



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

**EFFECTIVIDAD DEL MANEJO SINDRÓMICO EN EL
TRATAMIENTO DE FLUJO VAGINAL EN MUJERES
SEXUALMENTE ACTIVAS DEL CENTRO MATERNO INFANTIL
JOSE CARLOS MARIATEGUI EN EL AÑO 2016.**

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

AUTOR:

NOELIA JUDITH ECHAIZ DONAYRE

**LIMA – PERÚ
2016**

Dedicatoria

Para aquellas personas que me apoyaron en todo momento, que han sido el motor para que no desmaye en el intento y continúe hasta lograr mi objetivo, a pesar de todos los obstáculos presentados, han sido mi impulso para continuar. Mi familia, amigas y mi novio a quienes amo.

Agradecimientos

En primer lugar a Dios por darme sabiduría y fuerzas para seguir adelante día a día, a la Universidad Alas Peruanas, Escuela Profesional de Obstetricia, por abrirme las puertas del saber y con sus enseñanzas ayudarme alcanzar mi desarrollo profesional. A mis docentes y en especial a mis asesoras quienes con su apoyo y guía hicieron posible la realización y culminación de la presente investigación.

RESUMEN

La presente investigación fue planteada con el **Objetivo:** Determinar la efectividad del manejo sintomático en el tratamiento de flujo vaginal en mujeres sexualmente activas del centro materno infantil José Carlos Mariátegui en el año 2016. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio farmacoepidemiológico, de tipo observacional. Descriptivo, pues sólo incluye un grupo de pacientes, de corte longitudinal y prospectivo. La muestra estuvo conformada de 116 pacientes, las cuales acudieron al consultorio de obstetricia por síndrome de flujo vaginal, se les administró el tratamiento y se le hizo seguimiento a los 7 días, pues en la primera semana suelen desaparecer los síntomas. **Resultados:** Se encontró que el tratamiento no fue efectivo, pues se tiene a 64 pacientes donde su sintomatología no desapareció, en algunos casos disminuyó y en otros persistió, la suma de estos dos ítems representa el 55.17% del total. Mientras que sólo para 52 pacientes el flujo desapareció por completo, representando el 44.83% del total. **Conclusiones:** El estudio de investigación demuestra que la sintomatología más frecuente por la que llegan a la consulta de obstetricia las pacientes, es por flujo escaso con 42.24 %, en segundo lugar pacientes con flujo moderado, con un 37.93 % y en menor cantidad pacientes con flujo abundante, con un 19.83 %. La efectividad del manejo sintomático para el tratamiento de flujo vaginal es inefectivo, ya que el 55.17% del total de 116 pacientes, la sintomatología persistió o sólo disminuyó, lo que resulta que la intervención no originó resultados beneficiosos para la población.

Palabras Clave: Efectividad - Manejo sintomático – Flujo vaginal

ABSTRACT

This research was raised with the **Objective:** To determine the effectiveness of syndromic management in the treatment of vaginal discharge in sexually active women of the José Carlos Mariátegui maternal and child center in the year 2016. **Materials and methods:** A pharmacoepidemiological study, of the observational type, was carried out. Descriptive, since it only includes a group of patients, longitudinal and prospective cut. The sample consisted of 116 patients, who attended the office of obstetrics for the syndrome of vaginal discharge, were given the treatment and followed up after 7 days, Because in the first week symptoms usually disappear. **Results:** It was found that the treatment was not effective, since there are 64 patients whose symptoms did not disappear, in some cases it decreased and in others persisted; the sum of these two items represents 55.17% of the total. While for only 52 patients the flow disappeared completely, accounting for 44.83% of the total. **Conclusions:** The research study shows that the most frequent symptomatology for patients arriving at the obstetrics office is by poor flow with 42.24%; secondly, patients with moderate flow, with 37.93% and fewer patients with Abundant flow, with 19.83%. The effectiveness of syndromic management for the treatment of vaginal discharge is ineffective, since 55.17% of the total of 116 patients, the symptomatology persisted or only decreased, which results that the intervention did not produce beneficial results for the population.

Keywords: Effectiveness - Syndromic management - Vaginal discharge

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene por objetivo determinar la efectividad del manejo sindrómico en el tratamiento de flujo vaginal.

En los diferentes consultorios de salud sexual y reproductiva, básicamente, en los puestos de atención primaria, uno de los principales motivos de consulta en mujeres, es por infección vaginal la cual podemos identificar como un flujo vaginal anormal, ya sea por una alteración del ecosistema vaginal o por contagio sexual.

Cualquiera que sea la causa de una infección vaginal; ya sea por *Cándida*, *Tricomonas* o vaginosis bacteriana, producirá un gran malestar a la mujer que lo padece, entre los síntomas más comunes tenemos, el mal olor, ardor, picazón en la vagina y/o vulva, además de un flujo que puede ser de color amarillo, blanco grumoso, gris o verdoso. Las implicancias que genera un flujo vaginal anormal que no es tratado a tiempo, pueden ser de índole social, así también como el contagio a la pareja sexual, y pueden llegar a complicaciones de gran morbilidad.

La investigación de esta problemática de salud pública, se realizó debido al interés de conocer si el manejo sindrómico propuesto por la OMS y aplicado por el Ministerio de Salud del Perú es efectivo o no. Este manejo se basa en los signos y síntomas que la paciente presenta al momento de la consulta, el cual busca obtener un diagnóstico oportuno y tratamiento económico, en dosis única en la primera consulta, sin la necesidad de un laboratorio, y así poder evitar perder al paciente.

Pero de acuerdo a lo observado en las consultas de atención primaria, las pacientes suelen regresar con los mismos síntomas o en algunos casos disminuidos, lo cual refleja una poca o nula mejoría de la infección vaginal, a pesar de haber tomado el tratamiento.

Por otro lado, no se ha encontrado muchos trabajos de investigación en torno al tema, así que la presente investigación aportará estadísticas recientes sobre este problema social, y servirá como referente para próximas investigaciones.

La metodología del trabajo fue bajo los lineamientos de la investigación no experimental, es decir no se controló directamente las variables.

Se captó a las pacientes en los consultorios de obstetricia, mediante charlas informativas y campañas de Papanicolaou; se realizó visitas domiciliarias a los 7 días del tratamiento para comprobar la efectividad del manejo sindrómico, así se pudieron obtener los resultados de la investigación.

ÍNDICE

CARÁTULA	I
PÁGINAS PRELIMINARES	II
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCIÓN	VI

CAPÍTULO I. PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 Descripción de la Realidad Problemática	11
1.2 Delimitación de la investigación	12
1.5.1 Delimitación temporal	12
1.5.2 Delimitación geográfica	12
1.5.3 Delimitación espacial	12
1.3 Formulación del Problema	13
1.3.1 Problema principal	13
1.3.2 Problemas secundarios	13
1.4 Objetivos de la investigación	13
1.4.1 Objetivo general	13
1.4.2 Objetivos específicos	13
1.5 Hipótesis y Variables de la investigación	14
1.5.1 Hipótesis general	14
1.5.2 Hipótesis secundaria	14
1.5.3 Variables	14
1.6 Variables, dimensiones e indicadores	14
1.7 Justificación de la investigación	15

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación	17
2.1.1 A nivel nacional	17
2.1.2 A nivel internacional	18
2.2 Bases teóricas	22

2.3	Definición de términos	31
-----	------------------------	----

CAPITULO III. METODOLOGÍA

3.1	Tipo de la Investigación	34
3.2.1	Diseño de investigación	34
3.2.1	Nivel de la investigación	34
3.2.2	Método	34
3.3	Población y muestra	34
3.3.1	Población	34
3.3.2	Unidad de análisis	34
3.3.3	Muestra	34
3.4	Técnicas e instrumentos de la recolección de datos	35
3.4.1	Técnicas	35
3.4.2	Instrumentos	36
3.5	Procedimiento	36

CAPITULO IV. RESULTADOS

4.1	Resultados	38
4.2	Discusión de resultados	50

CONCLUSIONES	52
---------------------	----

RECOMENDACIONES	53
------------------------	----

REFERENCIAS	54
--------------------	----

ANEXOS

1.	Instrumento	55
2.	Matriz de consistencia	58
3.	Otros	60

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La presencia de flujo vaginal anormal, es la razón más frecuente de consulta en los centros de salud de atención primaria. Este flujo vaginal anormal es causado por infecciones vaginales, las cuales son producidas por diferentes agentes, las infecciones más comunes son la tricomoniasis y vaginosis bacteriana, además si el flujo viene acompañado de una irritación vulvovaginal puede ser causa de una candidiasis, por otro lado, si encontramos un flujo vaginal de color amarillo anormal que proviene del cérvix, puede ser consecuencia de una infección cervical, producida por gonorrea o clamidia. ¹

Estas infecciones, afectan principalmente al tracto reproductivo y puede generar complicaciones si no son tratadas a tiempo. Algunas son transmitidas vía sexual, otras no, pero todas son curables. ²

<<La Organización Mundial de la Salud (OMS), reporta que cada año se presentan en el mundo más de 340 millones de casos de infecciones de transmisión sexual (ITS) curables, (incluyen solo aquellas infecciones bacterianas fúngicas y parasitarias), que tienen como manifestación el síndrome de flujo vaginal, susceptibles de tratamientos efectivos y que por lo menos un millón de contagios ocurren cada día. Solamente para Latinoamérica y el Caribe se contagiaron entre 35 y 40 millones de casos de este grupo de ITS con más de 100 mil infecciones promedio por día>>¹

<<En el Perú, según información reportada por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2012, la prevalencia de infecciones de transmisión sexual (ITS), úlcera genital o flujo vaginal en el último año fue de 13,7% en mujeres de 15 a 49 años sexualmente activas. De ellas, la mayor proporción de casos se observó en los grupos de 15 a 19 y de 20 a 24 años de edad (18,0 y 16,4 por ciento, respectivamente), y en solteras (15,7 por ciento)>>³. Así mismo según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2015, el 13,3% de mujeres declaró haber tenido una ITS, úlcera genital o flujo vaginal. El porcentaje se ha reducido en 0,4 puntos porcentuales, respecto al año 2012. ⁴

Las infecciones vaginales no transmisibles sexualmente, son consecuencia del desarrollo anormal de la flora vaginal, frecuentemente causadas por vaginosis bacteriana o infección por levaduras, las cuales están

influenciadas por factores ambientales, higiénicos, hormonales, entre otros. Por otro lado las infecciones que se transmiten vía sexual son la tricomoniasis, con menos frecuencia la infección gonocócica o por clamidia.²

A lo largo de los años se han ido mejorando las estrategias para poder desarrollar un diagnóstico adecuado y un tratamiento oportuno que sea efectivo, para así reducir el número de infecciones vaginales y su contagio.

Estas infecciones se pueden abordar de diferentes manejos, tales como:

El manejo etiológico, que se basa en el agente causal o la confirmación de su presencia a través de pruebas serológicas y microbiológicas. El manejo clínico basado en la experiencia del examinador y en la elaboración del diagnóstico en base a la historia natural de una ITS. Y el manejo sintomático, propuesto por la OMS, que busca proporcionar un diagnóstico y tratamiento oportuno, económico y de dosis única, sin necesidad de un laboratorio, basándose en los signos y síntomas con el que viene la usuaria.⁵

Sin embargo, en los centros de salud, así como en el centro materno José Carlos Mariátegui, en ocasiones la paciente regresa con los mismos síntomas, situación que traduce una escasa o nula mejoría de los signos y síntomas, estas razones hacen importante investigar y determinar la efectividad del manejo sintomático en el tratamiento del flujo vaginal.

1.2 Delimitación de la investigación

1.2.1 Delimitación temporal: Durante el año 2016.

1.2.2 Delimitación geográfica: El Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui está ubicado en el Cono Sur de Lima, en el distrito de Villa María del Triunfo, con dirección en av. Primavera cuadra 23 s/n José Carlos Mariátegui.

1.2.3 Delimitación social: Todas las mujeres sexualmente activas a partir de los 18 años de edad, que no se encuentren en estado de gestación, con síndrome de flujo vaginal, que acuden al consultorio de obstetricia del Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui.

1.3 Formulación del problema

1.3.1 Problema principal

¿Cuál es la efectividad del manejo sindrómico en el tratamiento de flujo vaginal en mujeres sexualmente activas del centro materno infantil José Carlos Mariátegui en el año 2016?

1.3.2 Problemas secundarios

1. ¿Cuál es el porcentaje de pacientes que responden efectivamente al tratamiento del manejo sindrómico de flujo vaginal en mujeres sexualmente activas del Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui en el año 2016?

2. ¿Cuál es el porcentaje de pacientes que tienen respuesta parcialmente efectiva al tratamiento del manejo sindrómico de flujo vaginal en mujeres sexualmente activas del Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui en el año 2016?

3. ¿Cuál es el porcentaje de pacientes que presentan respuesta inefectiva al tratamiento del manejo sindrómico de flujo vaginal en mujeres sexualmente activas del Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui en el año 2016?

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general

Determinar la efectividad del manejo sindrómico en el tratamiento de flujo vaginal en mujeres sexualmente activas del Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui en el año 2016.

1.4.2 Objetivos específicos

1. Determinar el porcentaje de pacientes que responden efectivamente al tratamiento del manejo sindrómico de flujo vaginal en mujeres sexualmente activas del Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui en el año 2016.

2. Determinar el porcentaje de pacientes que tienen respuesta parcialmente efectiva al tratamiento del manejo sintromico de flujo vaginal en mujeres sexualmente activas del Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui en el año 2016.

3. Determinar el porcentaje de pacientes que presentan respuesta inefectiva al tratamiento del manejo sintromico de flujo vaginal en mujeres sexualmente activas del Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui en el año 2016.

1.5 Hipótesis y variables de la investigación

1.5.1 Hipótesis general

HA: El manejo sintromico en el tratamiento de flujo vaginal en mujeres sexualmente activas del Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui en el año 2016 es efectivo.

1.5.2 Hipótesis secundaria

HO: El manejo sintromico en el tratamiento de flujo vaginal en mujeres sexualmente activas del Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui en el año 2016 es inefectivo.

1.5.3 Variables

Variable Independiente: Síndrome de flujo vaginal

Variable dependiente: Efectividad del manejo sintromico

1.6 Variables, dimensiones e indicadores

Variable	Dimensiones	Indicadores
Efectividad del manejo sintromico	Efectivo	Si el tratamiento logró erradicar toda la sintomatología
	Parcialmente efectivo	Si con el tratamiento sólo se logró reducir la sintomatología

	Inefectivo	Si el tratamiento no produjo ningún cambio.
Síndrome de flujo vaginal	Flujo vaginal	Presencia de secreción anormal en vagina

1.7 Justificación de la investigación

Debido a que las infecciones del tracto vaginal son la razón más frecuente de consulta en los consultorios de salud sexual y reproductiva, y que en muchos casos, pueden presentar complicaciones de gran morbilidad, pues estas infecciones favorecen a al contagio de otras infecciones de transmisión sexual, entre la más relevante tenemos el VIH, en mujeres en edad reproductiva presentan abortos espontáneos y partos prematuros, en el puerperio puede ser causante de endometritis post parto; incluso puede llevar a la infertilidad, además de las implicancias sociales, como el rechazo por parte de su entorno debido al mal olor que genera la infección y el contagio a la pareja sexual; se necesitó conocer la efectividad del manejo sintromico en el tratamiento de flujo vaginal, ya que las pacientes que sufren dichas infecciones solían regresar a la consulta por el mismo motivo, no encontrando una solución oportuna a la infección.

La investigación permite fortalecer las estrategias sanitarias de salud sexual y reproductiva en relación al síndrome de flujo vaginal, así también contribuye a la reducción de las infecciones vaginales, evita el contagio a la pareja sexual, y se refleja en una disminución de las complicaciones de las infecciones del tracto vaginal.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1. A NIVEL NACIONAL

Díaz Pino, Emily Mariel, en su trabajo realizado en el Centro de Salud San Fernando, en el año 2012 – 2013, con el **objetivo** de Identificar la eficacia del manejo sintomático de las Infecciones de Transmisión Sexual curables más comunes. **Material y Métodos:** Estudio Descriptivo, Retrospectivo, Transversal. Conformada por 51 usuarias que acudieron al Centro de Salud San Fernando entre octubre 2012 a marzo 2013. Se utilizaron los métodos observacional y encuesta. Se seleccionó la población mediante las hojas de registro de atenciones e historias clínicas. Se realizó el registro década usuaria con sus características generales, reproductivas para posteriormente realizar el seguimiento domiciliario en el cual se verificó el cumplimiento del tratamiento, síntomas, signos, escala de riesgo reproductivo y resultado final (paciente curada o paciente no curada). De esta manera se verificó la eficacia para cada manejo sintomático. **Resultados:** El diagnóstico pre-manejo sintomático fue síndrome flujo vaginal con 27 usuarias (52.9 por ciento) y síndrome dolor abdominal bajo con 24 usuarias (47.1 por ciento). Solo el 56.9 por ciento de las parejas recibieron tratamiento. Como resultado del tratamiento con manejo sintomático tenemos que 33 mujeres (64.7 por ciento) fueron no curadas y están infectadas nuevamente con algún síndrome. La eficacia global para el manejo sintomático de las infecciones de transmisión más comunes del centro de salud San Fernando fue de 35 por ciento, mientras que la eficacia del manejo sintomático para el síndrome de flujo vaginal y síndrome dolor abdominal bajo fue de 37 por ciento y 33 por ciento respectivamente. **Conclusiones:** La eficacia del manejo sintomático no fue óptima tanto para el manejo sintomático del flujo vaginal como el dolor abdominal bajo en la población de estudio perteneciente al C.S. San Fernando, sin embargo esto pudo deberse al hecho que 43.1 por ciento de las parejas no recibieron tratamiento para las Infecciones de Transmisión Sexual.

Siu Au, Alejandro; Calderón Ticona, Jorge; Guillén Oneeglio, Alfredo y Silva Olivera, Arnaldo, en su trabajo realizado en varias entidades de

salud, en el año 2011, con el **objetivo:** Conocer la flora prevalente causante de la infección vaginal y evaluar la efectividad del tratamiento con dos combinaciones de fármacos en dos grupos: el primero con óvulos de clindamicina más ketoconazol y el segundo con óvulos de metronidazol más nistatina más lidocaína. **Material y métodos.** Fue observacional y prospectivo. Se determinó dos tamaños muestrales, uno para la prevalencia de gérmenes con muestra mínima de 535 pacientes y otro para comparar los efectos de los dos fármacos con una muestra mínima de 225 pacientes por grupo. Los pacientes fueron reclutados en varias entidades de salud con el diagnóstico clínico de infección vaginal. **Resultados.** Se reclutó a un total 561 pacientes, siendo las infecciones vaginales por un germen en 45,1% y mixtas en 54,9%. Los cuatro gérmenes más comunes que se observaron, fueron: Candida sp., E. coli, G. vaginalis y S. epidermidis. La eficacia con el uso de ambos fármacos fueron muy similares. **Conclusiones.** En las infecciones vaginales, la flora bacteriana mixta es más frecuente y ambas combinaciones de fármacos fueron igual de efectivos.

2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL

Páez Canro, Carol Zussandy, en su trabajo realizado en de tres instituciones de Bogotá, en el año 2016, con el **Objetivo:** Determinar la razón de costo-efectividad incremental de dos estrategias de diagnóstico y tratamiento de la infección por Chlamydia trachomatis en mujeres sintomáticas de Bogotá en términos de casos evitados de secuelas (infertilidad, dolor pélvico crónico y embarazo ectópico) desde la perspectiva del tercer pagador. **Materiales y Métodos:** Se realizó una evaluación económica de costo efectividad desde el punto de vista del tercer pagador para determinar la razón de costo efectividad incremental de las dos alternativas de diagnóstico y tratamiento en términos de secuelas evitadas. **Resultados:** Se encontró que el mejor escenario para las pruebas rápidas (sensibilidad 80% y especificidad 90%) se presenta cuando las muestras son de origen vaginal y recolectadas por las pacientes. Por esto el mejor escenario para pruebas rápidas se toma de este dato (Hislop 2010). El mejor escenario de sensibilidad del manejo sindrómico fue definido por dos estudios (sensibilidad 0.42 – 0.73, especificidad 0.89 – 0.92) (Behets 1995,

Clark 2009). Las gráficas del plano de costo efectividad se encuentran al final de los resultados de cada modelo. **Conclusiones:** Se encontró que el manejo por pruebas rápidas es menos costoso y más efectivo comparado con el sintromico en términos de prevención de infertilidad en mujeres con infección por CT. En el caso de dolor pélvico crónico y embarazo ectópico, el manejo por pruebas rápidas es más costoso y más efectivo comparado con el manejo sintromico, la dominancia cambia cuando aumenta la sensibilidad de las pruebas diagnósticas. Sería relevante determinar la efectividad de las pruebas en muestras de diferente origen lo cual parece aumentar la sensibilidad.

Ángel Edith, Rubio Jorge, Rodríguez Andrea, Ruiz Ariel, en su trabajo realizado en Bogotá, en el año 2014, con los **objetivos:** describir la seguridad y la eficacia clínica y microbiológica del tratamiento combinado de secnidazol más fluconazol oral, dosis única, para el manejo del flujo vaginal sintomático. **Materiales y métodos:** ensayo clínico sin grupo control, realizado en mujeres sintomáticas con flujo vaginal en un hospital de mediana complejidad localizado en la ciudad de Bogotá, Colombia. Se incluyeron 118 mujeres por muestreo consecutivo por conveniencia quienes recibieron el tratamiento de acuerdo con el diagnóstico sintromico. El diagnóstico microbiológico se estableció usando el puntaje de Nugent para vaginosis bacteriana (VB), el cultivo para cándida y el frotis directo en fresco para tricomonas. Se estimaron la prevalencia, la efectividad clínica y microbiológica, y la seguridad del tratamiento combinado de secnidazol con fluconazol en mono dosis, y se realizó un análisis de sensibilidad para la eficacia del tratamiento. **Resultados:** la prevalencia de VB fue del 57,1%, de candidiasis fue del 28,8% y de la infección mixta 10,8%. No se encontró infección por tricomonas. En 8,5% de las pacientes los resultados microbiológicos fueron negativos. La tasa de curación clínica con secnidazol más fluconazol fue de 90,4%, y la tasa de curación microbiológica fue de 94,1%. Doce pacientes (12,90%) presentaron eventos adversos no serios relacionados con el medicamento. **Conclusión:** la VB fue la infección más común en este estudio, seguida por la candidiasis y las infecciones mixtas. La combinación secnidazol más fluconazol es una intervención

efectiva para alcanzar la cura clínica y microbiológica en las pacientes con síndrome de flujo vaginal, con una baja frecuencia de eventos adversos no serios.

Bañobre Patsy, Águila Yahaviv, Noda Teresa, en su trabajo realizado en el Policlínico Primero de Enero, en La Habana, en el año 2012, con el **objetivo** de determinar el comportamiento del síndrome de flujo vaginal en las gestantes que parieron en el período de 2011 a 2012 en nuestro Policlínico “Primero de Enero”. **Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo. Los datos fueron extraídos de las historias clínicas de las gestantes y de los recién nacidos. La población estudiada estuvo constituida por 111 gestantes que parieron en dicho período y la muestra por 81 de ellas según criterio de inclusión. **Resultados.** El 73% de las gestantes presentaron síndrome de flujo vaginal. El 98.76% de estas gestantes presentaron vaginitis así como la mayoría de ellas tuvo recurrencia del síndrome y más de la mitad alcanzaron la curación. Fue estadísticamente significativo que con el esquema adecuado de tratamiento se curaron el 72.34% de las gestantes. Se diseñó una estrategia educativa para mejor prevención y manejo del síndrome de flujo vaginal. **Conclusiones:** Casi la totalidad de las gestantes estudiadas presentaron síndrome de flujo vaginal. Un porcentaje muy elevado de gestantes presentó vaginitis. La recurrencia del síndrome de flujo vaginal fue frecuente. El manejo sintomático fue efectivo y significativo desde el punto de vista estadístico. Se confeccionó una estrategia educativa para mejor prevención y manejo del síndrome de flujo vaginal.

Díaz Jorge; García Mario; Chicaíza Liliana; Moreno Alexander; Prieto Víctor; Gaitán Hernando; Ruiz Ariel; Rodríguez Andrea; Rincón Carlos; Urrego José, en su trabajo realizado en Bogotá, en el año 2012, con el **Objetivo:** Estimar la costo efectividad del antibiótico oral comparado con el local en mujeres no gestantes con flujo vaginal sugestivo de vaginosis bacteriana. **Materiales y método:** Se compararon cuatro combinaciones de antibióticos para primera opción y ante falla clínica: clindamicina vaginal y tinidazol oral, dosis única; clindamicina vaginal y secnidazol oral, dosis

única; tinidazol oral, dosis única y clindamicina vaginal; secnidazol oral, dosis única y clindamicina vaginal. Se construyó un modelo de Markov en Treeage® para representar de manera general la historia natural de la vaginosis bacteriana. El cambio en el tratamiento ante recurrencia sin eventos adversos se modeló como un caso particular mediante un árbol de decisión. La perspectiva fue la del sistema de salud incluyendo todos los costos directos. Todas las cifras monetarias se expresaron en pesos colombianos de 2010. La unidad de resultado fue la mejoría clínica. Los datos de efectividad, seguridad, persistencia y recurrencia se extrajeron de la literatura. Se calculó la razón de costo-efectividad incremental y se realizaron análisis de sensibilidad univariados y probabilísticos.

Resultados: Tanto para el caso general como el particular, el esquema clindamicina vaginal como primera opción y tinidazol oral para tratar persistencia con eventos adversos y recurrencia es una estrategia dominante ya que es menos costosa y más efectiva que los demás esquemas de tratamiento. Para 1.000 pacientes, el costo de la alternativa dominante es de \$16.795.411 con mejoría en 985,6 casos en el modelo general y de \$23.979.230 con mejoría en 903,4 casos en el caso particular.

Conclusiones: Clindamicina vaginal como primera opción para el tratamiento de la vaginosis bacteriana y tinidazol vía oral dosis única para tratar persistencia con eventos adversos a la clindamicina y recurrencia es costo-efectiva para Colombia. Los resultados fueron robustos a variaciones en los parámetros del modelo.

Sánchez Joel, Díaz Delia, Verga Belkis, Sánchez Luanda en su trabajo realizado en San Cristóbal Cuba, en el año 2011, con el **objetivo** de evaluar la efectividad del manejo sindrómico en la reducción de las complicaciones producidas por las infecciones de transmisión sexual en el municipio San Cristóbal, durante los meses de enero de 2005 a diciembre de 2006.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de cohorte, la muestra estuvo constituida por el total de pacientes que solicitaron atención médica por presentar secreción uretral, flujo vaginal y/o dolor abdominal bajo en este período. Los datos fueron recogidos a través de encuestas, hojas de cargo y registros hospitalarios. Se efectuó el cálculo de por ciento, tasa y pruebas

de significación estadística según procedió. **Resultados:** La mayoría de los pacientes de la cohorte A (95,8%) resolvieron su sintomatología antes de los siete días después del tratamiento. **Conclusiones:** se concluyó que al inicio del estudio el mayor por ciento de los médicos poseía bajos conocimientos sobre el tema. La enfermedad inflamatoria pélvica aguda fue la complicación más frecuente encontrada antes y después de aplicado al estudio, siendo notoria la reducción que experimentaron todas estas patologías al concluir el mismo, resultando significativo los resultados encontrados.

2.2 Bases teóricas

EFFECTIVIDAD:

La efectividad evalúa los efectos de un tratamiento en la práctica clínica, es decir, en condiciones reales de uso. Los datos sobre la efectividad de un medicamento (que depende de factores múltiples, desde la complejidad del régimen terapéutico hasta el grado de aceptación que tiene entre los pacientes), pueden obtenerse mediante la realización de ensayos clínicos controlados y aleatorizados más 'pragmáticos' o naturales, es decir, más próximos a la realidad (con criterios de inclusión laxos, realizados en establecimientos sanitarios de segundo y tercer nivel o en centros de atención primaria; con períodos de seguimiento prolongados y en los que la asignación de tratamientos sigue siendo aleatoria, pero no siempre es necesario el enmascaramiento), pero casi siempre se obtienen de estudios de carácter observacional. Los datos de efectividad no suelen recabarse hasta que los ECA de eficacia han proporcionado pruebas suficientes de que el nuevo medicamento presenta una eficacia y un perfil de reacciones adversas aceptables. Casi siempre se obtienen de estudios de fase IV de carácter observacional, que se llevan a cabo con posterioridad a la comercialización del medicamento.⁶

MANEJO SINDRÓMICO

El manejo sindrómico busca ofrecer diagnósticos y tratamientos adecuados y oportunos, en el lugar de la primera consulta, haciendo uso de recursos

de laboratorio solo cuando estén disponibles, pero sin condicionar ni retardar la decisión terapéutica.

A su vez, un síndrome es definido como un grupo de síntomas que aquejan a un paciente y/o signos encontrados al momento de examinarlo. Para tomar las decisiones terapéuticas, se debe utilizar información sobre la frecuencia de los agentes etiológicos asociados al síndrome, y cuáles son los medicamentos más efectivos.

Mediante el uso del manejo sindrómico de las ITS se busca dotar de una herramienta útil para la toma de decisiones terapéuticas que sea:

- Apropiaada a los diferentes niveles de complejidad de los establecimientos de salud.
- De fácil uso por todos los proveedores de salud.
- Que garantice una inmediata y adecuada indicación terapéutica en el lugar de primer encuentro con el paciente, lo que significará administrar el tratamiento durante la primera consulta (que muchas veces es la única).⁵

Ventajas del manejo sindrómico:

- Reduce la probabilidad de un diagnóstico clínico incorrecto.
- Permite decisiones y acciones claras.
- Considera tratamiento para varias infecciones concomitantes, lo que es muy común en las ITS.
- Estandariza los tratamientos para las ITS en todos los niveles de atención, garantizando su eficacia al utilizar esquemas con elevada efectividad.
- Permite el tratamiento de los pacientes en la primera consulta interrumpiendo la cadena de transmisión en forma temprana.
- Combina la educación del paciente con la atención medica ya que da la oportunidad de introducir mensajes preventivos y promover el uso del condón.
- Garantiza la inmediata y adecuada indicación terapéutica lo que significa administrar el tratamiento durante la primera consulta, que en la mayoría de casos es la única.

No obstante, el manejo sindrómico puede implicar algunas limitaciones o desventajas que el personal de salud debe conocer para tomar las decisiones más adecuadas.

Desventajas del manejo sindrómico:

- No puede ser usado en personas asintomáticas, condición muy común entre las mujeres.
- No abarca a otras entidades que se presentan con ciertas frecuencias (ej. Infección por papilomavirus), como tampoco algunos estadios clínicos de enfermedades como sífilis.⁷

SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL

Se considera síndrome de flujo vaginal al aumento de la cantidad del flujo vaginal, con cambio de color, cambio de olor (mal olor), y cambio de consistencia asociado a síntomas de prurito o irritación vulvar; en algunos casos con disuria, dispareunia, o dolor en el hemiabdomen inferior.

Este flujo vaginal o “descenso” como comúnmente se conoce, puede ser debido a un proceso inflamatorio localizado en la propia vagina, ocasionado por trastornos del ecosistema vaginal o por la introducción de algún patógeno externo sexualmente transmitido como las infecciones por tricomonas.⁵

Síndrome	Síntomas	Signos	Etiologías más comunes
Flujo vaginal (Descenso vaginal)	Descenso vaginal	Descenso vaginal o flujo vaginal anormal	Vaginitis asociada a: - Vaginosis Bacteriana - Tricomoniasis - Candidiasis (si hay prurito asociado)

Fuente: Guía nacional del manejo de infecciones de transmisión sexual. Ministerio de salud del Perú.

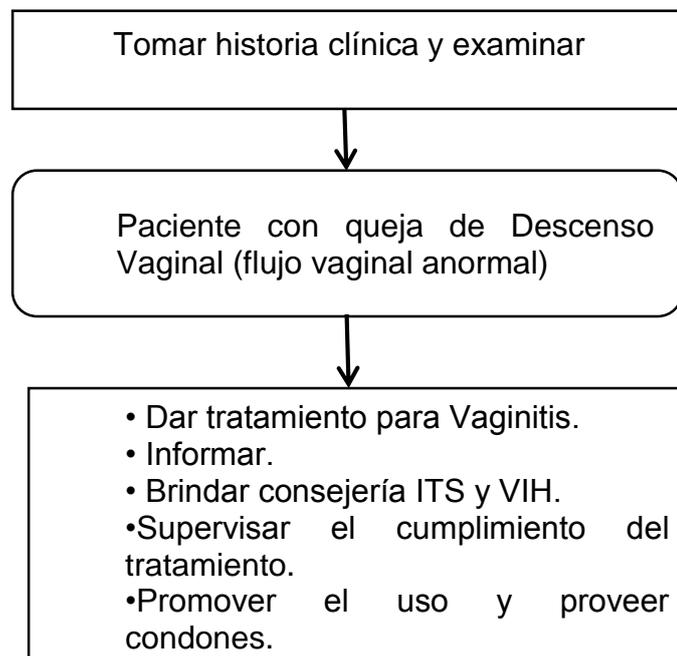
Etiología

Las principales causas son las infecciones vaginales o vaginitis, entre ellas tenemos:

- Vaginosis bacteriana (Gardnerella vaginalis asociada con agentes anaerobios como son bacteroides, peptococos, peptoestreptococos, enterobacterias, además Mobiluncus curtissic, M. hominis y Ureaplasma urealyticum).
- Trichomona vaginalis (que si es sexualmente transmitida).
- Infección por Cándida (especialmente C. albicans).

El flujo vaginal anormal puede ser también causado por infecciones originadas en el cérvix (cervicitis por clamidia y gonorrea, verrugas cervicales; ulceraciones del cérvix, ejm. herpes genital, chancroide, carcinoma) y el útero (enfermedad pélvica inflamatoria, endometritis).⁸

FLUXOGRAMA DE MANEJO DEL SINDROME DE FLUJO VAGINAL



Fuente: Guía nacional del manejo de infecciones de transmisión sexual. Ministerio de salud del Perú.

Tratamiento del Síndrome de Flujo Vaginal

El tratamiento para flujo o descenso vaginal debe incluir un medicamento activo para Vaginosis Bacteriana y para Tricomoniasis que son las causas

más frecuentes de vaginitis. Es por ello que se recomienda el tratamiento con Metronidazol. Cuando hay picazón es posible que haya Cándida por lo que se sugiere adicionar clotrimazol.

El tratamiento recomendado y entregado por el Ministerio de Salud para vaginitis es:

- **Metronidazol 2 g vía oral en dosis única.**

En caso de prurito genital dar además Clotrimazol 500 mg vía vaginal en dosis única o algún otro antimicótico idealmente en dosis única.⁵

INFECCIÓN VAGINAL

Las infecciones vaginales son una inflamación de la mucosa vaginal. Las cuales se caracterizan por presentar síntomas como: abundante secreción vaginal con cambio de coloración, prurito, mal olor, ardor, irritación y en algunos casos se presentan molestias al orinar y tener relaciones sexuales.

Clasificación de las infecciones vaginales

Las infecciones del tracto genital inferior femenino se pueden clasificar en dos grandes grupos:

- a. Endógenas: Producidas por algunos de los microorganismos que componen la flora habitual y que bajo determinadas circunstancias pueden desencadenar patología.
- b. Exógenas: Las producidas por microorganismos que no integran nunca la flora habitual. Estas constituyen las llamadas comúnmente infecciones de transmisión sexual.

Dentro de las infecciones endógenas están la candidiasis vulvovaginal y la vaginosis bacteriana. Y en las infecciones exógenas encontramos principalmente *Clamidia spp*, *Mycoplasma spp*, *Trichomonas*, *Neisseria spp*.⁹

VAGINOSIS BACTERIANA

En esta entidad, *Gardnerella vaginalis* es el microorganismo causal en 95% de los casos.¹⁰ En general se caracteriza por una secreción blanquecina grisácea adherente no viscosa. Las aminas en presencia de un mayor pH vaginal se volatizan y producen el típico olor anormal a pescado.

La VB es una alteración de la ecología vaginal donde la flora normal (lactobacilos), se ve prácticamente sustituida por gérmenes anaerobios. Muchos microorganismos han sido propuestos como causa de esta enfermedad, como la *Gardnerella vaginalis* y los estreptococos anaerobios; actualmente se conoce que es de origen polimicrobiano.

El diagnóstico de VB se realiza sobre la base de criterios bien establecidos a partir del examen de la secreción vaginal: un pH mayor que 4,5; una prueba de aminas positiva; la existencia de células guías y una leucorrea homogénea no adherente. Se da por positivo aquel caso donde se encuentren al menos 3 criterios. La determinación de el o los agentes etiológicos no es imprescindible para el adecuado manejo y curación de la paciente.¹¹

Tratamiento para Tricomoniasis

- Metronidazol 2gr vía oral en dosis única.⁵

CANDIDIASIS VAGINAL

Es una infección de la mucosa vaginal y piel vulvar producida por especies de Cándidas, organismo comensal dimórfico. *Cándida Albicans* (Ca) es el causal en 85 a 90% de las pacientes cuyos cultivos de hongos son positivos, las especies restantes son *C. Glabrata* y *C. Tropicalis*. Aproximadamente un 25% de las mujeres asintomáticas tiene cultivos positivos para Ca y se estima que dos tercios de las mujeres adultas sufrirán un episodio de candidiasis vulvo-vaginal durante su vida.¹²

El agente etiológico es la *Candida albicans* o monilia, hongo levaduriforme de la familia cryptococacea que incluye los géneros *Candida*, *Torulopsis*, *Trichosporum*, *Criptococcus*. Es un patógeno oportunista, componente de la flora vaginal normal en un cierto número de mujeres y de la flora del tubo digestivo, su principal reservorio.

Síntomas y signos

El motivo de consulta suele ser prurito vulvo vaginal intenso. Hay eritema vulvar y excoriaciones por rascado.

A la especuloscopia el flujo es de color blanco, grumosos, sin olor, en "copos" o natas adheridas a la mucosa del cuello y la vagina, que dejan

pequeñas superficies sangrantes al ser desprendidas. Se asocia con eritema vaginal. El pH se encuentra entre 5 y 7.¹⁰

Tratamiento de Candidiasis

- Clotrimazo 500 mg por vía vaginal en dosis única.⁵

TRICOMONIASIS VAGINAL

La vaginitis por *Trichomonas* es una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuente y explica cerca de la cuarta parte de los casos de vaginitis.¹²

El agente es un protozoo unicelular flagelado, anaerobio facultativo, del género *Trichomonas*, que incluye las especies *buccalis* o *tenax*, *hominis* y *vaginalis* que residen, respectivamente, en la boca, tubo digestivo y vagina del ser humano; esta última es la única especie patógena y sólo existe en forma de trofozoito.¹⁰ *T. vaginalis* infecta la vagina, la uretra y las glándulas uretrales. Esto es importante puesto que dicta el uso de tratamiento sistémico en lugar de medicación intravaginal cuando se trata de tricomoniasis vaginal.¹³

Síntomas

El flujo es abundante, de color amarillo-verdoso, mal oliente, con un pH de 5-7,5. Las lesiones varían según la fase evolutiva de la infección: la mucosa cervico-vaginal se presenta congestiva, eritematosa, con lesiones petequiales similares a “picaduras de pulga” o con zonas de “parches” hemorrágicos, con “aspecto de fresa” o con la apariencia granulomatosa en las fases más tardías.

Hay prurito vaginal de grado moderado a intenso, dispareunia y ocasionalmente disuria.¹⁰

Tratamiento para Tricomoniasis

- Metronidazol 2gr vía oral en dosis única.⁵

VAGINA

Conducto músculo membranoso situado entre la vejiga y el recto con una longitud media de 10-12 cm. Atraviesa el suelo pélvico y acaba abriéndose en el vestíbulo entre los labios menores. Alrededor de la porción intravaginal del cuello uterino se forma los fondos del saco de la vagina

constituidos por un fondo de saco posterior, más profundo, otro anterior, y dos laterales. La pared posterior de la vagina es más larga, unos 11 cm, mientras que la anterior mide unos 8 cm.¹⁴

FLORA VAGINAL

La flora vaginal mantiene a la vagina sana creando un ambiente ácido adverso para bacterias patógenas. La flora vaginal y su entorno se conocen como ecosistema vaginal y tiene varios reguladores importantes:

Estrógenos: que afectan directamente la trasudación, a mayor nivel de estrógeno mayor flujo.

Lactobacilos: que metabolizan los azúcares a ácido láctico, manteniendo el pH ácido, lo que inhibe el crecimiento de otras bacterias. Además producen H₂O₂ que inhibe el crecimiento de bacterias anaeróbicas.⁶

La flora vaginal que incluye: Bacilos de Döderlein, *Streptococcus viridans*, *Staphylococcus albus*, difteroides, hongos y bacterias anaerobias en proporción de 5:1 con respecto a las aerobias. El mayor porcentaje corresponde al bacilo de Döderlein, responsable de la conservación de la acidez vaginal (pH normal entre 3,8 y 4,2). La flora vaginal normal, productora de H₂O₂, interactúa para mantener la acidez y genera bacteriocinas que inhiben el crecimiento de otros microorganismos.

La presencia de secreciones normales, originadas principalmente a partir del cérvix y del trasudado vaginal, constituidas por agua, moco, células exfoliadas, leucocitos, hematíes y bacterias, suelen ser escasas, mucoides, sin olor, no asociadas con prurito, ardor u otros síntomas, con características determinadas por la etapa del ciclo. Son más abundantes, transparentes, filantes, en la fase estrogénica; escasas, opacas, gruesas, en la fase lútea.¹⁰

MICROBIOTA VAGINAL

La microbiota vaginal, dominada por *Lactobacillus crispatus*, *L. jensenii* y *L. gasseri*, protege a la mucosa frente al establecimiento de microorganismos patógenos mediante tres mecanismos complementarios: a) la adherencia específica al epitelio, que bloquea su asentamiento, b) la producción de compuestos antimicrobianos y c) la coagregación con los patógenos, que

potencia su efecto microbiocida. A pesar de ello, en ocasiones se ve desplazada por microorganismos indeseables. El efecto mutualista de los lactobacilos sugiere que su instilación podría regenerar el ecosistema vaginal, eliminando las recidivas asociadas al tratamiento de la infección.

Los lactobacilos vaginales

En general se asume que los lactobacilos son bacterias inocuas, se considera que tienen un papel crítico en el mantenimiento del ecosistema vaginal al prevenir la excesiva proliferación de microorganismos indígenas, como *Gardnerella vaginalis*, que cuando se convierten en dominantes pueden inducir alteraciones como la vaginosis. Igualmente, impedirían la colonización por patógenos y la aparición de vaginitis y cervicitis, que podrían complicarse con afectación de estructuras regionales como el útero y las glándulas de Bartolino o incluso convertirse en infección sistémica.¹⁵

FARMACOEPIDEMIOLOGÍA

La farmacoepidemiología estudia el uso y los efectos de los medicamentos en las poblaciones. Metodológicamente puede entenderse como la aplicación de los principios de la epidemiología al estudio de los efectos de los fármacos y de su utilización. Es, por lo tanto, objeto de estudio tanto de la farmacología clínica como de la epidemiología. La farmacoepidemiología se aplica tanto al estudio de la utilización de medicamentos como a la farmacovigilancia.

Los estudios farmacoepidemiológicos se caracterizan por utilizar métodos epidemiológicos de tipo observacional, retrospectivos y prospectivos, que pueden utilizar datos de la historia clínica, entrevistas con los pacientes y médicos, y bases de datos específicas o elaboradas con otros fines. Sus resultados pueden ser cualitativos y cuantitativos, así como descriptivos (si sólo incluyen un grupo de pacientes) o analíticos (si comparan dos grupos de pacientes). Permiten establecer una relación, pero no permiten establecer una relación causal ya que puede haber errores de selección e información, así como factores de confusión. No incluyen los estudios experimentales, como los ensayos clínicos. La necesidad de la farmacoepidemiología surge de las limitaciones de otros procedimientos.

El objetivo de la farmacoepidemiología es triple: generar una señal, cuantificar el beneficio o el riesgo y verificar una hipótesis. La señal suele ser una alerta sobre una nueva reacción adversa, pero también puede ser la detección de diferencias en la eficacia en determinados subgrupos e incluso la detección de nuevas aplicaciones. La cuantificación del beneficio y del riesgo puede ser descriptiva si sólo incluye un grupo en que se realiza dicha cuantificación o analítica si se comparan dos grupos. La cuantificación descriptiva suele expresarse por el porcentaje de pacientes que se curan o la frecuencia con que se observa una reacción adversa. La verificación de una hipótesis requiere comparar los resultados de dos grupos. En eficacia pueden compararse los porcentajes de pacientes que responden a un tratamiento A y a un tratamiento alternativo B, o que responden si existe un factor que se sospecha que altera la respuesta al tratamiento o no. La farmacoepidemiología se aplica a la utilización de medicamentos. ¹⁶

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS:

Síndrome

Se define como un grupo de síntomas que aquejan a un paciente y/o signos encontrados en el momento de examinarlo. ⁷

Manejo sindrómico

Estrategia utilizada como medida efectiva para diagnóstico y tratamiento oportuno de las ITS, durante la primera consulta, haciendo uso de recursos de laboratorio solo cuando estén disponibles, sin condicionar ni retardar la decisión terapéutica. ⁷

Síndrome de flujo vaginal

Se considera síndrome de flujo vaginal al aumento de la cantidad de flujo vaginal, con cambio de olor (mal olor), y en cambio de consistencia asociado a síntomas de prurito o irritación vulvar. ⁷

Efectividad

Grado en que determinada intervención origina resultado beneficioso en las condiciones de la práctica habitual, sobre una población determinada.¹⁷

Efectivo

Resultado favorable del tratamiento, que logra erradicar el síndrome.¹⁷

Parcialmente efectivo:

Resultado en el que el tratamiento sólo logro disminuir la sintomatología.¹⁷

Inefectivo:

Resultado en el que el tratamiento no produjo modificaciones.¹⁷

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo de la investigación

Es una investigación farmacoepidemiológica, ya que se trabajó bajo los lineamientos de la investigación no experimental, es decir no se controló directamente las variables; de tipo observacional.

3.2 Diseño de la investigación

Descriptivo por que describe al fenómeno de estudio tal como se presenta, y porque sólo incluyen un grupo de pacientes, (suele expresarse por el porcentaje de pacientes que se curan), de corte longitudinal por que la variable de estudio es medida en dos oportunidades y prospectivo porque se toma los datos a medida que el fenómeno de estudio se presenta. suele expresarse por el porcentaje de pacientes que se curan

3.2.1 Nivel de investigación

Aplicativo porque se realizará sobre hechos concretos y específicos, de carácter netamente utilitarios.

3.2.2 Método

Cuantitativo porque se vale de los números para examinar datos e información. Con un determinado nivel de error y nivel de confianza.

3.3 Población y muestra de la investigación

3.3.1 Población

Constó de 166 casos de Síndrome de Flujo vaginal del Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui.

3.3.2 Muestra

Estuvo constituida por 116 mujeres sexualmente activas que presentaron sólo síndrome de flujo vaginal a partir de los 18 años que no se encuentren en estado de gestación.

Dónde:

Z: nivel de confiabilidad

P: éxito

Q: fracaso

Fórmula:

$$n = z^2 p \cdot q$$

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.05}{0.05^2} \Rightarrow n = 385 \text{ (población)}$$

$$N = \frac{n}{1 + \frac{n-1}{N}} \Rightarrow N = \frac{385}{1 + \frac{384}{166}} \Rightarrow N = 116$$

3.4 Técnicas e instrumentos de la recolección de datos

3.4.1 Técnicas

Autorización formal del centro de salud: Se realizó una solicitud dirigida al director del centro de salud materno infantil José Carlos Mariátegui para que otorgue el respectivo permiso de poder realizar la investigación en el establecimiento.

Consentimiento informado: Se solicitó el consentimiento informado por escrito a todas aquellas pacientes que colaboraron con la investigación.

Captación de pacientes: Se captó a todas las pacientes que presentaron síndrome de flujo vaginal en los consultorios de planificación familiar y obstetricia I, mediante sesiones educativas,

recalcando que el tratamiento es gratuito. También se realizó una campaña de Papanicolaou, para poder captar más pacientes con síndrome de flujo vaginal.

Seguimiento: Se realizó el seguimiento domiciliario en el cual se verificó el cumplimiento del tratamiento, sintomatología y resultado final de la investigación, de esta manera se verificó cuan efectivo resultó el manejo sintromico.

3.4.2 Instrumento

Lista de chequeo: Se elaboró y aplicó una lista de chequeo aplicada en dos tiempos.

3.5 Procedimientos

1er tiempo: Se realizó para conocer los datos personales de la paciente y su sintomatología al momento de la consulta, y se anotó el manejo sintromico adecuado en el tratamiento indicado por el profesional de obstetricia.

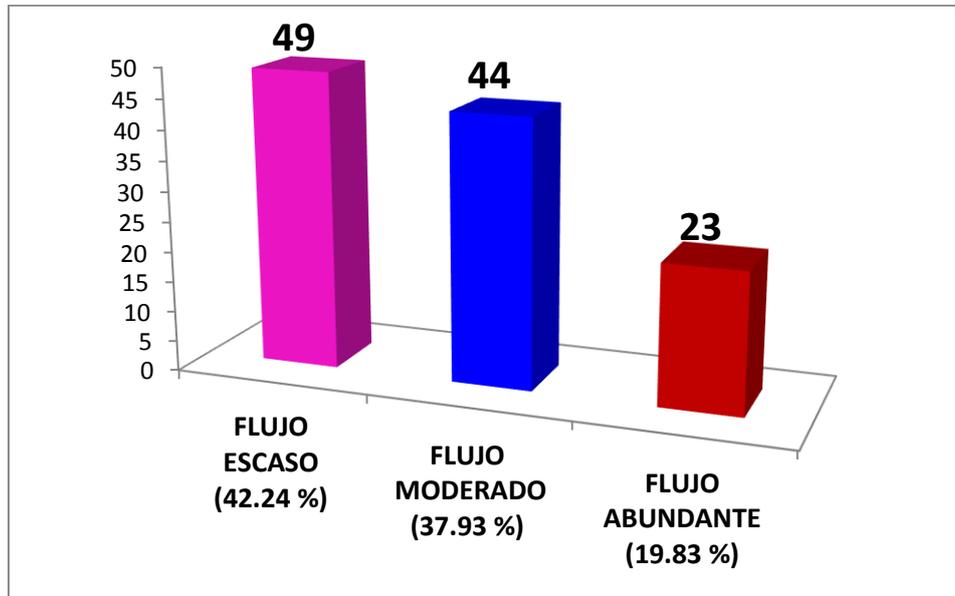
2do tiempo: Se realizó el seguimiento a los 7 días para conocer la efectividad del manejo sintromico, si es que la sintomatología persistió, disminuyó o se encontró ausente.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1 Resultados.

Se trabajó con 116 pacientes a quienes se les administró sólo el manejo sintromico para flujo vaginal.

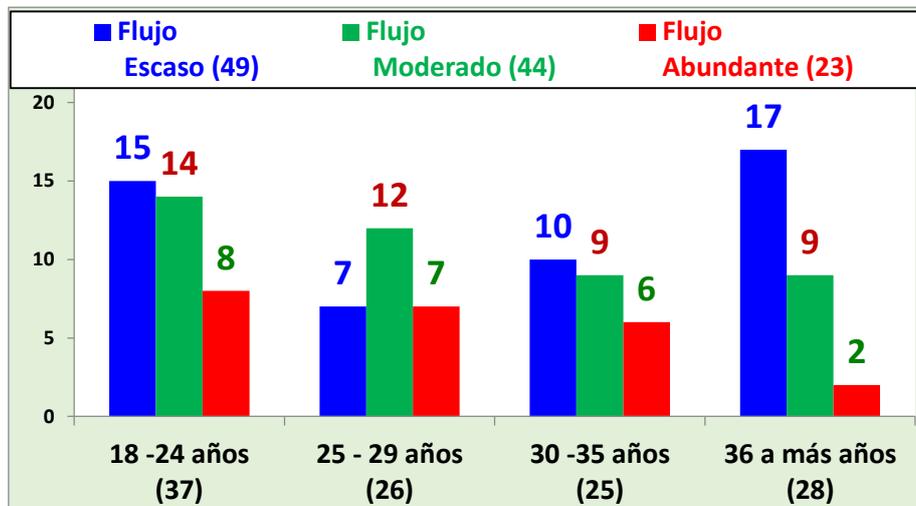
Gráfico I: Pacientes atendidas antes del tratamiento.



Del total de 116 pacientes que presentaron sintomatología, tenemos con flujo escaso un 42.24 % equivalente a 49 pacientes, que fue la cantidad de flujo que más presentaron, luego flujo moderado con un 37.93 % equivalente a 44 pacientes y por último flujo abundante con un 19.83 % equivalente a 23 pacientes.

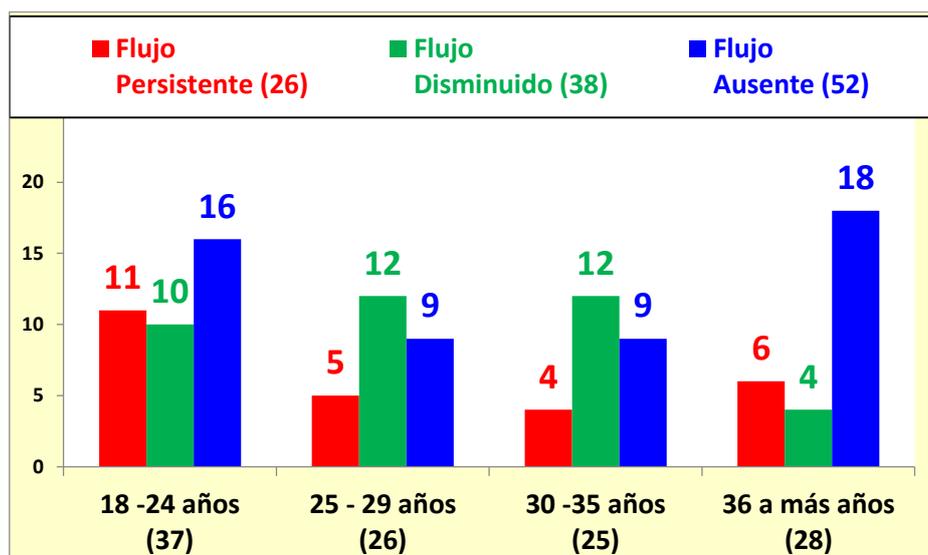
Gráfico II: Pacientes por grupo de edad

SINTOMATOLOGÍA



A las 116 pacientes se las dividió en 4 grupos de edades, relacionándolas con la cantidad de flujo que presentaron, en los cuales, el grupo de 36 a más años, representado por 28 pacientes, presentó menor cantidad en flujo abundante con 2 casos, pero mayor flujo escaso con 17 casos, en relación con los demás grupos, en el grupo de 18-24 años predomina el grupo escaso a diferencia del grupo de 25-29 años donde predominó el flujo moderado.

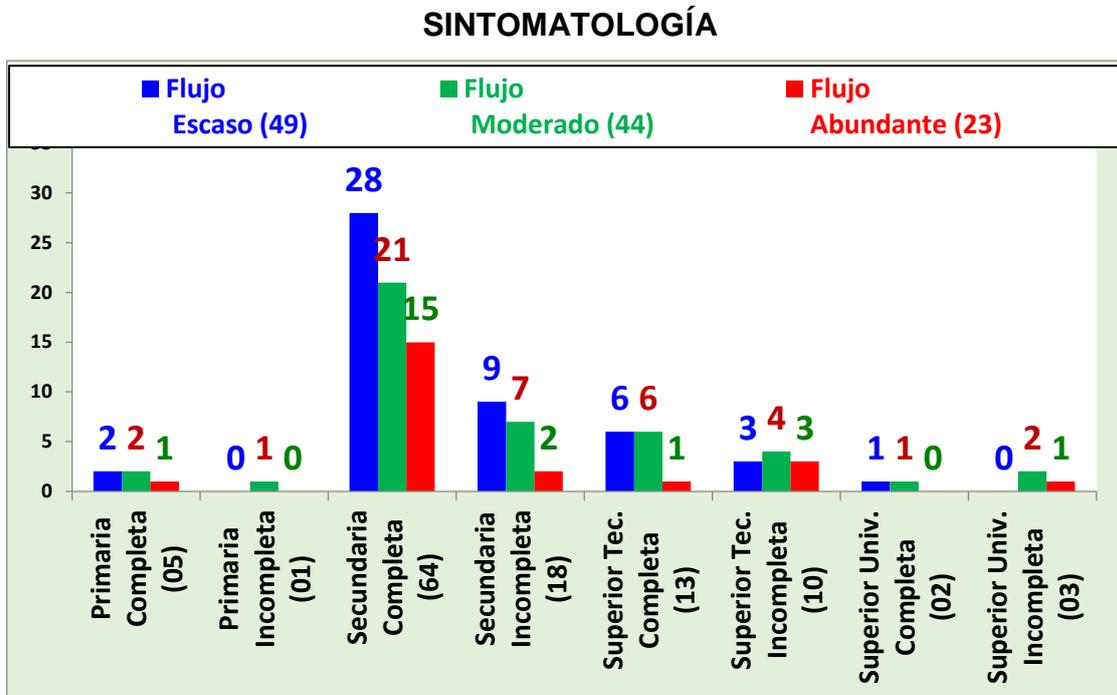
EFFECTIVIDAD



La efectividad manejo sintomático fue mayor en el grupo de 36 años a más, con 18 pacientes curadas del total de 28, luego le sigue el grupo de 18-24 años

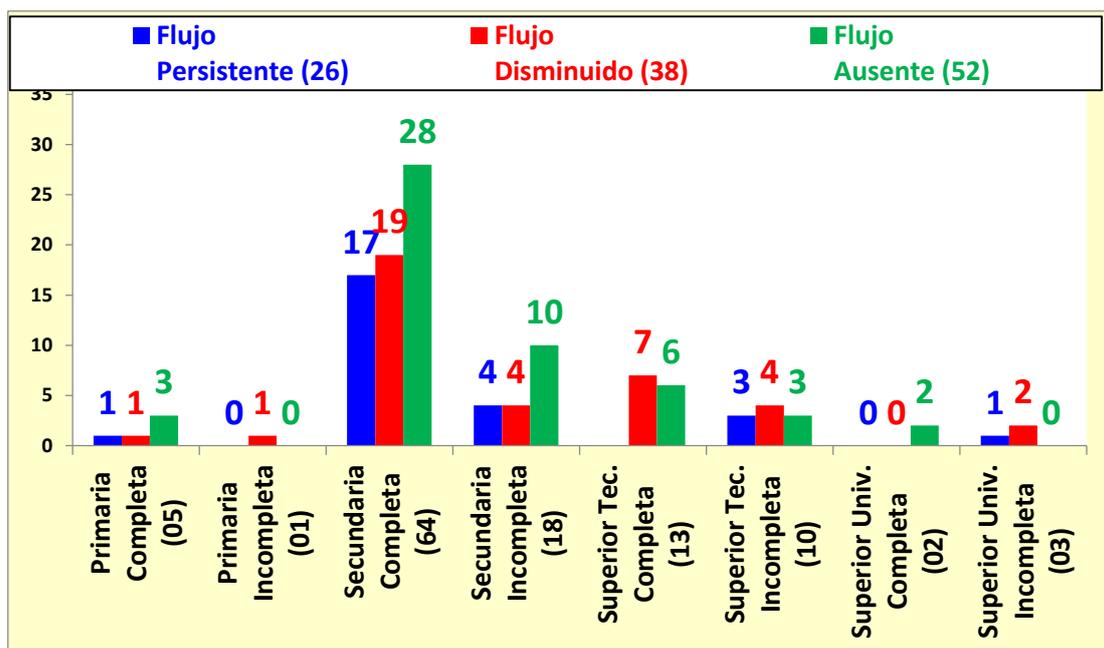
con un total de 16 pacientes curadas y por último el grupo de 25-29 años y de 30-35 años tuvieron la misma efectividad, con 9 pacientes curadas cada uno.

Gráfico III: Pacientes por grado de instrucción



De las 116 pacientes atendidas, se dividió por grado de instrucción, siendo el grado de instrucción secundaria completa con más pacientes (64), seguido por secundaria incompleta (18), superior técnico completa (13), superior técnico incompleta (10) primaria completa (05) superior universitaria incompleta (03), superior universitaria completa (02) y por último primaria incompleta con tan sólo una paciente.

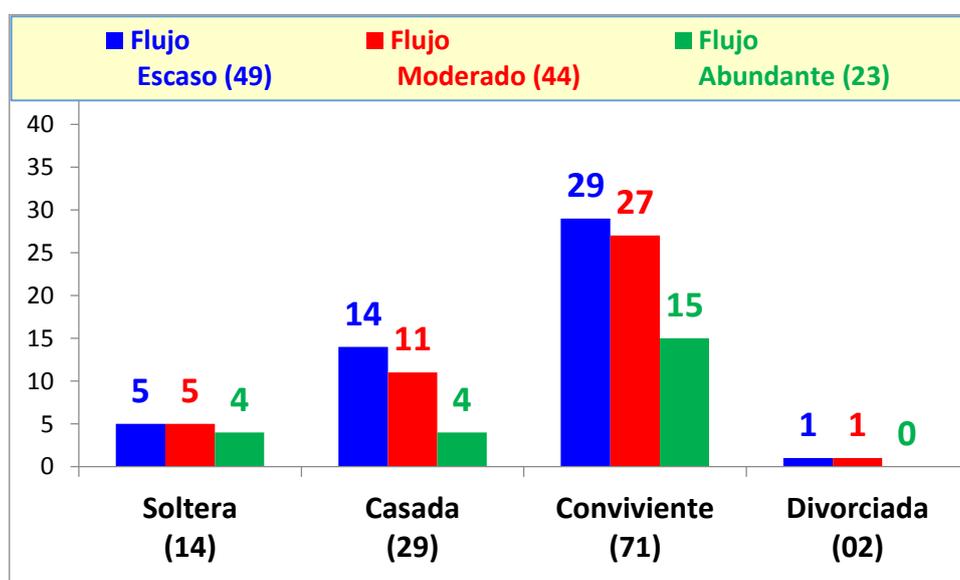
EFFECTIVIDAD



En relación a la efectividad por grado de instrucción, el grupo de secundaria incompleta tuvo mayor efectividad en relación al número de pacientes (10 pacientes) pues tiene 10 casos curados, ósea más de la mitad de pacientes.

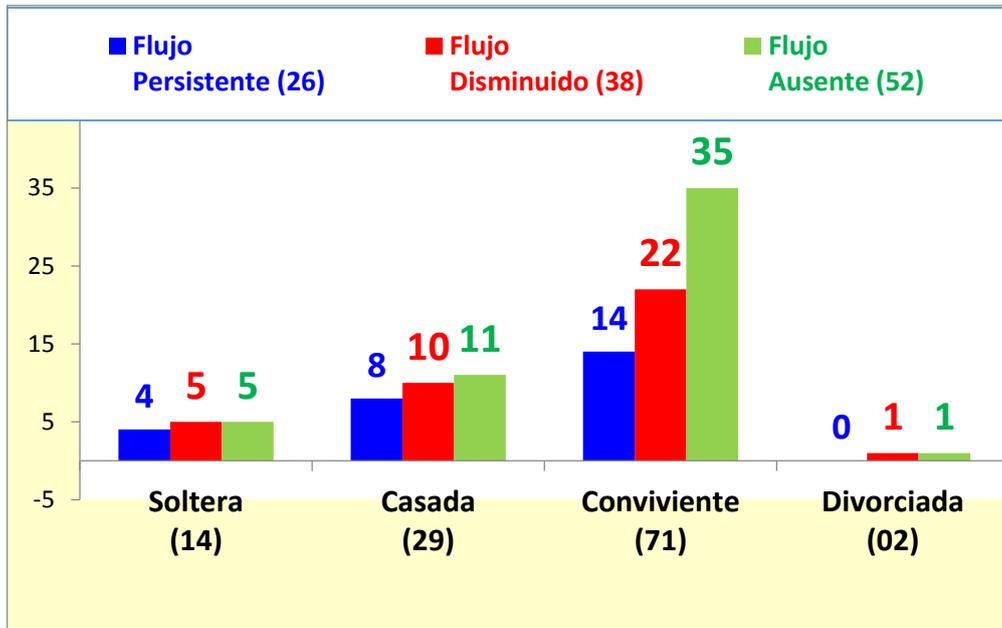
Gráfico IV: Pacientes por estado civil

SINTOMATOLOGÍA



La mayor cantidad de pacientes tienen por estado civil conviviente (71) y en menor cantidad son divorciadas (02).

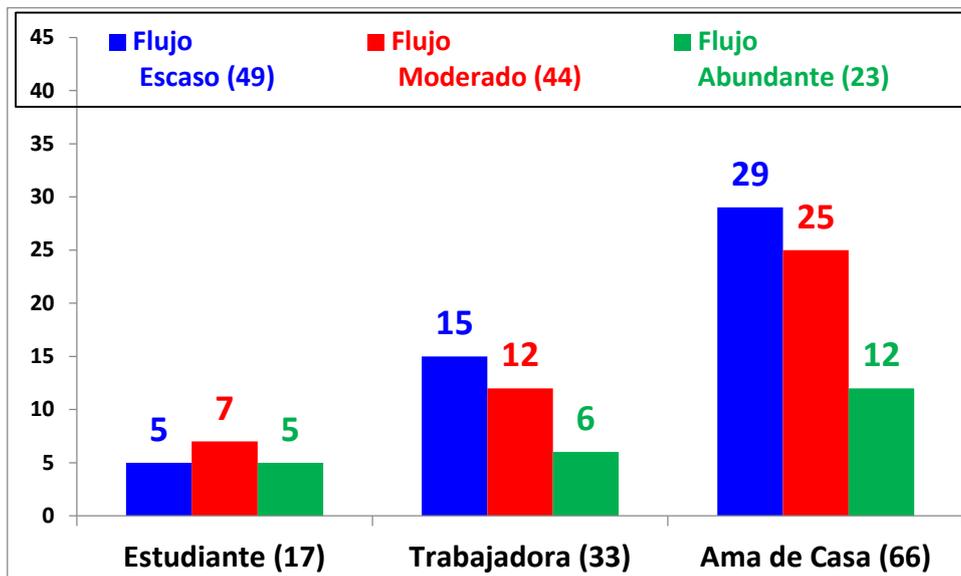
EFFECTIVIDAD



La mayor efectividad se encontró en las pacientes que son convivientes, con un total de 35 casos curados que es la mitad del total de pacientes que son 71 en relación a los demás grupos.

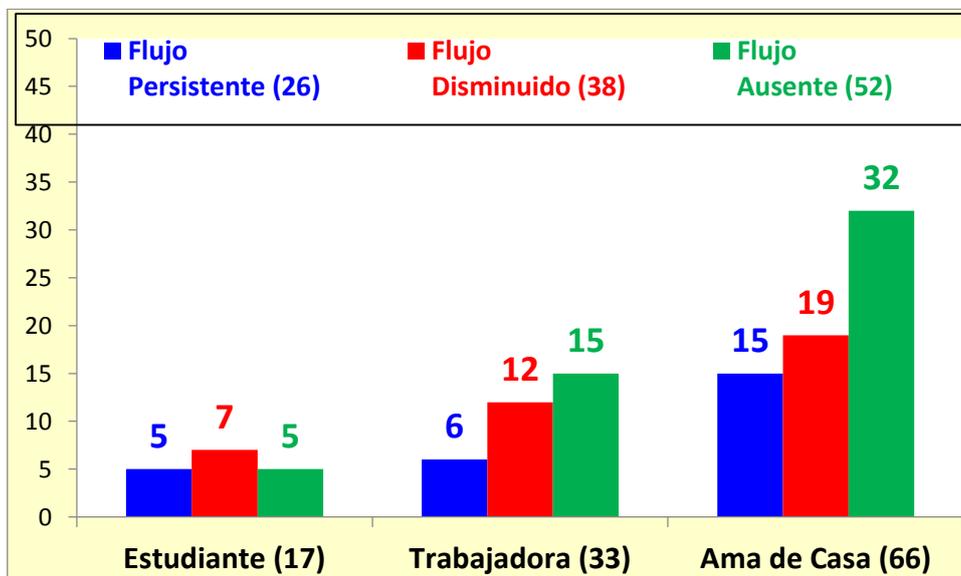
Gráfico V: Pacientes por ocupación

SINTOMATOLOGÍA



De las 116 pacientes se dividió también por ocupación y la mayoría de pacientes fueron ama de casa con un total de 66, seguido por pacientes que trabajaban con 33, y finalmente por estudiantes con 17.

EFFECTIVIDAD

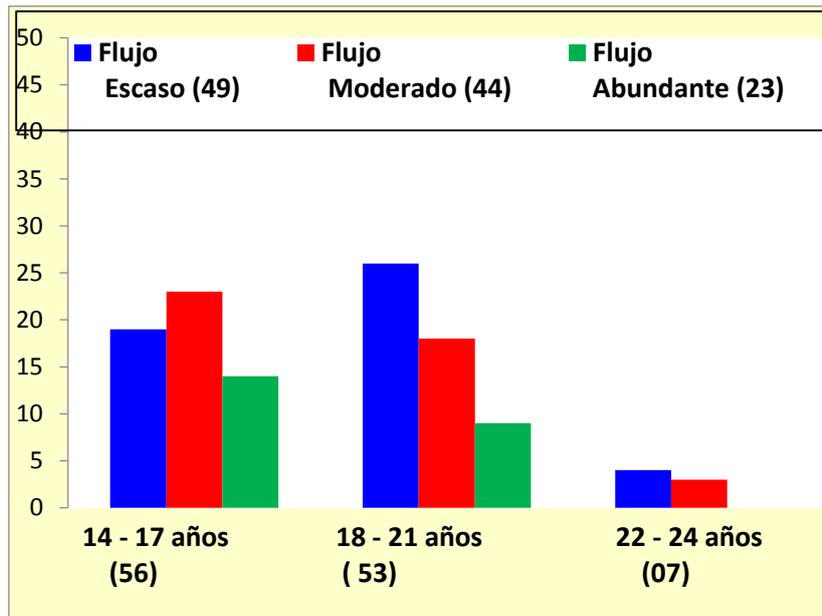


La efectividad del tratamiento se ve en mayor proporción al grupo que corresponde a las amas de casa pues tuvieron 32 casos curados, los cuales fueron más de la mitad del total de 66 de este grupo, a diferencia de los otros

dos grupos, los cuales la efectividad no fue en mayor porcentaje (más de la mitad).

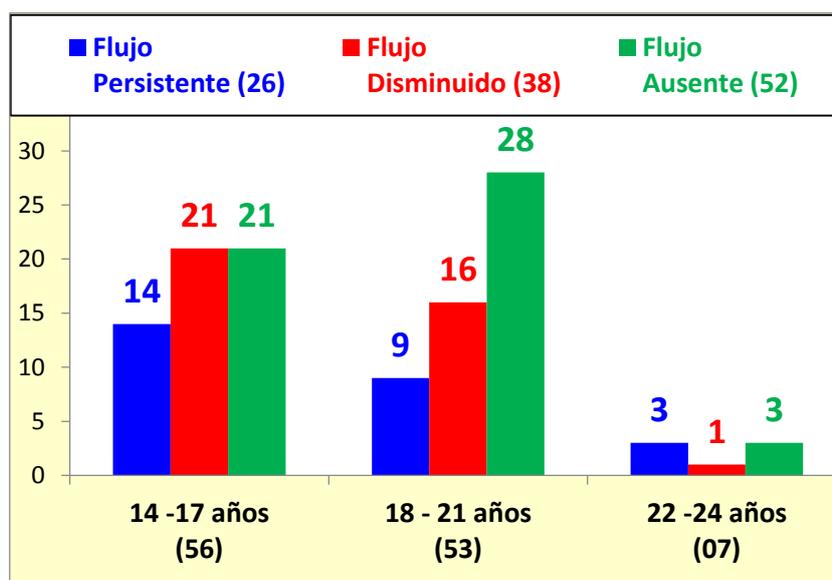
Gráfico VI: Inicio de relaciones sexuales de pacientes

SINTOMATOLOGÍA



Del total de 116 pacientes que participaron en el estudio, el inicio de relaciones sexuales fue en mayor porcentaje, en mejores de 18 años, que pertenece al grupo de 14 a 18 años con 56 pacientes, y con un menor porcentaje entre los años de 22-24 con sólo 7 pacientes.

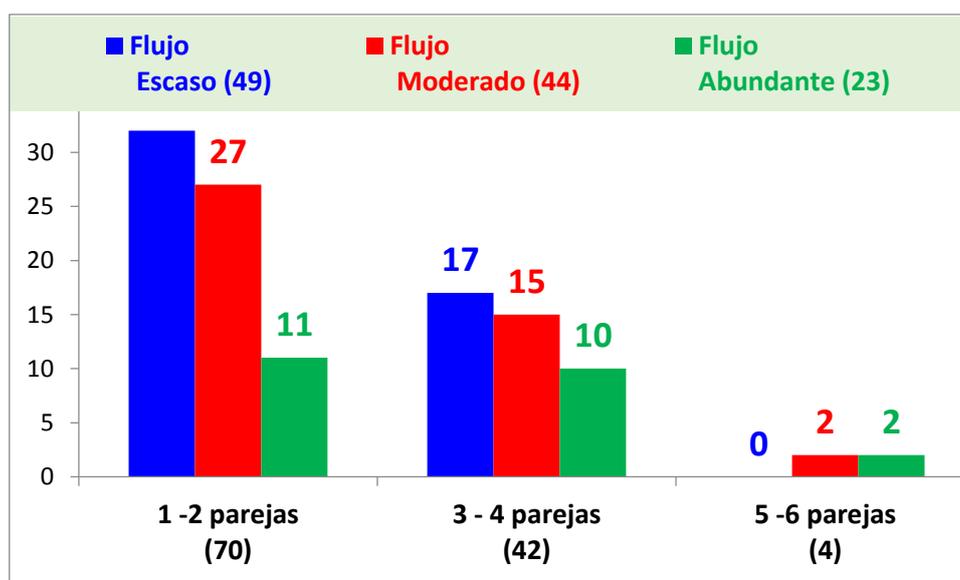
EFFECTIVIDAD



La efectividad en relación al inicio de relaciones sexuales fue mayor en el grupo de 18-21 años.

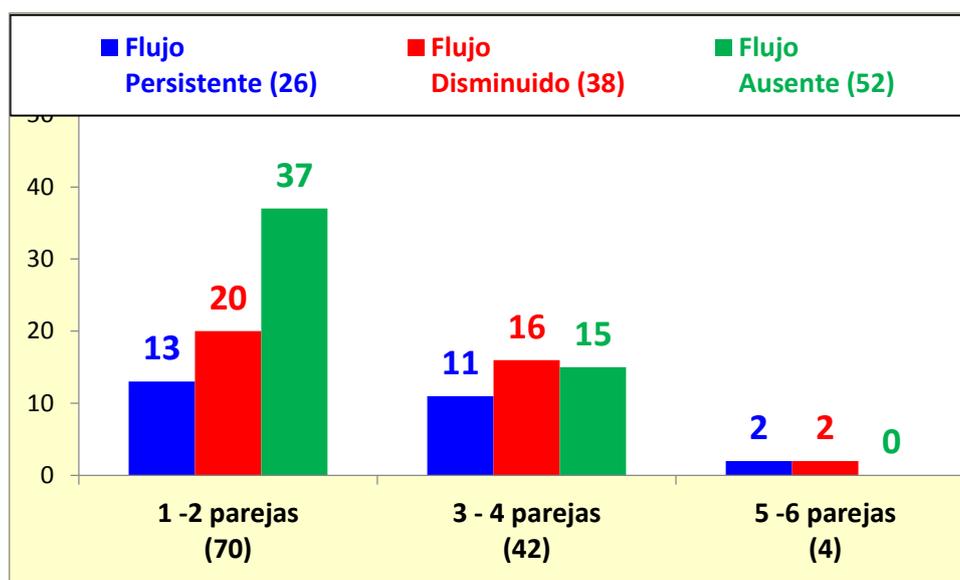
Gráfico VII: Pacientes por número de parejas sexuales

SINTOMATOLOGÍA



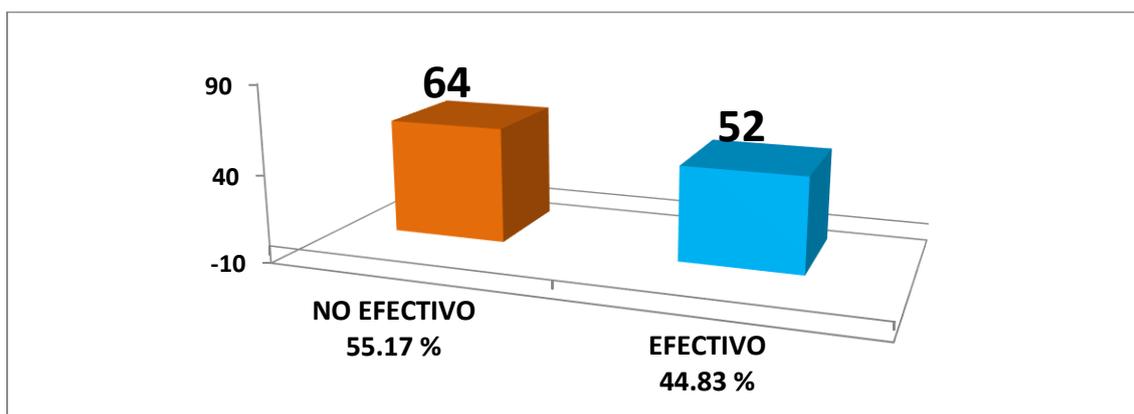
De las 116 pacientes atendidas 70 de ellas tuvieron de 1 a 2 parejas sexuales, 42 pacientes tuvieron de 3-4 parejas sexuales y sólo 4 tuvieron de 5-6 parejas sexuales.

EFFECTIVIDAD



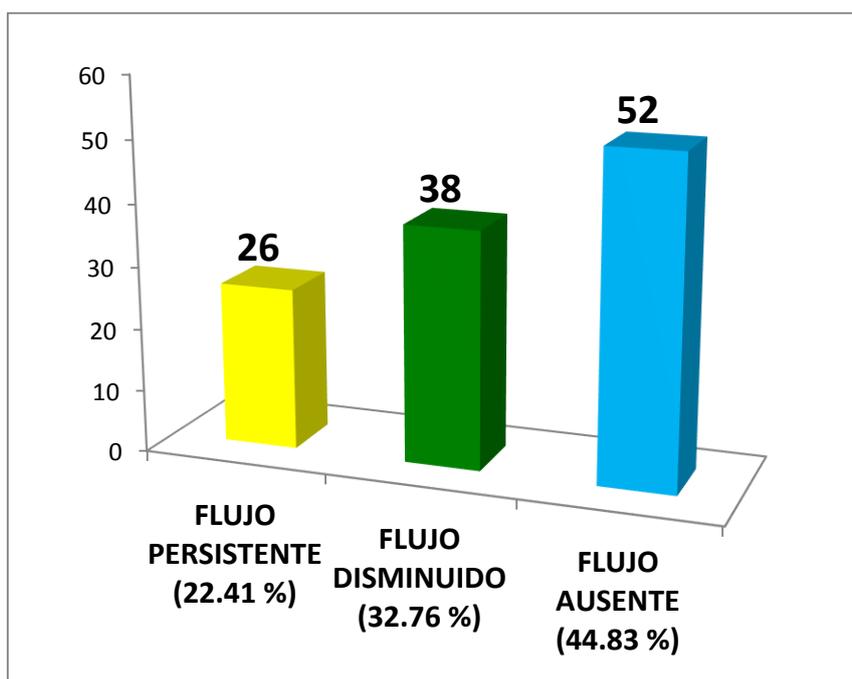
La efectividad fue mayor en las pacientes que tuvieron sólo entre 1-2 parejas sexuales pues se curaron más de la mitad de pacientes del total de 70 de este grupo. A diferencia de las que tuvieron entre 5-6 parejas sexuales donde no tuvo efectividad el tratamiento.

Gráfico VIII: Efectividad del tratamiento



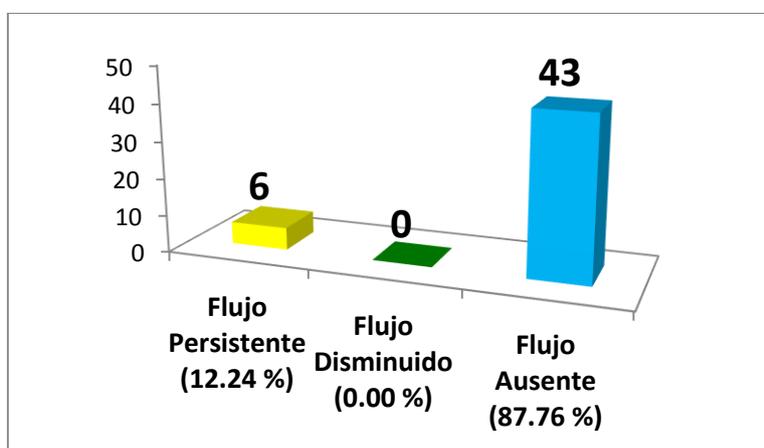
A los 7 días de seguimiento, encontramos que el tratamiento **no fue efectivo**, pues se tiene a 64 pacientes donde su sintomatología no desapareció, en algunos casos disminuyó y en otros persistió, la suma de estos dos ítems representa el 55.17% del total. Mientras que sólo para 52 pacientes el flujo desapareció por completo, representando el 44.83% del total.

Gráfico IX: Nivel de efectividad por cantidad de flujo



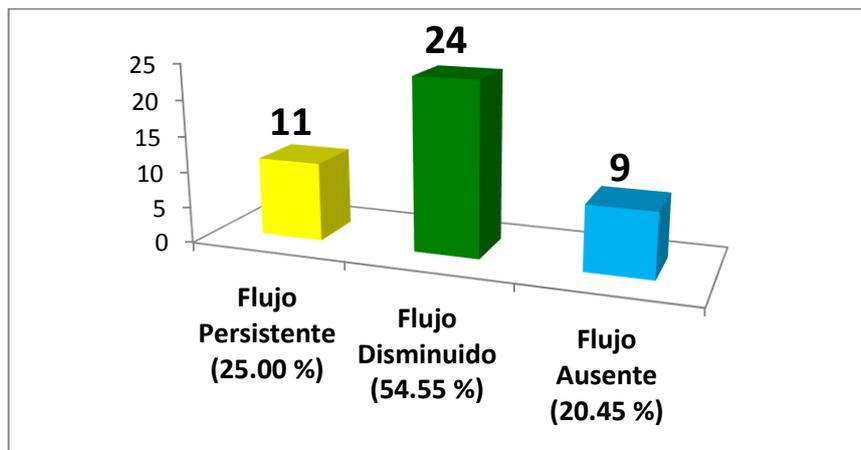
A los 7 días de seguimiento, se encontró que en algunas pacientes el tratamiento fue inefectivo, teniendo a 26 pacientes con flujo persistente, lo que representa un 22.41% del total, en otro grupo encontramos que el tratamiento fue parcialmente efectivo, teniendo a 38 pacientes sólo con flujo disminuido, representando un 32.76% del total y por último, para 52 pacientes el tratamiento fue efectivo encontrando ausencia de flujo, lo que representa el 44.83% del total.

Gráfico X: Nivel de efectividad para las que presentaron **flujo escaso (49)**.



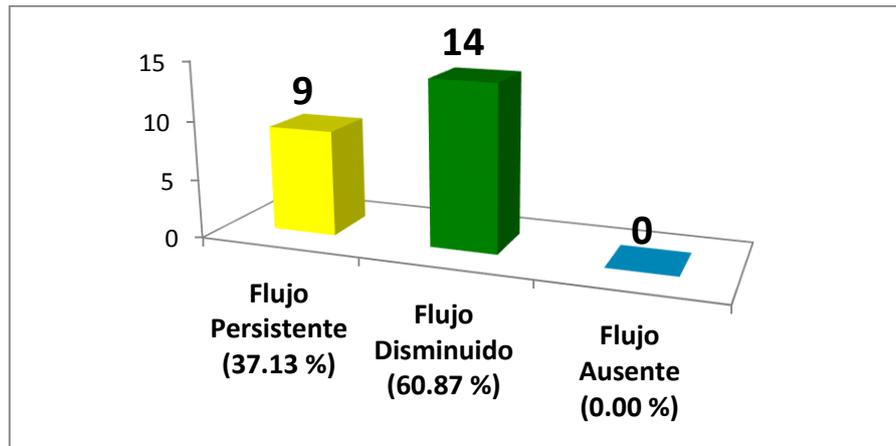
Del total de 49 pacientes que presentaron como sintomatología flujo escaso, se encontró que el tratamiento para este grupo fue efectivo, teniendo a 43 pacientes donde el flujo se ausentó, lo que representa un 87.76 del total, en ningún caso el flujo disminuyó, y sólo para 6 pacientes el flujo persistió, representando el 12.24% del total.

Gráfico XI: Nivel de efectividad para las que presentaron **flujo moderado (44)**.



Del total de 44 pacientes que presentaron como sintomatología flujo moderado, se encontró que el tratamiento para este grupo fue parcialmente efectivo, teniendo a 24 pacientes donde el flujo disminuyó, lo que representa un 54.55% del total, para 11 pacientes el flujo persistió, lo que representa el 25% del total y sólo para 9 pacientes el flujo se ausentó, representando el 20.45% del total.

Gráfico XII: Nivel de efectividad para las que presentaron **flujo abundante(23)**



Del total de 23 pacientes que presentaron como sintomatología flujo abundante, se encontró que para este grupo el tratamiento también fue parcialmente efectivo, teniendo a 14 pacientes donde el flujo disminuyó, lo que representa un 60.87% del total, en 9 pacientes el flujo persistió lo que representa un 37.13% del total y en ningún caso el flujo se ausentó.

4.2 Discusión de los resultados.

De acuerdo a los resultados de la investigación, se midió la efectividad del manejo sintromico en el tratamiento de flujo vaginal con un total de 116 pacientes; teniendo en cuenta si el tratamiento erradicó la sintomatología, la disminuyó o no hubo modificación.

La efectividad del manejo sintromico fue de 44.83% (52), aquí el tratamiento logró desaparecer la sintomatología por completo y donde el tratamiento no modificó la sintomatología fue de 55.17% (64), resultados son análogos con la investigación de Díaz Pino, Emily Mariel, realizado en Lima (2013) el cual indica que sólo en el 37% de su población el tratamiento fue efectivo. Situación contraria encontramos en el trabajo de Siu Au et al, realizado también en Lima (2011), donde el tratamiento fue exitoso con un 84.2%.

Podemos decir que el grado de efectividad de estos trabajos, difiere de acuerdo al tratamiento administrado a sus pacientes, por ejemplo, Siu Au et al, en su trabajo realizado en Lima (2011), comparó dos tratamientos, los cuales ninguno se ajusta al tratamiento dado por el ministerio de salud de Perú, a diferencia de Díaz Pino, Emily Mariel, en su trabajo realizado en Lima (2013) en donde el tratamiento que administró fue el manejo sintromico, el mismo que da el ministerio de salud; al igual que la presenta investigación que trabajó con el sólo con el manejo sintromico en todas sus pacientes.

Y Díaz Jorge; et al, en su investigación realizado en Bogotá, (2012), estimó el costo efectividad del antibiótico oral comparado con el local, en mujeres con VB. La unidad de resultado fue la mejoría clínica, pero el más efectivo fue, clindamicina vaginal como primera opción y tinidazol oral. Probando así la diferencia de resultados con esta investigación la cual comprueba que el manejo sintromico, metronidazol 2gr via oral más clotrimazol ovulo en dosis única, no es efectivo. Podemos decir entonces, que el esquema que utilizó Díaz, Jorge en su investigación para VB es mejor que el esquema del manejo sintromico utilizado en esta investigación.

En el trabajo que realizó Ángel Edith et al, en Bogotá (2014), describió la eficacia clínica, encontrando que la tasa de curación clínica con secnidazol más

fluconazol fue de 90,4%, es decir la eficacia del tratamiento, arrojó resultados positivos; sabiendo que el tratamiento dado se ajusta al manejo sindrómico del ministerio de salud de Bogotá, al igual que en el trabajo de Sánchez Joel et al, realizado en Cuba, (2011), evaluó la efectividad del manejo sindrómico y los resultados dieron que la mayoría de los pacientes de la cohorte A (95,8%) resolvieron su sintomatología antes de los siete días después del tratamiento; el resultado de esta investigación difiere con el resultado de la presente investigación donde la efectividad del manejo sindrómico fue de 44.83%, pues la sintomatología no fue erradicada.

Así también, Bañobre Patsy, Águila Yahaviv, Noda Teresa, en su trabajo realizado en La Habana, (2012) el cuál determinó el comportamiento del síndrome de flujo vaginal en las gestantes y evaluó la efectividad del manejo sindrómico, concluye que el 72.34% se curó, quiere decir que el manejo sindrómico fue efectivo y significativo. Situación que no se encuentra en la presente investigación pues el nivel de efectividad fue de 44.83%, donde se trabajó con mujeres sexualmente activas.

Por otro lado Páez Canro, Carol Zussandy, en su realizado también en Bogotá (2016) donde comparó el costo-efectividad de las pruebas rápidas con el manejo sindrómico, encontró que el manejo por pruebas rápidas, es más efectivo comparado con el manejo sindrómico. Lo cual coincide con la presente investigación realizada, la cual concluye que el manejo sindrómico no es efectivo.

Los resultados aquí analizados demuestran que el tratamiento del manejo sindrómico para flujo vaginal, debe ser más estudiado para un adecuado abordaje del síndrome.

Conclusiones

El estudio de investigación demuestra que la sintomatología más frecuente por la que llegan a la consulta de obstetricia las pacientes, es por flujo escaso con 42.24 %, en segundo lugar pacientes con flujo moderado, con un 37.93 % y en menor cantidad pacientes con flujo abundante, con un 19.83 %.

La efectividad del manejo sintrómico para el tratamiento de flujo vaginal es inefectivo, ya que el 55.17% del total de 116 pacientes, la sintomatología persistió o sólo disminuyó, lo que resulta que la intervención no originó resultados beneficiosos para la población.

El tratamiento del manejo sintrómico para un 22.41% del total, es inefectivo, pues el tratamiento no produjo modificaciones, no hay ausencia o disminución de síntomas, en otro grupo el tratamiento fue parcialmente efectivo, quiere decir que solamente logró disminuir en determinada cantidad la sintomatología, representando un 32.76% del total y por último, para un 44.83% del total, el tratamiento fue efectivo ya que en este grupo el manejo sintrómico logró erradicar el síndrome.

Para las que presentaron flujo escaso al momento de la consulta, el manejo sintrómico arrojó un resultado favorable pues en la mayoría de pacientes logró desaparecer toda la sintomatología. A diferencia de las que presentaron flujo moderado y abundante, en ambos grupos el resultado del tratamiento sólo logró disminuir la sintomatología en la mayoría de pacientes.

Recomendaciones

Es necesario crear estrategias para incorporar a las parejas de las pacientes a la consulta, y concientizar que el tratamiento deben ser en pareja, pues la efectividad no sería la misma o en todo caso la recurrencia sería mayor, ya que el contagio estaría siempre presente.

Es imprescindible la consejería en la prevención de las ITS, incluyendo la educación en el uso adecuado del preservativo femenino o masculino, no sólo en la consulta obstétrica, si no, también en las comunidades y en la población adolescente mediante sesiones educativas, pudiendo evitar los contagios y enseñando a cuidar su salud sexual.

Es importante continuar el seguimiento de la paciente después de los 7 días del tratamiento, pues sólo así se podrá saber a qué porcentaje de mujeres el tratamiento fue efectivo, poder ayudar a prevenir complicaciones posteriores en su salud sexual y reproductiva, ya que muchas no regresan a la consulta.

Sería conveniente ampliar estudios similares a este, con muestras más grandes, donde verifiquen la efectividad de los tratamientos y sus costos en la población, así contribuirían a la salud pública, a fin de conocer la real magnitud del problema a nivel de la ciudad y del país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García P.; Holmes K.; Carcamo C. Infecciones del tracto reproductivo en mujeres de zonas rurales de Perú: un enemigo silencioso. Lima: Mariella Sala; 2004
2. Organización Mundial de la Salud. Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005
3. Ministerio de salud. Plan estratégico multisectorial de prevención y control de ITS, VIH y SIDA PEM 2015 – 2019. Lima: Ministerio de salud; 2012.
4. Instituto nacional de estadística e informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2014. Lima; Instituto nacional de estadística e informática; 2015
5. Ministerio de salud. Guía nacional del manejo de infecciones de transmisión sexual. Lima: Ministerio de salud; 2006.
6. Saladrigas, MV, Sacristán del Castillo, JA. Fichas de MedTrad (nº13): eficacia, efectividad y eficiencia en la investigación de fármacos. Panace@. 2004; 5(17-18): 188-190.
7. Ministerio de salud. Norma técnica manejo de ITS. Lima: Ministerio de salud; 2009.
8. Castañeda Núñez M, Bonifacio Morales N, Ojeda Celi N, Sullón Zavaleta P, Rodríguez Llanos J, Castro Vargas J. Módulo de Capacitación: Manejo Sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). 3ra ed. Lima: Care Perú; 2009: 61-62
9. Gori, J, Lorusso, A. Ginecología de Gori. 2ª ed. Buenos Aires: El Ateneo;2005: 196-198.
10. Ministerio de la Protección Social. Sánchez Angarita J. Infecciones cervico-vaginales. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2009: 616-625
11. Gómez Gómez V. Gardnerella, Cándida y Trichomona como agentes causantes de infecciones vaginales en mujeres del barrio la Merced Alta-Catamayo. Loja; 2013.

12. Acuria Cárdenas B. Síndrome de úlcera genital y flujo vaginal en mujeres en edad fértil Hospital San Francisco de Tenguel Área de Salud N° 14. Guayaquil; 2011.
13. Faro S, Soper D. Enfermedades infecciosas en la mujer. Editorial McGraw Hill. 2002.
14. Bajo, J. Lailla, J. Fundamentos de Ginecología. Editorial Médica Panamericana. 2009, Madrid. p. 15-16.
15. Martín R, Soberón N, Vázquez F, y Suárez J. La microbiota vaginal: composición, papel protector, patología asociada y perspectivas terapéuticas. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2008;26(3):160-7
16. Flórez J, Armijo JA, Mediavilla A. Farmacología Humana. 5ª Edición. Elsevier-Masson. Barcelona. 2008.
17. Ponce Monter, HA. ¿Qué sabe usted acerca de eficacia y efectividad de los fármacos? *Redalyc (Mex)*. 2008; vol.(39): 53-54.

Anexos:

1. Instrumento.



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

LISTA DE CHEQUEO

Fecha inicio del TTO: ____/____/____

HCL: _____

I. DATOS GENERALES:

1.- EDAD

- A) 18 – 24 ()
- B) 25 – 29 ()
- C) 30 – 35 ()
- D) 36 a más ()

2.- GRADO DE INSTRUCCIÓN:

- A) Analfabeta ()
- B) Primaria completa ()
- Incompleta ()
- C) Secundaria: completa ()
- Incompleta ()
- D) Superior tec.: completa ()
- Incompleta ()
- E) Superior univ.: completa ()
- Incompleta ()

3.- ESTADO CIVIL:

- A) soltera ()
- B) casada ()
- C) conviviente ()
- D) viuda ()
- E) divorciada ()

4.- OCUPACIÓN

- A) estudiante ()
- B) trabajadora ()
- C) ama de casa ()
- D) otros; especifique _____

5.- Inicio de relaciones sexuales: _____

6.- Nº de parejas sexuales: _____

II. DATOS CLÍNICOS

Sintomatología	Tratamiento	Nivel de Efectividad
Flujo Escaso () Flujo Moderado () Flujo Abundante ()	a) Metronidazol 2gr vía oral en dosis única. () b) Clotrimazol 500 mg vía vaginal en dosis única. ()	Flujo persistente () Flujo disminuido () Flujo ausente ()

2. Matriz de consistencia.

TÍTULO DEL PROYECTO: Efectividad del manejo sintromico en el tratamiento de flujo vaginal en mujeres sexualmente activas del centro materno infantil José Carlos Mariátegui en el año 2016.

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización			Método
			Variable	Dimensiones	Indicadores	
<p>¿Cuál es la efectividad del manejo sintromico en el tratamiento de flujo vaginal en mujeres sexualmente activas del centro materno infantil José Carlos Mariátegui en el año 2016?</p> <p>Problemas secundarios</p> <p>1. ¿Cuál es el porcentaje de pacientes que responden efectivamente al tratamiento del manejo sintromico de flujo vaginal en mujeres sexualmente activas del centro</p>	<p>Determinar la efectividad del manejo sintromico en el tratamiento de flujo vaginal en mujeres sexualmente activas del centro materno infantil José Carlos Mariátegui en el año 2016.</p> <p>Objetivos secundarios</p> <p>1. Determinar el porcentaje de pacientes que responden efectivamente al tratamiento del manejo sintromico de flujo vaginal en mujeres sexualmente activas del centro</p>	<p>H.A: El manejo sintromico en el tratamiento de flujo vaginal en mujeres sexualmente activas del centro materno infantil José Carlos Mariátegui en el año 2016 es efectivo.</p> <p>Ho: El manejo sintromico en el tratamiento de flujo vaginal en mujeres sexualmente</p>	<p>Efectividad del manejo sintromico</p> <p>Síndrome de flujo vaginal</p>	<p>Efectivo</p> <p>Parcialmente efectivo</p> <p>Inefectivo</p> <p>Flujo vaginal</p>	<p>Si el tratamiento logró erradicar toda la sintomatología</p> <p>Si con el tratamiento sólo se logró reducir la sintomatología</p> <p>Si el tratamiento no produjo ningún cambio.</p> <p>Presencia de secreción anormal en vagina.</p>	<p>Tipo de investigación: Farmacoepidemiológico, de tipo observacional. Descriptivo de corte transversal y prospectivo</p> <p>Nivel: Aplicativo</p> <p>Método: Cuantitativo</p> <p>Población: 166</p> <p>Muestra: 116</p> <p>Técnica: Consentimiento informado Captación de pacientes Seguimiento Efectividad Parcialmente efectivo</p>

<p>materno infantil José Carlos Mariátegui en el año 2016?</p> <p>2. ¿Cuál es el porcentaje de pacientes que tienen respuesta parcialmente efectiva al tratamiento del manejo sintromico de flujo vaginal en mujeres sexualmente activas del centro materno infantil José Carlos Mariátegui en el año 2016?</p> <p>3. ¿Cuál es el porcentaje de pacientes que presentan respuesta inefectiva al tratamiento del manejo sintromico de flujo vaginal en mujeres sexualmente activas del centro materno infantil José Carlos Mariátegui en el año 2016?</p>	<p>materno infantil José Carlos Mariátegui en el año 2016</p> <p>2. Determinar el porcentaje de pacientes que tienen respuesta parcialmente efectiva al tratamiento del manejo sintromico de flujo vaginal en mujeres sexualmente activas del centro materno infantil José Carlos Mariátegui en el año 2016</p> <p>3. Determinar el porcentaje de pacientes que presentan respuesta inefectiva al tratamiento del manejo sintromico de flujo vaginal en mujeres sexualmente activas del centro materno infantil José Carlos Mariátegui en el año 2016</p>	<p>activas del centro materno infantil José Carlos Mariátegui en el año 2016 no es efectivo.</p>				<p>Infectividad Instrumento: Lista de chequeo</p>
--	---	--	--	--	--	--

3. Otros.

Formato de consentimiento informado

Autorización del establecimiento de salud u otro donde se realizará el estudio

Formatos de validación de instrumento