriana [Internet]. Organización Mundial de las Naciones Unidas. 2023. Disponible desde: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/bacterial-vaginosis>
4. Santos D, Rodríguez E, Sandoval y. Conocimiento que tienen las embarazadas, sobre vaginosis bacteriana y candidiasis vaginal atendidas en el primer nivel de atención del sistema de salud salvadoreño [Internet] [Tesis]. El Salvador: Universidad de El Salvador; 2021. p. 2–3, 10–3. Disponible desde: <https://oldri.ues.edu.sv/id/eprint/23319/1/informe%20final%20vaginosis%20bacteriana%20y%20candidiasis%20vaginal.pdf>
5. Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido. Servicios en SSR para atención de emergencias o desastres. 2021.
6. Goje O. Vaginosis bacteriana. Manual MSD versión para profesionales. [Internet]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/vaginitis-cervicitis-y-enfermedad-pelviana-inflamatoria/vaginosis-bacteriana>.
7. Chávez, M., García, L., Chaves, J., Duran, K., Ramírez, J. Prevalencia de infecciones vaginales en mujeres embarazadas y no embarazadas en un hospital de Cali, Colombia. *Revista Ciencias Biomédicas*, 9(2), 92-102. 2020. Disponible en: <https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/11688/ybarr iosh-2.-chavez.pdf?sequence=1>
8. López J. Madrid R. Diagnóstico de Vaginosis Bacteriana y Aislamiento de

- Streptococcus agalactiae en Mujeres Embarazadas del Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Raúl Argüello Escolán” El Salvador, Noviembre 2011 a Enero 2012 [Tesis]. El Salvador: Universidad Dr. Jose Matias Delgado; 2011. Disponible en: <http://redicces.org.sv/jspui/bitstream/10972/783/1/0001486-ADTESLD.pdf>.
9. Ministerio de Salud Viceministerio de Políticas de Salud Viceministerio de Servicios de Salud. Guías Clínicas de Ginecología y Obstetricia [Internet]. El Salvador; Ministerio de Salud Viceministerio de Políticas de Salud; 2011. Disponible en: https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guias_Clinicas_de_Ginecologia_y_Obstetricia.pdf.
 10. Morelli I. Vaginosis bacteriana en el embarazo: últimos avances hasta la fecha. Revista Médica Sinergia. 2022; 7 (7): p. 1-8. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/361709342_Vaginosis_bacteriana_en_el_embarazo_ultimos_avances_hasta_la_fecha
 11. Municipios de El Salvador. El Triunfo [Internet]. Municipios de el Salvador. 2019 Disponible en: <https://www.municipiosdeelsalvador.com/usulutlan/el-triunfo>.
 12. Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento de la infección vaginal en obstetricia. Guía de Práctica Clínica [Internet]. Quito: MSP; 2014. Disponible en: <http://somossalud.msp.gob.ec/>
 13. Rodríguez R, Vega M. “Perfil clínico y epidemiológico en gestantes de 15 a 35 años con infecciones vaginales que consultan en la UCSFI San Ildefonso, San Vicente en el periodo de febrero a junio de 2018” [Tesis]. El Salvador: Universidad de El Salvador; 2018. Disponible desde: <https://repositorio.ues.edu.sv/server/api/core/bitstreams/74261772-6c25-447c-aee7-5cc45f37bbfa/content>.
 14. Vasquez F, Fernández A, García B. Vaginosis. Microbiota vaginal. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica [Internet]. 2018;37(9). Disponible desde: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0213005X1830380X?via%3Dihub>
 15. Merck & Co, Inc., Rahway, NJ. Etapas del embarazo [Internet]. MANUAL

- MSD. 2024. Disponible desde: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/multimedia/table/etapas-del-embarazo>
16. Gomez A, Celesia M, Fernández C. Cambios anatómicos y fisiológicos del embarazo: sus implicancias anestesiológicas [Internet]. *Revista Argentina de Anestesiología*; 2000 Disponible desde: https://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/188/c.pdf.
 17. Viquez M, Chacon C, Rivera S. Infecciones del tractourinario en mujeres embarazadas. *Revista médica sinergia* [Internet]. 2020; 5(5). Disponible desde: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/482/824>.
 18. Carrillo P, Garcia A, Soto M, Rodriguez G, Perez J, Martinez D. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Revista de la facultad de medicina (México)* [Internet]. 2021;64(1):45–7. Disponible desde: <https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v64n1/2448-4865-facmed-64-01-39.pdf>.
 19. Hill C, Pickinpaugh J. Cambios fisiológicos durante el embarazo. *Surg Clin N Am* [Internet]. 2008;88(2):391–401. Disponible desde: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/32234276/504v88n02a13134692pdf001-libre.pdf?1391494430=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DCambios_fisiolo_gicos_durante_el_embaraz.pdf&Expires=1727027990&Signature=dmmuBHNrGEKgNos4yxvtto8z6Ft8wWB980TPnfUgrN9X4eA0RBFU8o78sJ2vIRY6I~hRrGV9U9Cd~Pjinf0dl7B6bLSGMERvnQgVRr7LLfDVyiFuGqcbTC3L7x9sKmQuoGAdcGoLOCroVdhBwOGfCGACek1ckXmYWIueCdrguwU3PszJZwmon3Q3V~yBpi4B3Vm95RFk9lpFIlays1HYThBI4XxDUQqBMKD12Qbit~flXcAJ0g5EJP~xc78EzDbyBL5YP567jXWHWG~dlu30skX2kgr2o9ec~P6eFgxRTb0KiJ7gkluh6PrMbBZ5zJdzzh0swE6RpoI~hdNc0rpA__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA.
 20. Cunningham G, Leveno K. *Williams Obstetricia*. 25th ed. Bloom S, Dashe J, editors. Mexico: McGraw Hill Education; 2020.
 21. Cerón S, Flores C. Diagnóstico Situacional de salud del distrito de El Triunfo. Usuluán, El Triunfo: Unidad de Salud El Triunfo; 2024, p. 18-27.
 22. Farrell M. Infección por hongos durante el embarazo: ¿Un tratamiento de venta libre es adecuado? [Internet]. Middletown: Salud de Middlesex 28 Crescent Street Middletown, CT 06457; 2023. Disponible desde:

- <https://middlesexhealth.org/learning-center/espanol/preguntas-y-respuestas/infeccion-por-hongos-durante-el-embarazo-un-tratamiento-de-venta-libre-es-adecuado>
23. Zhu Y, Bateman BT, Gray KJ, et al. Reacciones Adversas e Interacciones Fluconazol oral y embarazo [Internet]. EEUU; 2023. Disponible en: https://www.saludyfarmacos.org/lang/es/boletin-farmacos/boletines/nov202101/16_fñu
 24. Vademecum Spain. Metronidazol + clotrimazol [Internet]. Uruguay; Vidal Vademecum; 2018. Disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-metronidazol+%2B+clotrimazol+%2B+neomicina-g01af20+p6-us>
 25. HIVInfo. Prevención de la transmisión perinatal del VIH [Internet]. HIVInfo. 2024. Disponible desde: <https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/prevencion-de-la-transmision-perinatal-del-vih#:~:text=Las%20personas%20con%20el%20VIH%20que%20est%C3%A9n%20embarazadas%20y%20que,la%20salud%20de%20los%20progenitores.>
 26. Rosada Y, Álvarez R. Comportamiento de la infección vaginal en gestantes, Consejo Popular William Soler, 2017-2018. Universidad de Ciencias Médicas de Granma [Internet]. 2019, (5): 908-923. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000500908&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000500908&lng=es)
 27. Linares A, Ramos F, Vaquerano N. Vaginitis y sus consecuencias en las mujeres embarazadas entre 18 y 35 años, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar La Hachadura, Ahuachapán, durante los meses de abril a septiembre en el año 2016 [Internet] [Tesis]. El Salvador: Universidad de El Salvador; 2016. p. 15–22. Disponible desde: <https://repositorio.ues.edu.sv/server/api/core/bitstreams/52109c08-572f-4d5b-8cbc-fc73dad622aa/content>
 28. Campos D, Reyes L. Diagnóstico, manejo y seguimiento de infecciones vaginales en embarazadas de 18 a 30 años de edad, que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud familiar Unicentro Soyapango durante el período de julio a diciembre del 2018 [Internet] [Tesis]. El Salvador: Universidad de El Salvador; 2019. p. 9–16. Disponible desde: <https://repositorio.ues.edu.sv/server/api/core/bitstreams/4d9f59df-f619-4693->

8484-02b137c2bdab/content

29. Braun H, Vera C, Belmar, Carvaja Jorge A. Consecuencias perinatales de la infección intrauterina por candida. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2003 ; 68(4): 343-348. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000400015&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262003000400015>.
30. Galvez R, Torres A, Trujillo A. Factores relacionados con infecciones vaginales en mujeres de 25 a 35 años en Unidad Comunitaria de Salud Familiar La Hachadura, Ahuachapán, de febrero a julio de 2019 [Internet] [Tesis]. El Salvador: Universidad de El Salvador; 2014. p. 27–30. Disponible desde: <https://repositorio.ues.edu.sv/server/api/core/bitstreams/d9d2b601-f1f8-40a4-a852-a42718525d65/content>
31. Reyes A. Infecciones vaginales en gestantes y su relación con amenaza de parto pretérmino hospital Básico Manglaralto. Santa Elena. 2021. [Internet] [Tesis]. Ecuador: Universidad Estatal Península de Santa Elena; 2022. p. 25, 40–41. Disponible desde: <https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/7124/1/UPSE-TEN-2022-0025.pdf>
32. Lluen S. Factores de riesgo e infecciones vaginales Hospital María Auxiliadora 2017 [Internet] [Tesis]. Perú: Universidad de San Martín de Porres; 2017. p. 5–7. Disponible desde: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5052/lluen_ese.pdf?sequence=1
33. Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos para el desarrollo de las acciones del promotor y promotora de salud en la atención integral materna y de la niñez. Viceministerio de Políticas de Salud; 2019. p. 18-25.
34. Ministerio de Salud de El Salvador. Plan nacional para la detección temprana abordaje con y seguimiento integral infección de vías urinarias, infecciones vaginales e infecciones bucales en las embarazadas la RIISS. SIBASI Cabañas; 2016. p. 29-39.
35. Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos del promotor y promotora de salud en las redes integrales e integradas de servicios de salud,

Viceministerio de Políticas Sectoriales; 2014. p. 29-31.

VIII. ANEXOS.

Anexo 1. Instrumento: Lista de cotejo.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA

Tema: incidencia y manejo integral de infecciones vaginales en embarazadas de 18 a 35 años atendidas en la unidad comunitaria de salud familiar intermedia el triunfo, de enero a junio de 2024.

Objetivo: establecer la incidencia y manejo integral de infecciones vaginales en embarazadas de 18 a 35 años atendidas en la unidad comunitaria de salud familiar intermedia el triunfo, de enero a junio de 2024.

expediente:

edad:

procedencia:

Marcar con una "X", el tipo de zona que habita.

ZONA URBANA ____

ZONA RURAL ____

INCIDENCIA DE INFECCIONES VAGINALES		
TIPOS DE ETIOLOGÍA	SI	NO
VAGINOSIS BACTERIANA		
CANDIDIASIS VAGINAL		
TRICOMONIASIS VAGINAL		
TRIMESTRE DE EMBARAZO	SI	NO
PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO		
SEGUNDO TRIMESTRE DE EMBARAZO		
TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO		
FRECUENCIA DE APARICIÓN DE INFECCIÓN VAGINAL	SI	NO
PRIMER EPISODIO		

SEGUNDO EPISODIO		
TERCER EPISODIO		
MANEJO INTEGRAL		
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	SI	NO
CLOTRIMAZOL 1% 1 APLICACIÓN C/NOCHE POR 7 DÍAS		
METRONIDAZOL VAGINAL 0.75% 1 APLICACIÓN C/NOCHE POR 7 DÍAS		
METRONIDAZOL 500 MG 1 TAB VO C/ 12 H POR 7 DÍAS		
TRATAMIENTO COMBINADO: CLOTRIMAZOL 1 % 1 APLIC C/ DIA POR 7 DÍAS Y METRONIDAZOL 500 MG 1 TAB VO C/ 12 H POR 7 DIAS		
SEGUIMIENTO	SI	NO
ASISTIÓ A CONSULTA MÉDICA DE CONTROL A LOS 7 DÍAS POSTERIOR AL INICIO DEL TRATAMIENTO		
SE REALIZÓ SEGUIMIENTO POR PROMOTOR DE SALUD AL CUARTO DÍA DEL INICIO DEL TRATAMIENTO		
CONSEJERÍA	SI	NO
¿RECIBIÓ CONSEJERÍA SOBRE PREVENCIÓN DE ITS? Promover el uso del condón y enseñar a usarlo correctamente, evitar prácticas sexuales de riesgo, evitar múltiples parejas sexuales, Abstinencia sexual		
¿RECIBIÓ CONSEJERÍA SOBRE HIGIENE PERSONAL GENITAL? Culminar el tratamiento, aunque los síntomas y signos hayan desaparecido, fomentar el cumplimiento del tratamiento indicado y del seguimiento, explicar de forma clara y precisa la colocación de cremas vaginales como tratamiento farmacológico, concientizar sobre la importancia de asistir a su consulta de control de infección vaginal, para verificar la disminución o erradicación de signos y síntomas, consultar		

nuevamente si posterior a cumplir tratamiento la sintomatología persiste.		
<p>¿RECIBIÓ CONSEJERÍA SOBRE ADHERENCIA Y CUMPLIMIENTO DE TRATAMIENTO?</p> <p>Evitar la introducción de sustancias en la cavidad vaginal, lavar con agua corriente, y productos adecuados para la higiene íntima, la vulva, la región pubiana, la región perianal y perineal y los surcos inguinofemorales, higiene de la zona se puede hacer de una a 3 veces al día, realizar movimientos circulares suaves que eviten traer el contenido perianal a la región 13 vulvar (de adelante hacia atrás), utilizar productos apropiados para la higiene genito-anal hipoalergénicos, con un poder detergente leve y de un pH ácido, evitar ropa ajustada, evitar el uso de duchas vaginales, uso de ropa interior solo de algodón.</p>		

Anexo 2. Consentimiento informado.

El propósito de este consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de esta, así como de su rol en ella como participantes.

Tema: Incidencia y Manejo integral de infecciones vaginales en embarazadas de 18 a 35 años, atendidas en la Unidad de Salud Comunitaria de Salud Familiar Intermedia El Triunfo, de enero a junio del 2024.

Objetivo: Establecer la incidencia y manejo integral de infecciones vaginales en embarazadas de 18 a 35 años atendidas en la unidad comunitaria de salud familiar intermedia El Triunfo, de enero a junio de 2024

- Si usted accede a participar en este estudio, permitirá la revisión de su expediente clínico tanto en formato físico como digital.
- La participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación

. ● Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Al aceptar participar voluntariamente en esta investigación usted entiende que:

-He sido informado/a de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

-Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

Firma o huella del Participante

Firma del investigador

Fecha:

Anexo 3. Tablas de resultados.

TABLA N° 1 Edad de la población de estudio.

Intervalo de edades	Marca de clase	Frecuencia	Fr acumulada	Fr relativa	Fr relativa acumulada	%
18-21	19.5	11	11	0.26	0.26	26
21-24	22.5	9	20	0.21	0.47	21
24-27	25.5	6	26	0.14	0.61	14
27-30	28.5	7	33	0.16	0.77	16

30-33	31.5	5	38	0.11	0.88	11
33-36	34.5	4	42	0.09	0.97	9
Total		42*	42	1	1	100

Fuente: Datos obtenidos de expediente clínicos de US I El Triunfo, 2024.

**Nota: El total representa el número de pacientes embarazadas que participaron en el estudio*

TABLA N° 2: Zona de procedencia de la población de estudio.

Zona	Frecuencia	%
Rural	30	71,4%
Urbana	12	28,6%
Total	42*	100%

Fuente: Datos obtenidos de expediente clínicos de US I El Triunfo, 2024.

**Nota: El total representa el número de pacientes embarazadas que participaron en el estudio.*

TABLA N.º 3: Etiología de infecciones vaginales de la población de estudio

Tipos de etiología	Frecuencia	%
Vaginosis bacteriana	39	62,9%
Candidiasis vaginal	17	27,4%
Trichomonas vaginalis	6	9,7%
TOTAL	62*	100%

Fuente: Datos obtenidos de expediente clínicos de US I El Triunfo, 2024.

**Nota: El total representa el número de casos diagnosticados de infección vaginal, no así el total de pacientes.*

TABLA N.º 4. Trimestre de embarazo donde se diagnostica infección vaginal en la población de estudio

Trimestre en que se diagnostica la infección vaginal.	Frecuencia	%
Primer Trimestre	28	45,2%
Segundo Trimestre	25	40,3%
Tercer trimestre	9	14,5%
TOTAL	62*	100%

Fuente: Datos obtenidos de expediente clínicos de US I El Triunfo, 2024.

**Nota: el total representa el número de casos diagnosticados de infección vaginal, no así el total de pacientes.*

TABLA N° 5: Frecuencia de episodios de infecciones vaginales en mujeres gestantes de la población de estudio

Número de episodios de infecciones vaginales.	Frecuencia	%
Primer episodio de infección vaginal.	40	64.5 %
Segundo episodio de infección vaginal.	15	24,2 %
Tercer episodio de infección vaginal.	4	6.5%
Cuarto episodio de infección vaginal.	2	3.2%
Más de cuatro episodios de infección vaginal.	1	1.6%
TOTAL	62*	100%

Fuente: Datos obtenidos de expediente clínicos de US I El Triunfo, 2024.

**Nota: el total representa el número de casos diagnosticados de infección vaginal, no así el total de pacientes.*

TABLA N°6: Tratamiento farmacológico de infecciones vaginales en mujeres gestantes de la población de estudio.

Tipo de Tratamiento	Frecuencia.	%
Clotrimazol 1% 1 aplicación c/noche por 7 días	17	27.4%
Metronidazol vaginal 0.75% 1 aplicación c/noche por 7 días	32	51.6%

Metronidazol 500 mg 1 tab vo c/ 12 h por 7 días	12	19.4%
Tratamiento combinado: clotrimazol 1 % 1 aplic c/ día por 7 días y metronidazol 500 mg 1 tab vo c/ 12 h por 7 días	1	1.6%
Total	62*	100%

Fuente: Datos obtenidos de expediente clínicos de US I El Triunfo, 2024.

**Nota: el total representa el número de casos diagnosticados de infección vaginal, no así el total de pacientes.*

TABLA N° 7: Seguimiento de infecciones vaginales en mujeres gestantes de la población de estudio

Tipos de seguimiento		Fr	%
Asistió a consulta médica de control a los 7 días posterior al inicio del tratamiento	SI	37	59%
	NO	25	41%
	Total	62	100%
Seguimiento por personal de salud al cuarto día del inicio del tratamiento	SI	25	41%
	NO	37	59%
	Total	62*	100%

Fuente: Datos obtenidos de expediente clínicos de US I El Triunfo, 2024.

**Nota: el total representa el número de casos diagnosticados de infección vaginal, no así el total de pacientes.*

TABLA N°8: Consejerías sobre prevención de infecciones vaginales en mujeres gestantes de la población de estudio.

Tipos de consejería		Fr	%
Consejería sobre prevención de its	SI	46	74 %
	NO	16	26%
	TOTAL	62	100%
Consejería sobre higiene personal genital	SI	48	77%
	NO	14	23%
	TOTAL	62	100%
Consejeria sobre adherencia y tratamiento.	SI	49	79%
	NO	13	20%
	TOTAL	62*	100%

Fuente: Datos obtenidos de expediente clínicos de US I El Triunfo, 2024.

**Nota: el total representa el número de casos diagnosticados de infección vaginal, no así el total de pacientes.*