

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTOBAL DE HUAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
OBSTETRA**

**“INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A
VULVOVAGINITIS EN GESTANTES. HOSPITAL DE KIMBIRI
- CUZCO. AGOSTO A OCTUBRE 2016”**

PRESENTADO POR

Katya MORALES SILVERA

Nélida Marleni MORALES CHAVEZ

ASESOR

Mg. Obst. ROALDO PINO ANAYA

AYACUCHO – PERÚ

2017

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

R.D. Nº 158-20173- FCSA – UNSCH

A los diecinueve días del mes de Julio del año 2017, siendo las once de la mañana con diez minutos, se reunió en la sala Nº 01 del paraninfo universitario los miembros de Jurados Calificadores Integrando por el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud Dr. Emilio Ramírez Roca, Dra. Delia Anaya Anaya y Mg. Pavel Alarcón Vila y como asesor el Mg. Roaldo Pino Anaya.

Las bachilleres Katya Morales Silvera y Nélide Marleni Morales Chávez, iniciaron con la sustentación de Tesis Titulado “Incidencia y Factores Asociados a Vulvovaginitis en Gestantes. Hospital de Kimbiri – Cusco. Agosto a Octubre 2016”.

Concluida con la exposición el Presidente del Jurado invita a realizar las preguntas al Mg. Pavel Alarcon Vila quien realiza preguntas respectivas respecto al marco teorico y tablas 01 y 03. Asimismo la Dra. Delia Anaya Anaya interrogo acerca de los motivos que conllevaron para elegir el tema, prevención, sobre el tratamiento, complicaciones, respecto a la relación de la paridad, ocupación y número de parejas sexuales con la vulvovaginitis. El Presidente del Jurado Calificador felicita a las tesisas por el trabajo realizado y luego interrogo sobre los microorganismos que causan las vulvovaginitis, también sobre los fármacos ejerce utilizan, las dosis, via de administración y resultado seguidamente el Presidente del Jurado Calificador Invita a los sustentantes y público asistente a que abandone el recinto para efectos de deliberación y calificación por los miembros del Jurado Calificador. Resultado de la evaluación de la bachiller.

Katya Morales Silvera.

TEXTO EXPOSICION PREGUNTAS P. FINAL

Dr. Emilio Ramirez Roca.

Dra. Delia Anaya Anaya.

Mg. Pavel Alarcon Vila.

PROMEDIO FINAL

Bachiller Nélide Marleni Morales Chávez.

TEXTO EXPOSICION PREGUNTAS P. FINALES

Dr. Emilio Ramirez Roca.

Dra. Delia Anaya Anaya.

Mg. Pavel Alarcon Vila.

PROMEDIO FINAL

De la evaluación realizada por los miembros del Jurado Calificador la Bachiller Katya morales Silvera obtuvo la nota de 17 (diecisiete) y la Bachiller Nélida Marleni Morales Chávez obtuvo la nota de 17 (diecisiete).

Siendo las trece horas con quince minutos se dio por concluido la sustentación.



Dr. Emilio Ramirez Roca

PRESIDENTE



Dra. Delia Anaya Anaya

JURADO



Mg. Pavel Alarcon Vila

JURADO



Mg. Roaldo Pino Anaya

ASESOR

DEDICATORIA

A Dios, la mejor decisión que cualquier persona pueda llegar a tomar, determinarse a andar por sus caminos no tiene comparación; pero sus desbordantes recompensas de bendiciones han llenado en mi vida.

*A mis Padres **NAHUN** y **ESTELA**, por darme su apoyo y cariño incondicional, a ellos mi eterna gratitud.*

A mis hermanos por compartir momentos inolvidables en la senda de la vida.

KATYA

DEDICATORIA

A Dios por ser mi fortaleza, por brindarme una vida llena de aprendizaje experiencia y sobre todo felicidad.

A mis Padres y hermanos por su paciencia, comprensión y apoyo para el cumplimiento de mis anhelos.

A mi pareja por su apoyo, paciencia y amor.

MARLENI

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, alma Mater y fuente de sabiduría y enseñanza.

A la Facultad de la Ciencia de la Salud, forjadora de profesionales a la vanguardia.

A la Escuela Profesional de Obstetricia, por los momentos vividos durante nuestra formación profesional en la universidad.

A la plana docente quienes me brindaron su enseñanza durante esta etapa maravillosa de aprendizaje.

A Nuestro Asesor Mg. Obst. ROALDO PINO ANAYA, quien me brindó su apoyo profesional y asesoramiento en la culminación del presente.

A todos mis familiares, amigos y personas involucradas en mi formación profesional apoyo incondicional desinteresado.

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iv
INTRODUCCIÓN	07
CAPÍTULO I	
EL PROBLEMA	
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	15
1.3. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN	16
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	16
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
CAPITULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	17
2.2. BASE TEÓRICA CIENTÍFICA	21
2.2.1. ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DE LA VAGINA	21
2.2.2. FISIOLÓGÍA DE LA VAGINA	22
2.2.3. FLORA VAGINAL	23
2.2.4. VULVOVAGINITIS	25
2.3. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS	37
2.4. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERATIVOS	38
2.5. VARIABLES E INDICADORES	41
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	42
CAPITULO III	
MATERIALES Y MÉTODOS	
3.1. TIPO DE ESTUDIO	44
3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	44

3.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	44
3.4. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	44
3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA	44
3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	46
3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	46
3.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	46

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN	48
CONCLUSIONES	71
RECOMENDACIONES	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXO	

INTRODUCCIÓN

Las infecciones vaginales pueden presentarse en cualquier etapa en la vida de la mujer, y éstas se deben a malos hábitos higiénicos, alimentación inadecuada, uso de ropa sintética, climas cálidos y húmedos, el uso de duchas vaginales, cambios hormonales, tratamiento con antibióticos y otros medicamentos que alteran la flora normal de la vagina, la cual está constituida por *Staphylococcus epidermidis*, *S. aureus* en pequeñas proporciones, *Lactobacillus acidophilus* y especies del género *Candida*¹

Tanto la colonización como la infección vaginal son más frecuentes en el embarazo y en mujeres con otros factores predisponentes. Las infecciones suelen ser de origen endógeno por modificación del ecosistema microbiano intestinal o vaginal, ya sea después de un tratamiento antibiótico o por disminución de las defensas inmunitarias del huésped como en el caso de corticoterapia, enfermedades inmunosupresoras, diabetes no controlada, obesidad, estrés, uso de

anticonceptivos hormonales o terapia de reemplazo hormonal.²

De los procesos infecciosos que ocurren en el tracto genital femenino, la Vulvovaginitis es la más común, y está caracterizada por dolor vulvovaginal, prurito y ardor, acompañados de inflamación, flujo y disuria. La vulvovaginitis puede tener origen bacteriano, parasitario, viral o fúngico en cuyo caso es denominado candidiasis.

La asociación de infección vaginal y embarazo han sido documentados desde hace muchos años, se ha relacionado con amenaza de aborto, parto prematuro, rotura prematura de membranas y endometritis posparto; no se sabe con certeza si la vaginosis bacteriana es una infección de transmisión sexual pero el síndrome se asocia a factores de riesgo de esta, como son la existencia de varios compañeros sexuales y de un contacto con un nuevo compañero sexual, sin embargo no se ha podido identificar como agente causal a ningún microorganismo transmitido sexualmente . Es probable que factores poco conocidos de la actividad sexual alteren de alguna forma el medio vaginal, dando lugar a la alteración de la flora vaginal, en donde se encuentra una mayor concentración de *gardnerella vaginalis*, *micoplasma hominis*, *ureaplasma ureolyticum*³

Con el presente trabajo de investigación se determinó la incidencia y factores asociados a las vulvovaginitis en gestantes que se atienden en el Hospital de Apoyo de Kimbiri, La Convención de la región Cuzco durante los meses de agosto a octubre del 2016 a través de una investigación aplicada, descriptiva, prospectiva y transversal, en una

muestra de 107 gestantes se encontró los siguientes resultados: La incidencia de vulvovaginitis en gestantes atendidas en el Hospital de Kimbiri, fue de 57,9%(62), de las cuales el 69,4%(43) tuvieron vaginosis bacteriana, seguido de 22,6%(14) presentaron candidiasis vaginal y sólo el 8,1%(05) tuvieron trichomoniasis vaginal. Los factores asociados a la vulvovaginitis en gestantes atendidas en el Hospital de Kimbiri estadísticamente significativo ($p < 0,05$) son: La edad de 20 a 35 años (45,8%), en las multíparas (33,6%), en las convivientes (29,9%), de condición económica media (43%), en amas de casa (48,6%) y con 3 o más parejas sexuales (38,3%).

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La vulvovaginitis representa uno de los motivos de consulta ginecológica con mayor frecuencia en la paciente. Su causa es multifactorial, asociada a factores ambientales, anatómicos o secundarios al hipoestrogenismo propio de la gestación. En España representa el 20% de todas las consultas ginecológicas, sin embargo en la población negra ésta se incrementa a 40 -45% y en la mujer asiática representa a un 20 – 30%⁴

La Vulvovaginitis es una enfermedad común que ocurre en aproximadamente 35% de las mujeres sexualmente activas; en 15% a 20% de las mujeres gestantes y puede encontrarse hasta en 5 a 10% de pacientes en ginecología general; actualmente representan cuando menos, una tercera parte de todas las infecciones vulvovaginales⁵

De acuerdo a algunos investigadores, la prevalencia de vaginosis bacteriana se encuentra entre un 15 a 30% en mujeres en edad fértil. En México, un estudio realizado en mujeres de bajo riesgo reveló una prevalencia del 32%.⁶

En los Estados Unidos, hasta el 16% de las mujeres embarazadas tienen Vulvovaginitis, en el 2004, tan solo en este país se estiman 10 millones de consultas ginecológicas por esta causa.

La vulvovaginitis se asocia con múltiples complicaciones perinatales, entre ellas, aborto, nacimiento pretérmino, ruptura prematura de membranas, bajo peso al nacer, colonización del líquido amniótico, inflamación de corion y amnios, endometritis posparto, mayor riesgo de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y parálisis cerebral. Desde 1955, existen reportes del diagnóstico de vaginosis bacteriana en gestantes, aproximadamente 10,1% en pacientes privadas; otras series llegan hasta 23% e incluso a cifras superiores.⁷

Durante el embarazo, la vulvovaginitis aumenta el riesgo de sepsis postaborto, aborto temprano, aborto recurrente, aborto tardío, Rotura Prematura de Membranas (RPM) y parto pretérmino espontáneo así como prematuridad; lo mismo ocurre con coriamnionitis histológica y endometritis postparto, donde la vulvovaginitis es uno de los factores de riesgo.⁸

De esta forma, la flora vaginal anormal puede predisponer a una colonización ascendente del tracto genital, infiltración de las membranas

fetales e invasión de la cavidad amniótica, con el consecuente daño fetal que desencadena todo este proceso infeccioso.

La portación asintomática de *Cándida* en vagina en mujeres no gestantes oscila entre 10 y 17% y aumenta hasta un 35% en el embarazo. Se estima que hasta un 75% de las mujeres sexualmente activas sufren candidiasis vaginal al menos una vez en la vida y entre el 5 a 10% de ellas la padecen en forma recurrente (tres o más episodios en 1 año).⁹

La vagina de la gestante, en su estado hipoestrogénico y alcalino (pH 6,0 a 7,5), es muy susceptible al crecimiento bacteriano exagerado. Su proximidad con el ano y la dificultad para realizar una higiene apropiada hacen que las bacterias entericas sean un hallazgo muy común en la vulvovaginitis inespecífica en la adolescencia. Su incidencia real se desconoce, aunque este diagnóstico se encuentra reportado hasta en 48 a 55% de las gestantes que consultan al servicio de obstetricia.

A pesar de la alta incidencia, su diagnóstico específico y su tratamiento no son fáciles de instaurar, debido a que la flora normal de la gestante tampoco se encuentra bien definida¹⁰.

El diagnóstico sindrómico para el tratamiento de estas infecciones en países de escasos recursos constituye un enfoque simple y razonable. La confirmación por un laboratorio resulta costosa y, por lo tanto, debe adaptarse a las condiciones locales. Para vaginosis bacteriana, dado el elevado porcentaje de pacientes asintomáticas, el diagnóstico basado exclusivamente en el examen clínico tiene muchas causas de error y genera un alto grado de inexactitud.¹¹

La secreción normal de la vagina es de color blanco, sin olor, no homogénea que se encuentra generalmente en todo el fondo del saco vaginal, donde concomitan numerosos microorganismos de la flora habitual en esa región (*E.coli*, estafilococos, estreptococos y otros), sin embargo, cuando el volumen secretado aumenta y se acompaña de síntomas irritativos, olores desagradables y molestias, ha ocurrido una infección vaginal, que tiende a presentarse con marcada frecuencia en las embarazadas.

La infección vaginal puede estar presente en mujeres de cualquier edad, estén o no sexualmente activas. La mayoría ha tenido una infección vaginal, por lo menos una vez en su vida. El embarazo es un período en el cual las mujeres no están exentas de padecer infección vaginal, varias investigaciones declaran que la gestación constituye un factor para la aparición de las infecciones vaginales. Algunas mujeres conviven con estas y en ocasiones pasan inadvertidas, pero durante el embarazo esto constituye un grave problema, ya que representan un factor de riesgo para la producción de complicaciones como rotura prematura de membrana, parto pretérmino y sus consecuencias, incluso el nacimiento de un producto bajo peso.¹²

En el Hospital de Kimbiri durante el año 2015, según el sistema informático perinatal (SIP) se presentaron un total de 276 casos de vulvovaginitis; de las cuales 184 casos fueron por vaginosis bacteriana, 86 casos de candidiasis vaginal y 06 casos de trichomoniasis vaginalis,

por lo que es frecuente observar en la consulta obstétrica y ginecológica estos casos de vulvovaginitis en las gestantes.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por todo lo mencionado nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuál es la incidencia y factores asociados a la vulvovaginitis en gestantes que acuden al Hospital de Kimbiri, Cuzco, durante los meses de agosto a octubre de 2016?

1.3. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN:

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Conocer la incidencia y factores asociados a la vulvovaginitis en gestantes atendidas en Hospital de Kimbiri, Cuzco, durante los meses de agosto a octubre de 2016

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la incidencia de la vulvovaginitis en gestantes atendidas en el hospital de Kimbiri, Cuzco.
- Establecer el tipo de vulvovaginitis más frecuente en las gestantes según el agente etiológico: candidiasis vaginal, trichomoniasis y vaginosis bacteriana,
- Relacionar la vulvovaginitis con los factores como: edad, paridad, coitarquia, nivel de instrucción, estado civil, condición económica, ocupación, y número de parejas sexuales.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

GARCIA HEREDIA, M. et al (Argentina ; 2006), En su trabajo encontró que la mujer embarazada es más susceptible tanto a la colonización como a la infección vaginal por levaduras. Se estudiaron 493 pacientes en el período comprendido desde diciembre de 2004 hasta febrero de 2006. En mujeres embarazadas *C. albicans* fue la levadura más frecuentemente aislada de exudados vaginales y continúa siendo ampliamente sensible a los antifúngicos; sólo en *C. glabrata* se observó resistencia a los azoles. Se recomienda la identificación de la levadura a nivel de especie particularmente en el caso de falla terapéutica y en infecciones recidivantes o crónicas.

MIRANDA G, Amauri (Cuba; 2010) en su investigación “Infección vaginal en gestantes y su incidencia en indicadores seleccionados del Programa Materno Infantil” **Objetivos:** describir el cuadro clínico-epidemiológico de las infecciones vaginales y la distribución de gestantes

con estas infecciones según indicadores seleccionados del Programa Materno Infantil. **Métodos:** estudio descriptivo de corte transversal realizado en las gestantes ingresadas en el hogar materno "Mariana Grajales Coello" del municipio Playa en La Habana durante el trienio 2006-2008. El universo de estudio quedó conformado por 182 gestantes con el diagnóstico de infección vaginal según el protocolo de manejo sindrómico del flujo vaginal. Las variables de estudio fueron edad, momento del diagnóstico, momento del ingreso, tipo de infección vaginal y respuesta al tratamiento e indicadores del Programa Materno Infantil. Para la recolección de la información se utilizó el método observacional documental de historias clínicas. **Resultados:** se encontró que el 31,31 % de la muestra eran adolescentes, el 40,66 % ingresaron en el segundo y tercer trimestre del embarazo, con moniliasis el 48,35 % y el 12,08 % aportaron niños bajo peso al nacer. **Conclusiones:** la incidencia de las infecciones vaginales en el hogar materno "Mariana Grajales Coello" es alta con predominio de moniliasis, infección que en la mayoría de las mujeres evoluciona satisfactoriamente al tratamiento indicado. El bajo peso al nacer es el indicador del Programa Materno infantil más afectado.

MURILLO, Sandra (Ecuador; 2013) en su tesis "Incidencia de candidiasis vaginal en mujeres gestantes entre las edades comprendidas de 20 a los 35 años de edad atendidas en el hospital Verdi Cevallos balda de la ciudad de Portoviejo durante septiembre del 2012 a febrero del 2013, propuesta de protocolo de atención". **Los objetivos** de la investigación fueron, determinar la incidencia de la candidiasis vaginal en

mujeres gestantes, de 20 a 35 años de edad, registrar el grupo de edad predominante de gestantes con candidiasis, así como establecer los síntomas más frecuentes. **La metodología** utilizada se basa en el método científico. La población a investigar fueron 420 paciente que acudieron a la atención medica durante el periodo de seis meses, y la muestra fue escogida de manera aleatoria integrada por 134 pacientes. **Resultados;** de las 420 pacientes embarazadas entre los 20 y 35 años atendidas, se obtuvo que 134 tuvieron candidiasis que representa un 31.9%, lo que significa una altísima incidencia de mujeres embarazadas que presentaron candidiasis vaginal. **Conclusiones;** el grupo etario más frecuente fue entre las edades de 24 a 27 años con un 38.1%, los signos y síntomas más predominantes fueron el flujo blanquecino con el 38%, la incidencia donde más se diagnosticaron caso de candidiasis fue entre las 31 y 36 semanas con el 36.6%.

PEREZ DE LEON, Nicolás (Guatemala; 2013) en su tesis "Vaginosis bacteriana y amenaza de parto pretérmino. Hospital Nacional de Escuintla. Julio – Diciembre 2010"; donde estudia la vaginosis Bacteriana en mujeres con amenaza de parto pretérmino. El **objetivo** de este trabajo fue determinar la prevalencia de vaginosis bacteriana en amenaza de parto pretérmino en mujeres embarazadas atendidas en el servicio de complicaciones perinatales del Hospital Nacional Regional de Escuintla en el período julio-diciembre 2010. La muestra estuvo representada por (535) pacientes embarazadas con edad gestacional entre 28 a 36 semanas más seis días, por fecha de ultima regla y

ultrasonido obstétrico. **Resultados;** se encontró que (47.29. %) padece de vaginosis bacteriana. De las pacientes con vaginosis bacteriana se determinó lo siguiente: El (35.41%) tenía entre 20-24 años, el (19%) con un solo embarazo, el (35%) refirió tener 2 o más parejas en toda su vida. El (53.00%) tuvo su primera relación sexual antes de los 18 años; **Conclusiones;** los factores de riesgo asociados a amenaza de parto pretérmino se encuentran las infecciones vaginales las cuales representan una de las principales causas, destacándose la vaginosis bacteriana, por lo que se hace necesario orientar a la población femenina que acuda a temprana edad de su embarazo a sus controles prenatales así mismo al equipo médico tomar en cuenta una evaluación completa y así poder tratar estas patologías durante el embarazo y evitar nacimientos prematuros.

PRADO, A., MERE, J. y GARCIA, M. (Perú - 2001) refiere lo siguiente: “La prevalencia de vaginosis bacteriana en gestantes en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza asciende al 22.5%, mientras que en el Hospital Nacional Cayetano Heredia de 27%, cifras que se encuentran en el límite superior de los promedios mundiales, que varía de 12% al 25%”.

CORTEZ, Luis y RAZZO Mónica (Lima; 2004) en su tesis “Prevalencia de *Trichomonas vaginalis* en gestantes. Instituto materno perinatal de Lima, mayo-julio 2004”. **Objetivo** determinar la prevalencia de infección por *Trichomonas vaginalis* en gestantes en su primer trimestre de embarazo, que acuden a consulta externa del hospital.

Material y métodos; se realizó un estudio de tipo prospectivo, descriptivo, observacional, de corte transversal. Se obtuvo muestras de un total de 105 pacientes, las que cumplían con los criterios de inclusión de nuestro estudio. **Resultados;** de las 105 pacientes estudiadas, 6 presentaron resultados positivos al cultivo para *Trichomonas vaginalis*, lo que representa un 5,7% de infección en esta población. Las gestantes presentaron al mismo tiempo un rango de edad que fue de los 16 a los 40 años, período en el que muchas de ellas aún mantenían relaciones sexuales. **Conclusión;** se concluye que es necesario hacer una evaluación más completa de las pacientes gestantes que son atendidas, no solo en las etapas iniciales del embarazo, sino durante toda la gestación. Así mismo se debe utilizar métodos más sensibles de identificación para el diagnóstico de *Trichomonas vaginalis*; debido a que no solo se deben considerar criterios clínicos en el diagnóstico, pues está demostrado que el mejor diagnóstico es la observación directa del parásito.

2.2. BASE TEORICO CIENTÍFICA

2.2.1. ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LA VAGINA

2.2.1.1. ANATOMÍA DE LA VAGINA.

Es un órgano fibromuscular revestido por epitelio pavimentoso estratificado que se extiende desde el introito vulvar hasta la parte vaginal del cuello del útero. Es el órgano de la cópula. Delante de ella se encuentra la vejiga urinaria y la uretra que está incorporado a su pared anterior. Por detrás se relaciona con el recto y el canal anal. El eje

longitudinal de la vagina forma con el del útero un ángulo de aproximadamente 90° abierto hacia delante. La longitud de la vagina es de 7 – 8 cm., siendo más larga su pared posterior. El ancho aumenta desde el extremo inferior (vulva) hacia el superior (cuello uterino). Las paredes de la vagina se encuentran en contacto una con otra y se separan sólo en la parte superior, en relación con el cuello uterino. En un corte transversal a nivel de la parte media, la vagina tiene forma de “H”. En el extremo superior la vagina rodea al cuello del útero, el cual hace eminencia hacia ella, formando entre ambos los fondos de saco o “fórnix” vaginales. En la parte superior, la vagina tiene estrecha relación con la vejiga urinaria y la parte inferior con el recto. Los fondos de saco laterales se relacionan con el segmento terminal de uréter. La parte inferior (vulvar) de la vagina se encuentra en relación con el clítoris por delante y con el cuerpo fibroso del periné por detrás, el cual la separa el canal anal.¹⁷

2.2.2. FISIOLÓGÍA DE LA VAGINA.

La vagina normalmente presenta un contenido húmedo, con cambios de acuerdo a su fisiología. La humedad está dado por las secreciones de las glándula de Bartholino, glándulas apocrinas y las glándulas de Skene parauretrales, pero que pueden incrementarse de acuerdo al estímulo sexual, hormonal, etc.¹⁵ La vagina sufre modificaciones cíclicas características, ya que es el órgano efector más sensible a los cambios hormonales del ciclo que influyen en las características de su contenido. La descamación celular escasa en el postmenstruo, se incrementa para alcanzar su máximo en la fecha ovular.

Estas células ricas en glucógeno por acción del Bacilo de Döderlein (gram positivo) sufren la penetración láctica, que acidifica el medio vaginal (pH 3.8-4.2) para la depuración y defensa de la vagina.¹⁷

2.2.3. FLORA VAGINAL.

La flora vaginal no es estática, sino que está sometida a un dinamismo, condicionado por muchos factores tales como la edad, los hábitos de higiene, los estados endocrinos, promiscuidad sexual y otros.

Posterior al nacimiento, la niña mantiene un pH vaginal bajo hasta las 2 a 6 semanas, el glucógeno celular disminuye y el pH vaginal se hace más alcalino. Los microorganismos mas prevalentes que se aislaron de la vagina de la niña entre 10 meses a 10 años de edad fueron: *Staphylococcus epidermidis*, *Difteroides*, *Bacteroides*, *Peptococcus*, *Peptoestreptococcus*, entre los más principales ¹⁸

Luego de la menarquia en la madurez sexual, las funciones exocrinas y endocrinas ováricas, el epitelio vaginal que hasta entonces se componía de pocas capas se estratifica e incrementa en altura. En la pubertad los lactobacillus aerobios y anaerobios reaparecen en grandes cantidades y contribuyen a la conservación del pH ácido mediante la producción de ácido láctico a partir del glucógeno

La flora normal de la vagina incluye con frecuencia a *Streptococcus* hemolíticos del grupo B, *Streptococcus* anaerobios (*Peptoestreptococos*), especies de *Provatella*, *Clostridios*, *Gardnerella vaginalis*, *Ureaplasma urealitycum*, y a veces especies de *Listera* y *Mobiluncus* . Los gérmenes varían en las distintas zonas, así por ejemplo:

- **En el tercio inferior**, como en las regiones vestibulares y vulvar, predominan los *Streptococos* y *Staphilococos*, bacilos y otros gérmenes de vida saprofitaria; son capaces de adquirir su carácter patógeno ante cualquier eventualidad.
- **En los dos tercios superiores**, es preponderante la presencia de los bacilos lácticos, estos impiden el desarrollo de gérmenes de la zona inferior; pero la capacidad defensiva se vuelve insuficiente. Los elementos agresivos intensifican su acción y el equilibrio se altera por invasión de gérmenes a la zona alta, dando lugar a manifestaciones clínicas de una infección, con las características propias del microorganismo predominante.

Actualmente se sabe que la flora vaginal de la mujer sexualmente madura y sana, no es constante ni uniforme y según se clasifica en 4 tipos:

TIPO I : Mujer sana, predominio de *Lactobacillus*.

TIPO II : Proceso inflamatorio agudo, flora aeróbica.

TIPO III : Proceso inflamatorio crónico, flora anaeróbica.

TIPO IV : Predominio de la flora mixta: *Tricomonas* y *Cándida*.

FUNCIÓN DE LA FLORA VAGINAL NORMAL.

Como ya se mencionó anteriormente la principal bacteria de la flora microbiana vaginal lo constituye el *Lactobacillus acidophilus* el cual antagoniza eficazmente con los microorganismos patógenos. Esta bacteria produce ácido láctico, ácido acético, etanol y anhídrido carbónico, a partir del glucógeno que almacenan las células epiteliales, (influenciados hormonalmente); este ácido es un potente antimicrobiano

que va evitar la implantación y multiplicación de otros microorganismos. Además estas bacterias de la flora microbiana compiten por receptores celulares presentes en las células vaginales, evitando de esta manera su implantación el cual favorece su eliminación por un simple proceso mecánico de barrido¹⁹

2.2.4. VULVOVAGINITIS

Entendemos por “Vulvovaginitis” los diferentes grados de inflamación de la vulva, la vagina y el tejido endocervical ectópico. Esta inflamación puede acompañarse de leucorrea, prurito, escozor, disuria y dispareunia. Es muy frecuente, se diagnostica en la cuarta parte de mujeres que acuden a la consulta por un problema ginecológico.

Se diagnostica aproximadamente en el 25% de las mujeres que acuden a la consulta por un problema ginecológico. Más de la mitad de los casos son de origen infeccioso, en los que la transmisión sexual ocupa un papel importante. Los restantes se deben a otros procesos, como reacciones alérgicas, traumatismos, problemas hormonales, etc. En ocasiones estas causas se encuentran solapadas, en la cual el diagnóstico es más difícil y el proceso puede cronificarse.²⁰

Las vulvovaginitis pueden ser infecciosas o no. Entre las infecciosas destacan las causadas por tricomonas, las candidiasis, la vaginosis bacteriana y las causadas por otros microorganismos (herpes, gonococo, clamidias, etc).

Las no infecciosas suponen el 15% de las vulvovaginitis. Todo lo que produce un aumento del pH vaginal (hipoestrogenismo, lavados y/o duchas vaginales, menstruación...) favorece la reacción inflamatoria de la vagina produciendo la vulvovaginitis.

Entre sus causas principales destacan las producidas por: Reacciones alérgicas (espermicidas, ropa interior, productos de higiene íntima...); traumatismos (cuerpos extraños, maniobras masturbatorias...); factores térmicos; hormonales (hipoestronismo-vaginitis atrófica, produciendo sequedad vaginal, prurito, disuria, dispareunia...); factores neoplásicos e iatrogenia (DIU, pesarios, productos químicos...). Todas éstas se suelen corregir al desaparecer las causas que las producen. Por ejemplo: tratar el hipoestronismo con pomadas y óvulos, corregir alteraciones endocrinas, cambiar de método anticonceptivo y detectar cuanto antes patologías graves (carcinoma vulvar).²¹

Aunque existe escasa correlación entre la clínica y el diagnóstico las características del flujo vaginal pueden ser orientativas (Tabla I)

Tabla I. Características del flujo vaginal según la causa

	Cantidad	Color	Consistencia	Olor
Candidiasis	Escasa-moderada	Blanco-amarillento	Grumosa	Indiferente
Tricomonas	Aumentada	Amarillo-verdoso	Espumosa	Maloliente
Vaginosis	Moderada	Blanco-grisáceo	Homogéneo-adherente	Maloliente

VAGINOSIS POR TRICOMONIASIS:

Causadas por *Trichomona vaginalis*, un protozoo que se contagia fundamentalmente por transmisión sexual. Es habitualmente asintomática en el varón y supone el 20% de todas las vulvovaginitis.

Clínica: Aunque puede ser asintomática, suele haber flujo abundante, espumoso, maloliente y amarillo-verdoso, que cursa con prurito vulvovaginal, dispareunia y disuria. Estos síntomas se acrecientan con la menstruación. Es característico el "cérvix de fresa" y el eritema vaginal.

Diagnóstico: Una toma de fondo de saco vaginal y cuello (y/o uretra del hombre y mujer) diluida en suero fisiológico sobre un porta permite la visualización de tricomonas (en movimiento cuando tiene flagelo, o inmóvil en no flagelado) y de leucocitos en un 50% de los casos. El pH es

mayor de 4,5. Cuando no se pueden visualizar tricomonas y existe una sospecha clínica clara puede recurrirse al cultivo, método más sensible y específico de diagnóstico, que se realiza en medio específico de Diamond.

Tratamiento: El tratamiento específico se realiza con 2 gramos por vía oral en monodosis de Metronidazol o Tinidazol. Como alternativa emplearemos el Metronidazol 500 mg cada 12 horas durante 7 días. El tratamiento local con Metronidazol gel es menos eficaz (<50%) que la vía oral. Las pacientes deben evitar alcohol hasta 24 h después del tratamiento con Metronidazol y hasta 72 horas después del tratamiento con Tinidazol. El Metronidazol es más eficaz que el Tinidazol aunque ambos han sido aprobados por la FDA.

Seguimiento: Es innecesario para hombres y mujeres asintomáticos después del tratamiento o asintomáticos inicialmente.

Fracaso del Tratamiento: Si el tratamiento fracasa con Metronidazol 2g/dosis única y se excluye la reinfección, utilizaremos Metronidazol 500mg oral/12h durante 7 días o Tinidazol 2 g en dosis única. Como alternativa si no existe curación, se puede ensayar Tinidazol o Metronidazol 2 g oral/ 5 días. Si no fuese efectivo, podemos derivar al especialista para valorar la susceptibilidad de trichomona a estos dos fármacos.

Pareja: Debe recomendarse el tratamiento de la pareja además de abstención de relaciones sexuales mientras no finalice el tratamiento y la

pareja no esté asintomática. El tratamiento de las parejas sexuales, puede aumentar las tasas de curación.

Embarazo: La trichomona se ha asociado con acontecimientos adversos (rotura prematura de membranas, parto pretérmino y bajo peso al nacer). Sin embargo, no se demostró una reducción de la morbilidad perinatal tras el tratamiento con Metronidazol. Algunos estudios hablan de un aumento de la prematuridad y bajo peso al nacer tras el tratamiento con Metronidazol. Se considera el tratamiento según riesgos y beneficios, algunos autores difieren la terapia hasta después de la 37 semana de gestación en caso de mujeres asintomáticas. Se trata con 2 gramos de Metronidazol en dosis única (categoría B) según la FDA y Tinidazol (categoría C) ya que los estudios en animales han demostrado efectos adversos y su seguridad en mujeres embarazadas no ha sido establecida.

Lactancia: Si se administra Metronidazol a mujeres que estén dando la lactancia materna, ésta debe ser suspendida mientras dure el tratamiento y de 12 a 24 horas después de la última dosis. En el caso del Tinidazol ocurre lo mismo. Se debe suspender la lactancia durante el tratamiento y no reanudarla hasta 3 días después de la última dosis. Múltiples estudios y metaanálisis no han logrado demostrar una asociación entre el uso de Metronidazol y teratogénesis o mutagénesis en las lactantes.

Situaciones Especiales: En mujeres VIH positivas, se recomienda el mismo tratamiento.

Alergia: En caso de alergia a los nitroimidazoles, se recomienda desensibilización con Metronidazol. Se puede intentar terapia con otras drogas tópicas pero la tasa de curación es menor.¹⁰

VAGINITIS POR CÁNDIDAS:

Aproximadamente el 25% de las vulvovaginitis son Candidiasis, producidas por distintas especies del género cándida: Albicans (80-90%), Glabatra y Tropicalis. Clínicamente indistinguibles, las dos últimas son más resistentes al tratamiento. El 75% de las mujeres tendrá al menos un episodio en la vida y un 40-45% presentarán dos o más episodios. Entre los factores predisponentes destacan: uso reciente de antibióticos de amplio espectro, diabetes mal controlada y VIH. Son menos reconocidos o más discutibles: toma de anticonceptivos orales, embarazo, uso de corticoides y contaminación sexual.¹⁹

Clínica: Prurito intenso, leucorrea blanquecina grumosa con aspecto caseoso, además de disuria y dispareunia. Se intensifica la semana previa a la menstruación y disminuye con el inicio del sangrado. Eritema y tumefacción de la vulva. Es muy frecuente la asociación de candidiasis con otras infecciones. En estos casos los síntomas son menos específicos. En el varón produce balanitis.

Diagnóstico: El examen directo se puede realizar con suero salino, visualizándose esporas, o con KOH al 10%, que digiere las células epiteliales, dejando sólo las esporas y micelos. El pH es ácido <4,5. No es

necesario hacer cultivo de forma rutinaria, aunque es útil en casos recurrentes o dudosos.

Tratamiento:

Se recomienda tratamiento empírico en mujeres sintomáticas. La identificación de *Candida* en ausencia de síntomas no es una indicación de tratamiento.

Candidiasis no complicada: Están indicados tratamientos cortos tópicos con derivados imidazólicos (una dosis de 1-3 días). La aplicación de azoles es más efectiva que la nistatina, así un 80-90% de las pacientes tratadas con azoles desaparecen los síntomas y se negativizan los cultivos. Se recomienda el Clotrimazol 1% crema 5 g intravaginal de 7-14 días, Clotrimazol 100mg vaginal 7 días, Clotrimazol 100mg 2 comprimidos 3 días, Clotrimazol 500 mg 1 comprimido vaginal único, Miconazol 2% crema 5 g intravaginal 7 días y Miconazol 100mg 1 óvulo día/ 7 días. Como alternativa trataremos con Fluconazol oral (150 mg en dosis única). Estos tratamientos tópicos y óvulos pueden interferir en los preservativos de látex y diafragmas.

Candidiasis recidivante: Es aquella con 4 o más episodios de vulvovaginitis candidiásica sintomática en un año. Afecta a menos del 5% de las mujeres. Su patogénesis es poco conocida y la mayoría de las mujeres que la padecen, no presentan factores predisponentes. Se deben realizar cultivos vaginales para descartar el diagnóstico y formas atípicas. Requieren un tratamiento local más prolongado de 7-14 días o Fluconazol

oral 100, 150 o 200 mg cada tercer día con un total de 3 dosis (día 1, 4 y 7) previo a un tratamiento de mantenimiento. Sin embargo, un 30-50 % tendrán una recurrencia a pesar del tratamiento.

Candidiasis severa: Está indicado un tratamiento tópico imidazólico de 7-14 días o 150 mg de Fluconazol oral en dos dosis (segunda dosis 72 horas después de la primera).

Vulvovaginitis por *Candida no albicans*: La primera opción sería un tratamiento de larga duración (7-14 días con azol no Fluconazol.) Si existe recurrencia optaríamos por 600 mg de Ácido Bórico en cápsulas de gelatina, una cápsula al día durante 2 semanas.

Seguimiento: Sólo si persisten los síntomas o existen recurrencias a los 2 meses de terminado el tratamiento. En este caso como tratamiento de mantenimiento, la primera línea es el Fluconazol oral (100,150 o 200mg) semanal, durante 6 meses. Si no es factible este tratamiento, como alternativas emplearemos Clotrimazol tópico 200mg 2 aplicaciones a la semana y Clotrimazol 500 mg óvulos (1 aplicación semana). El 30-50% de las mujeres tendrán recurrencias una vez que el tratamiento de mantenimiento sea discontinuo. El tratamiento de la pareja en este caso es controvertido.

Pareja: No se realizará tratamiento, sólo considerarlo si la mujer tiene infecciones recurrentes. Como norma, no está indicado, porque no es una enfermedad de transmisión sexual. Una minoría presenta balanitis que

podría beneficiarse de un tratamiento tópico antifúngico para aliviar los síntomas.

Embarazo: Es frecuente la vulvovaginitis candidiásica. Está recomendado sólo tratamiento tópico imidazólico 7 días.

Situaciones Especiales: La incidencia de vulvovaginitis candidiásica en mujeres con VIH es desconocida. Es más frecuente en mujeres sintomáticas. Como tratamiento 200 mg de Fluconazol oral semanal (no recomendado como profilaxis sino como recurrencia de la candidiasis sintomática).

Alergia: Los agentes tópicos no suelen producir alergia. Los agentes orales pueden producir interacciones con algunos fármacos y elevación de las enzimas hepáticas.¹⁹

VAGINOSIS BACTERIANA:

Es la causa más frecuente de vulvovaginitis (40 -50% de los casos). Es una alteración en el ecosistema bacteriano de la vagina, con sobre crecimiento de la *Gardnerella Vaginalis*, junto con bacterias anaerobias y disminución de *Lactobacillus*.

Clínica: La mayoría de las pacientes son asintomáticas (más del 50%), y se diagnostican en una exploración o citología de rutina. El síntoma fundamental es leucorrea blanco-grisácea, adherente, maloliente, con un característico “olor a pescado”. Al no producir inflamación tisular, las pacientes no refieren prurito, dispareunia ni disuria. La vaginosis

bacteriana se asocia a múltiples parejas sexuales, nuevo compañero sexual, lavados vaginales y ausencia de lactobacillus vaginales y aumento de infecciones tras una maniobra invasiva (inserción de DIU o histeroscopia). Una mujer que nunca haya tenido relaciones sexuales, raramente se ve afectada por esta bacteria sin embargo, no está claro que sea una enfermedad de transmisión sexual (ETS). También se ha observado en las mujeres con vaginosis bacteriana una mayor incidencia de parto prematuro.¹⁰

Diagnóstico: Se han de cumplir 3 de los 4 criterios diagnósticos de Amsel:

- Secreción homogénea aumentada en volumen de aspecto blanco-grisácea y adherente.
- pH>4,5.
- Olor a aminas antes o después de instilarle KOH.
- Células clave (células del epitelio vaginal que aparecen recubiertas de bacterias, lo que les da un aspecto granular, como rebozadas). Deben existir al menos un 20% de células clave en el frotis. Los *lactobacillus* son escasos o están ausentes.

Tratamiento: Está aconsejado el tratamiento en:

- Todas las mujeres sintomáticas (para disminuir los síntomas y signos de infección).

- Reducción del riesgo de complicaciones infecciosas tras aborto o histerectomía.
- Reducción del riesgo de otras enfermedades (VIH y ETS).

El tratamiento de elección es el Metronidazol oral: 500 mg cada 12 horas durante 7 días o Metronidazol gel 0,75% 5g intravaginal, cada 24 horas/5días o Clindamicina crema 2% 5g intravaginal antes de acostarse 7 días. Otras alternativas de tratamiento serían la Clindamicina 300 mg cada 12 horas durante 7 días o Clindamicina óvulos 100 mg antes de acostarse durante 3 días. La dosis única de 2 gramos de Metronidazol ha demostrado ser la de menor eficacia para el tratamiento de la vaginosis bacteriana. La FDA ha acreditado el Metronidazol 750 mg, una vez al día durante 7 días, y la dosis única de Clindamicina en crema vaginal.

Se debe proscribir el consumo de alcohol durante el tratamiento con Metronidazol y 24 horas después de finalizado el tratamiento. La Clindamicina crema puede deteriorar preservativos y el diafragma hasta 5 días después de su uso.

Seguimiento: No es necesario si los síntomas desaparecen. Si hay recurrencia, utilizaremos el Metronidazol gel 0,75% 2 veces/semana durante 6 meses. Un estudio demostró que esta terapia era efectiva para mantener la curación clínica durante 6 meses (Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2006).

Vaginosis Bacteriana Recurrente: Las recidivas son muy frecuentes. Está indicado el Metronidazol gel 0,75% 2 veces a la semana durante 6 meses. El uso de lactobacillus orales o locales no es eficaz a medio plazo.

Pareja: Su tratamiento no ha demostrado beneficios en la prevención de la recurrencia de la vaginosis bacteriana, por lo tanto no se recomienda.

Embarazo: No está indicado el screening en el embarazo. Las embarazadas sintomáticas requieren tratamiento. Si asintomáticas infectadas, pero con partos prematuros previos, también está recomendado el tratamiento. En caso de tratamiento, puede emplearse el Metronidazol oral: 500 mg cada 12 horas durante 7 días o una pauta de 250 mg cada 8 horas durante 7 días o Clindamicina 300 mg oral cada 12 horas durante 7 días. El tratamiento tópico no es efectivo, a excepción de la Clindamicina óvulos en el primer trimestre, que está contraindicada en el segundo trimestre del embarazo. En embarazadas, necesario un seguimiento al cabo de un mes.

Situaciones Especiales: En el caso del VIH, se recomienda el mismo tratamiento.

Alergia: En caso de alergia o intolerancia al Metronidazol, se empleará Clindamicina tópica.¹⁶.

2.3. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

La incidencia de vulvovaginitis en gestantes es elevada y el tipo de vulvovaginitis más frecuente es la candidiasis vaginal; que está asociada con los factores como: edad, paridad, coitarquia, nivel de instrucción, estado civil, condición económica, ocupación, y el número de parejas sexuales.

2.4. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS

Vulvovaginitis.- Inflamación de la vulva, la vagina y el tejido endocervical ectópico. Esta inflamación puede acompañarse de leucorrea, prurito, escozor, disuria y dispareunia.

Candidiasis.- Infección frecuente por Hongos oportunistas tipo *Candida albicans*. La mujer embarazada es más susceptible tanto a la colonización como a la infección vaginal por levaduras.

Trichomoniasis.- Causadas por *Trichomona vaginalis*, un protozoo que se contagia fundamentalmente por transmisión sexual. Es habitualmente asintomática en el varón y supone el 20% de todas las vulvovaginitis.

Vaginosis Bacteriana.- Es una entidad clínica que tiende a producir una secreción blanca grisácea, con un olor fétido o “a pescado” que aumenta cuando la secreción se vuelve alcalina. Puede haber discreto prurito o irritación vulvar.

Bacilos de Döderlein.- Flora microbiana vaginal normal constituido por los *Lactobacillus acidophilus*.

Cándida albicans.- Hongo oportunista, del tipo de las levaduras que se encuentra como parte de la flora microbiana intestinal y urogenital.

Flora Vaginal.- Referido a los microorganismos inocuos presente a nivel de la vagina.

Gardnerella vaginalis.- Microorganismo pleomórfico Gram variable, oxidasa y catalasa negativo, no esporulado, no capsulado, inmóvil, anaerobio facultativo, se desarrolla lentamente en una atmósfera enriquecida con dióxido de carbono.

Infección Vaginal.- Denota la implantación y multiplicación de un microorganismo en la vagina.

Lactobacillus.- Género de bacterias Gram positivas inmóviles, que producen la fermentación de la glucosa con formación de ácido láctico (principalmente) y gases.

Factor asociado.- Son condiciones bióticas ó abióticas que están presentes en un determinado lugar o en un grupo de personas que influyen en la adquisición de cualquier nosología.

Leucorrea.- Flujo vaginal anormal de color y olor variable causado por agentes patógenos.

Ph Vaginal.- Refiérase al grado de acidificación de la vagina cuyos rangos normales oscilan entre 3.5 y 4.5.

Test de Aminas.- Procedimiento de laboratorio consistente en la mezcla de KOH al 10% y secreción vaginal, donde al cabo de unos segundos, en caso positivo presentará un mal olor característico (a pescado).

Edad.- Es el tiempo de vida cronológica de una persona desde el nacimiento.

Paridad. Es el número de embarazos y partos ya sean por vía vaginal o cesárea.

Andría.- Es el número de parejas sexuales.

Nivel de instrucción. Es el grado de educación escolarizada que ha alcanzado una persona. Se distingue las siguientes categorías: analfabeta, primaria, secundaria y superior.

Estado civil. Es la condición marital de la persona ante la ley. Sus indicadores son soltera, casada, conviviente, divorciada, viuda.

Condición económica. Está referida al grado de satisfacción de necesidades básicas como alimentación, vestido, educación y salud. Sus indicadores son: alta media y baja.

Coitarquia. Es la edad en la que inició por primera vez las relaciones coitales

2.5. VARIABLES E INDICADORES.

Variable Independiente

Factores asociados:

- Edad
- Paridad
- Nivel de Instrucción
- Estado civil
- Coitarquia
- Condición Económica
- Ocupación
- Número de parejas sexuales

Variable Dependiente

Vulvovaginitis de las gestantes

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	CRITERIOS DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Independiente (Factores Asociados)					
Edad Materna	Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento de la gestante hasta la actualidad	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescente • Adulta joven • Adulta madura 	<ul style="list-style-type: none"> • 10-19 años • 20-35 años • 36 años a mas 	Cuestionario de recolección de datos
Paridad	Es el número total de hijos que ha concebido la madre y ha culminado en aborto o parto.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Nulípara • Primípara • Multípara • Gran multípara 	<ul style="list-style-type: none"> • Primer embarazo • 01 hijo • 2 a 5 hijos • + de 5 hijos 	
Nivel de Instrucción	Es el nivel de escolaridad a la fecha, expresado en años aprobados	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria • Secundaria • Superior 	<ul style="list-style-type: none"> • Sin instrucción • Con Instrucción 	
Estado Civil	Condición de cada persona en relación a los derechos y	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Divorciada • Casada 	<ul style="list-style-type: none"> • Vive sola • Vive con su 	

	obligaciones civiles.		<ul style="list-style-type: none"> • Conviviente 	pareja	
Coitarquia	Año de inicio de las relaciones coitales	Intervalo	<ul style="list-style-type: none"> - Precoz - Intermedio - Adecuado 	11-14 años 15 -18 años 19 a más años	Cuestionario de recolección de datos
Condición Económica	Nivel de ingreso En soles	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Bajo - Medio - Alto 	< 850 soles 850 - 1700 soles >1700 soles	
Ocupación	Actividad temporal o permanente que desempeña dentro de la actividad económica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Estudiante • Empleada • Agricultora 		
Número de parejas sexuales	Es la cantidad con la que ha tenido contactos sexuales	Ordinal	Monógama Polígama	1 2 3 o mas	
Dependiente					
Vulvovaginitis de la gestante	Presencia de Leucorrea patológica inespecífica	Relación	<ul style="list-style-type: none"> • Candidiasis • Trichomoniasis • Vaginosis bacteriana 	Cándida Albicans Trichomona Vag. Gardenella Vaginalis	Resultado del Laboratorio

CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Aplicada

3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Cuantitativa – Clínico

3.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

No experimental

3.4. MÉTODO DE ESTUDIO

Transversal, descriptivo y prospectivo

3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.5.1. UNIVERSO O POBLACIÓN

Estuvo constituido por todas las gestantes que acudieron al Hospital de Kimbiri durante los meses de agosto a octubre de 2016.

3.5.2. MUESTRA

La muestra estuvo constituida por 107 gestantes que acudieron al programa de atención prenatal del Hospital de Kimbiri en el período de agosto a octubre del 2016.

3.5.3. TAMAÑO DE MUESTRA

El tamaño de la muestra fue obtenida mediante la aplicación de la siguiente fórmula estadística:

$$n = \frac{4 \times N \times P \times q}{E^2(N - 1) + 4 \times p \times q}$$

$$n = \frac{4 \times 145 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(145 - 1) + 4 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 106,67$$

$$n = 107$$

Donde:

n= tamaño de muestra

4= constante

N= Población (Según registro del N° de pacientes gestantes de mayo a julio del año 2015)

P= Probabilidad de gestantes con vulvovaginitis

Q= Probabilidad de gestantes sin vulvovaginitis

E= 0.05= 5% error permitido, 95% nivel de confianza.

Criterios de Inclusión:

- Gestantes con diagnóstico de vulvovaginitis.
- Gestantes que acepten participar en el presente estudio.

Criterios de Exclusión:

- Gestantes sin diagnóstico de vulvovaginitis.
- Que no acepten participar en el presente estudio.

3.5.4. TIPO DE MUESTREO

Probabilístico al azar aleatorio simple.

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.6.1. TÉCNICAS

- Aplicación de la encuesta estructurada
- Toma de muestra de secreción vaginal
- Revisión de Historias Clínicas

3.6.2. INSTRUMENTOS

- Ficha de Encuesta Estructurada
- Historias Clínicas
- Equipo para toma de muestra de secreción vaginal

3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

A través del Decanato de la Facultad de Ciencias de la Salud, se solicitó permiso al Director del Hospital de Kimbiri. Obtenido el permiso, se procedió a la identificación de las gestantes de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión; luego se realizó la sensibilización de las gestantes que acudieron al consultorio materno, para facilitar la entrevista y lograr la toma de la muestra de secreción vaginal.

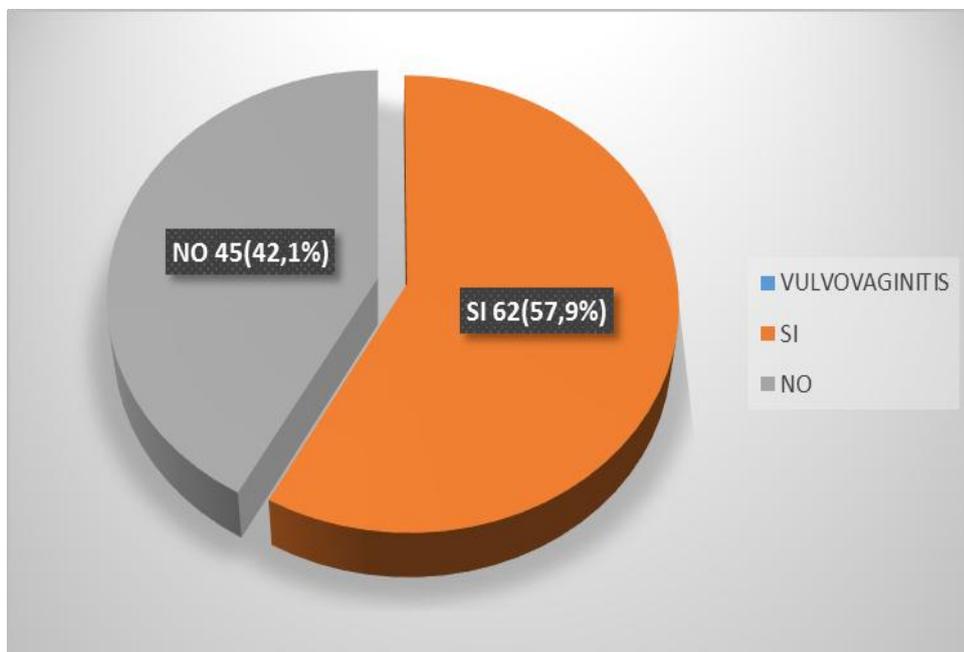
3.8. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se creó una base de datos con los instrumentos de recolección de datos en la hoja de cálculo Excel, seguidamente fueron exportados al

SPSS-IBM versión 22.0 (*Statistical Package For Social Science*), con los cuales se construyeron los cuadros de contingencia de doble entrada, a los cuales se les aplicó la prueba estadística de independencia de Chi Cuadrado, para determinar la dependencia de las principales variables de estudio.

CAPITULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

**GRÁFICO 01: INCIDENCIA DE VULVOVAGINITIS EN GESTANTES.
HOSPITAL DE KIMBIRI, CUZCO. AGOSTO A OCTUBRE 2016.**



Fuente: Ficha de recolección de datos

El gráfico 01 nos muestra la incidencia de vulvovaginitis en gestantes atendidas en el Hospital de Kimbiri, donde se observa que de 100%(107) gestantes en estudio el 57,9%(62) presentaron vulvovaginitis y 42,1%(45) no tuvieron vulvovaginitis.

Del análisis del gráfico se concluye que el 57,9%(62) gestantes tuvieron vulvovaginitis determinado por examen de secreción vaginal.

El embarazo se encuentra dentro de los factores predisponentes para la aparición de infecciones vulvovaginales. En diversos estudios se ha demostrado que las mujeres embarazadas son más susceptibles a la candidiasis vaginal en comparación a las no embarazadas; esta situación puede ser explicada por los altos niveles de estrógeno que se presentan

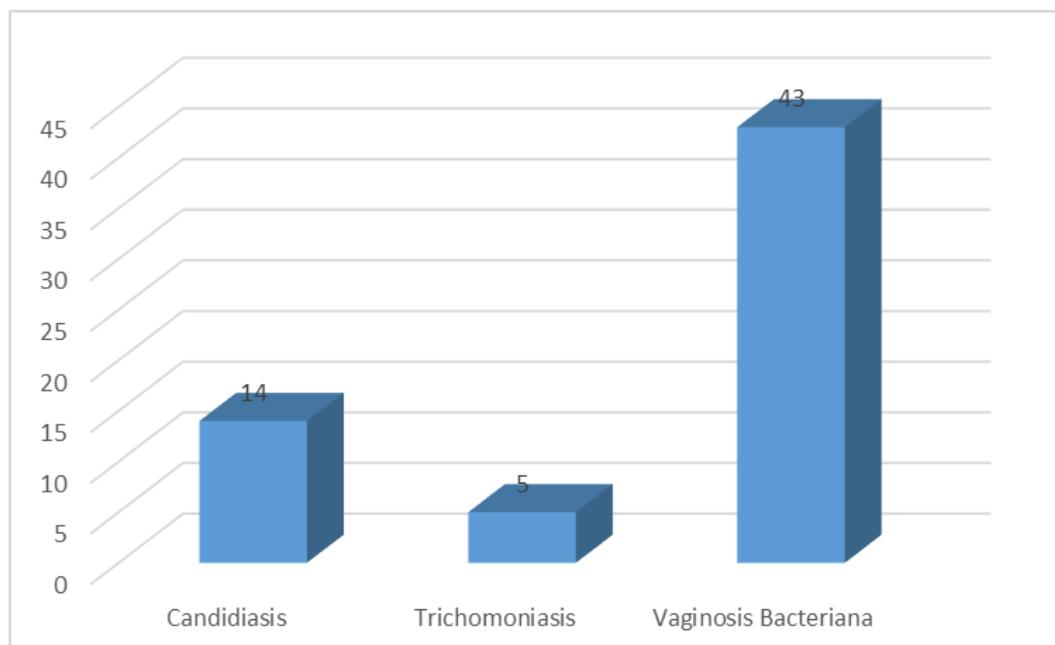
durante el embarazo, los que conllevan a un aumento del glucógeno vaginal, favoreciendo el crecimiento micótico.

En la gestación, la presencia de vulvovaginitis es de gran importancia, ya que está asociada con un alto riesgo de aborto tardío, infección de la cavidad amniótica, ruptura prematura de membranas, trabajo de parto prematuro, prematuridad y recién nacido de bajo peso. El mecanismo por el cual esas complicaciones obstétricas ocurren todavía no está totalmente elucidado, sin embargo se sabe que la vulvovaginitis se constituye en alteración de la flora vaginal que produce endotoxinas, tornando algunas mujeres más susceptibles a iniciar una respuesta inflamatoria con producción de citocinas y prostaglandinas que desencadenan el trabajo de parto. Puede haber ascensión de los microorganismos, invadiendo las membranas corioamnióticas, decidua y líquido amniótico. Se admite, inclusive, la posibilidad de la producción de proteasas por los microorganismos, participando de la patogénesis de la ruptura prematura de membranas

Nuestros resultados coinciden con **Ramos Magali (Tumbes, 2008)** quien estudió la frecuencia de vaginitis y comportamiento sexual en gestantes atendidas en el Hospital de la Región Tumbes, la muestra se obtuvo mediante muestreo probabilístico aleatorio simple, el cual estuvo conformada por 100 gestantes que presentaron flujo vaginal, donde en el diagnóstico por laboratorio se encontró que el 97% de gestantes padecían de vulvovaginitis. Entre los microorganismos más frecuentes resultó la vaginosis bacteriana en el primer lugar con un 55%,

seguida de infecciones vaginales mixtas representadas por un 41% y Trichomoniasis solo el 1%. Solo el 3% de gestantes estuvo exenta de vulvovaginitis

GRÁFICO 02: TIPO DE VULVOVAGINITIS EN GESTANTES, SEGÚN AGENTE ETIOLÓGICO. HOSPITAL DE KIMBIRI, CUZCO. AGOSTO A OCTUBRE 2016.



Fuente: Ficha de recolección de datos

El gráfico 02 nos muestra el tipo de vulvovaginitis en gestantes atendidas en el Hospital de Kimbiri, donde se observa que de 100%(62) gestantes con vulvovaginitis, el 69,4%(43) tuvieron vaginosis bacteriana, seguido de 22,6%(14) presentaron candidiasis vaginal y sólo el 8,1%(05) tuvieron trichomoniasis vaginal.

Del análisis del gráfico se concluye que el 69,4%(43) gestantes con vulvovaginitis tuvieron vaginosis bacteriana, determinado por examen de secreción vaginal.

La flora vaginal normal, conformada por múltiples microorganismos, juega un rol fundamental en la mantención de un ambiente adecuado de defensa contra ciertas infecciones durante el embarazo. Cuando se altera puede dar origen a Vaginosis Bacteriana,

caracterizada por la presencia de múltiples bacterias en número mayor a lo habitual y que en el embarazo pueden potencialmente desencadenar efectos adversos, tanto en la madre como en el feto.

En la vaginosis bacteriana se considera predisponente el inicio temprano de las relaciones sexuales, los dispositivos intrauterinos y el embarazo, y se le relacionado con la utilización frecuente de duchas vaginales. Estudios actuales evidencian una fuerte asociación entre vaginosis bacteriana y transmisión del VIH, pues Vulvovaginitis: microbiología y clínica consideran que el desequilibrio de la flora vaginal presente puede favorecer la seroconversión.

El diagnóstico de laboratorio de la candidiasis vaginal y la tricomoniasis no presenta mayores dificultades porque consiste en detectar un agente etiológico específico. No ocurre lo mismo con la vaginosis bacteriana, que es un síndrome clínico asociado a una disminución en la cantidad de lactobacilos y a un aumento de microorganismos como *Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides* spp., *Prevotella* spp., *Mobiluncus* spp. y *Mycoplasma hominis*, puesto que, a pesar de esa carga microbiana, no se observa respuesta inflamatoria local.

Nuestros resultados son similares a lo descrito por **PEREZ DE LEON, Nicolás (Guatemala; 2013)** en su tesis “Vaginosis bacteriana y amenaza de parto pretérmino. Hospital Nacional de Escuintla. Julio – Diciembre 2010”; donde estudia la vaginosis Bacteriana en mujeres con amenaza de parto pretérmino. Donde la muestra estuvo representada por 535 pacientes embarazadas con edad gestacional entre 28 a 36 semanas

más seis días, por fecha de última regla y ultrasonido obstétrico; y encontró respecto al tipo de vulvovaginitis que el 47,29%(96) corresponde a vaginosis bacteriana, luego 25,62%(52) fue por candidiasis vaginal, el 16,75%(34) representa la trichomoniasis y el 10,34% (21) por vaginitis inespecífica.

Asimismo **Pradenas Marcelo (Chile; 2014)** en su artículo científico “Infecciones cérvico vaginales y embarazo” refiere que en Estados Unidos, la tasa de Vaginosis Bacteriana en embarazadas es de aproximadamente un 16%, siendo diferente este número según grupo racial: 23% en mujeres afroamericanas, 6% en mujeres asiáticas y 4% en mujeres blancas. En Chile, su prevalencia varía entre 27 y 32% en la población general, cifra que se duplica en mujeres con parto prematuro o enfermedad inflamatoria pélvica. La infección puede ser transmitida al feto a través de la placenta, causando en casos extremos la muerte fetal.

TABLA 01: VULVOVAGINITIS EN GESTANTES EN RELACIÓN A LA EDAD. HOSPITAL DE KIMBIRI, CUZCO. AGOSTO A OCTUBRE 2016.

Edad	Vulvovaginitis				TOTAL	
	Si		No			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
14-19 años	04	3,7	20	18,7	24	22,4
20-35 años	49	45,8	21	19,6	70	65,4
36-50 años	09	8,4	04	3,7	13	12,1
TOTAL	62	57,9	45	42,1	107	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 21,635^{**} \quad \chi_t^2 = 5,991 \quad \text{g. l.} = 2 \quad p < 0.05$$

En la tabla 01 se aprecia la edad de las gestantes con vulvovaginitis, en la cual se observa que del 100.0%(107) gestantes en estudio, el 57,9%(62) fueron gestantes con vulvovaginitis, de las cuales el 45,8%(49) fueron gestantes con edades entre 20 a 35 años, luego 8,4%(09) tuvieron entre 36 a 50 años; finalmente sólo el 3,7%(04) fueron gestantes adolescentes con edades entre 14 a 19 años.

Del análisis de la tabla se concluye que el 45,8% fueron gestantes adultas con edades entre 20 a 35 años que presentaron vulvovaginitis.

Al contrastar los resultados con la prueba de Chi cuadrado, se halló evidencia estadística significativa ($p < 0.05$), lo cual nos indica que la edad está asociada con las vulvovaginitis con predominio en las edades de 20 a 35 años.

Coincidimos con lo descrito por **MURILLO, Sandra (Ecuador ; 2013)** en su tesis “Incidencia de candidiasis vaginal en mujeres gestantes entre las edades comprendidas de 20 a los 35 años de edad atendidas en el hospital Verdi Cevallos balda de la ciudad de Portoviejo durante septiembre del 2012 a febrero del 2013”. Estudió a 420 pacientes que acudieron a la atención medica durante el periodo de seis meses que duro el estudio, y la muestra fue escogida de manera aleatoria, y quedando conformada por 134 pacientes, donde obtuvo que 134 presentaron candidiasis que representa un 31.9%, lo que representa una altísima incidencia de mujeres embarazadas que presentaron candidiasis vaginal. El grupo etario más frecuente fue entre las edades de 24 a 27 años con un 38.1%, los signos y síntomas más predominantes fueron el flujo blanquecino con el 38%, las semanas de gestación donde más se diagnosticaron caso de candidiasis fue entre las 31 y 36 semanas con el 36.6%.

**Tabla 02: Vulvovaginitis en gestantes en relación a la paridad.
Hospital de Kimbiri, Cuzco. Agosto a Octubre 2016.**

Paridad	Vulvovaginitis				TOTAL	
	Si		No			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nulípara	07	6,5	21	19,6	28	26,2
Primípara	16	15,0	09	8,4	25	23,4
Múltipara	36	33,6	15	14,0	51	47,7
Gran múltipara	03	2,8	00	00	03	2,8
TOTAL	62	57,9	45	42,1	107	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 18,370^{**} \quad \chi_r^2 = 7,814 \quad \text{g. l.} = 3 \quad p < 0.05$$

La tabla 02 muestra la paridad de las gestantes con vulvovaginitis, en la cual se observa que del 100.0%(107) gestantes en estudio, el 57,9%(62) fueron gestantes con vulvovaginitis, de las cuales el 33,6%(36) fueron múltiparas, luego 15%(16) primíparas; asimismo el 6,5%(07) fueron gestantes nulíparas y sólo 2,8%(03) fueron gran múltiparas con vulvovaginitis.

Del análisis de la tabla se concluye que el 33,6% fueron gestantes múltiparas que presentaron vulvovaginitis.

Al contrastar los resultados con la prueba de Chi cuadrado, se halló evidencia estadística significativa ($p < 0.05$), lo cual nos indica que la paridad está asociada con las vulvovaginitis con predominio en las múltiparas.

Al respecto **PEREZ DE LEON, Nicolás (Guatemala; 2013)** en su tesis “Vaginosis bacteriana y amenaza de parto pretérmino. Hospital Nacional de Escuintla. Julio – Diciembre 2010”; donde estudia la vaginosis Bacteriana en mujeres con amenaza de parto pretérmino. Donde la muestra estuvo representada por (535) pacientes embarazadas con edad gestacional entre 28 a 36 semanas más seis días, por fecha de última regla y ultrasonido obstétrico; y encontró (47.29. %) padece de vaginosis bacteriana. De las pacientes con Vaginosis Bacteriana se determinó lo siguiente: El (35.41%) tenía entre 20-24 años, y respecto a la paridad el 19%(39) eran primíparas, 17%(34) multíparas, y 11%(23) fueron gran multíparas.

TABLA 03: VULVOVAGINITIS EN GESTANTES EN RELACIÓN A LA COITARQUIA. HOSPITAL DE KIMBIRI, CUZCO. AGOSTO A OCTUBRE 2016.

Coitarquia	Vulvovaginitis				TOTAL	
	Si		No			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
11-14 años	41	38,3	32	29,9	73	68,2
15-18 años	18	16,8	13	12,1	31	29,0
19 a más años	03	2,8	00	00	03	2,8
TOTAL	62	57,9	45	42,1	107	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 2,272 \quad \chi_r^2 = 5,991 \quad \text{g. l.} = 2 \quad p > 0.05$$

La tabla 03 muestra la coitarquia de las gestantes con vulvovaginitis, en la cual se observa que del 100.0%(107) gestantes en estudio, el 57,9%(62) fueron gestantes con vulvovaginitis, de las cuales el 38,3%(41) tuvieron su coitarquia entre los 11 a 14 años, luego 16,8%(18) refieren una coitarquia entre los 15 a 18 años; asimismo sólo el 2,8%(03) tuvieron coitarquia después de los 19 años de edad.

Del análisis de la tabla se concluye que el 38,3% fueron gestantes con vulvovaginitis que tuvieron su coitarquia entre los 11 a 14 años de edad.

Al contrastar los resultados con la prueba de Chi cuadrado, no se halló evidencia estadística significativa ($p > 0.05$), lo cual nos indica que la coitarquia no está asociada con las vulvovaginitis de las gestantes.

En la zona del VRAEM el comportamiento sexual de las personas, es un común denominador la coitarquia precoz, lo cual genera riesgo de embarazo precoz y el incremento de infecciones de transmisión sexual. El comienzo precoz de la actividad sexual en la adolescente es un factor de riesgo en la aparición de la vulvovaginitis, en nuestro estudio el 38,3 % de las gestantes con vulvovaginitis las inició entre los 11 y los 14 años, o sea tuvieron relaciones coitales antes de los 15 años.

Asimismo **PEREZ DE LEON, Nicolás (Guatemala; 2013)** en su tesis “Vaginosis bacteriana y amenaza de parto pretérmino. Hospital Nacional de Escuintla. 44,80%(Julio – Diciembre 2010”); donde estudia la vaginosis Bacteriana en mujeres con amenaza de parto pretérmino. Con una muestra representada por (535) pacientes embarazadas, encontró (47.29. %) con vaginosis bacteriana; y respecto a la coitarquia refieren que el 55,20%(53) iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 18 años y el 44,80%(43) después de los 18 años de edad.

TABLA 04: VULVOVAGINITIS EN GESTANTES EN RELACIÓN AL NIVEL DE INSTRUCCIÓN. HOSPITAL DE KIMBIRI, CUZCO. AGOSTO A OCTUBRE 2016.

Nivel de instrucción	Vulvovaginitis				TOTAL	
	Si		No			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primaria	25	23,4	17	15,9	42	39,3
Secundaria	28	26,2	18	16,8	46	43,0
Superior	09	8,4	10	9,3	19	17,8
TOTAL	62	57,9	45	42,1	107	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 1,077$$

$$\chi_r^2 = 5,991$$

$$g. l. = 2$$

$$p > 0.05$$

La tabla 04 muestra el nivel de instrucción de las gestantes con vulvovaginitis, en la cual se observa que del 100.0%(107) gestantes en estudio, el 57,9%(62) fueron gestantes con vulvovaginitis, de las cuales el 26,2%(28) tuvieron nivel de instrucción secundaria, asimismo 23,4%(25) gestantes estudiaron hasta la primaria sólo el 8,4%(09) refieren tener estudios superiores.

Del análisis de la tabla se concluye que el 26,2% fueron gestantes con vulvovaginitis que tuvieron nivel de instrucción secundaria.

Al contrastar los resultados con la prueba de Chi cuadrado, no se halló evidencia estadística significativa ($p > 0.05$), lo cual nos indica que el nivel de instrucción no está asociada con las vulvovaginitis de las gestantes.

Las infecciones vaginales pueden presentarse en cualquier etapa de la vida de la mujer, y con cualquier nivel de instrucción; éstas se deben a malos hábitos higiénicos, alimentación inadecuada, uso de ropa interior sintética, climas cálidos y húmedos como es en el VRAEM, el uso de duchas vaginales, cambios hormonales, tratamiento con antibióticos y otros medicamentos que alteran la flora normal de la vagina. En nuestra casuística el nivel de instrucción no es un factor que influye significativamente en la presencia o no de la vulvovaginitis en las gestantes ($p>0,05$); sin embargo existe predominio de 26,2% de gestantes con nivel de instrucción de secundaria que presentaron las infecciones vaginales.

Nuestros resultados son similares a lo reportado por **Ramos Magali (Tumbes; 2008)** quien estudió la frecuencia de vaginitis y comportamiento sexual en gestantes atendidas en el Hospital de la Región Tumbes, donde en las características generales del público objetivo encontró que el grupo etáreo más afectado fueron las gestantes menores de 25 años en un 63%. y en lo referente al nivel educativo se demostró que el 54% de gestantes refirió haber terminado la secundaria completa, el 19% dejó inconclusa la educación superior, el 24% alcanzó terminar la primaria completa y solo un 3% no logró estudiar.

TABLA 05: VULVOVAGINITIS EN GESTANTES EN RELACIÓN AL ESTADO CIVIL. HOSPITAL DE KIMBIRI, CUZCO. AGOSTO A OCTUBRE 2016.

Estado Civil	Vulvovaginitis				TOTAL	
	Si		No		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Soltera	02	1,9	02	1,9	04	3,7
Conviviente	32	29,9	35	32,7	67	62,6
Casada	28	26,2	08	7,5	36	33,6
TOTAL	62	57,9	45	42,1	107	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 8,766^{**}$$

$$\chi_i^2 = 5,991$$

$$g. l. = 2$$

$$p < 0.05$$

En la tabla 05 presentamos el estado civil de las gestantes con vulvovaginitis, en la cual se observa que del 100.0%(107) gestantes en estudio, el 57,9%(62) fueron gestantes con vulvovaginitis, de las cuales el 29,9%(32) fueron convivientes, asimismo 26,2%(28) refieren ser casadas y sólo el 1,9%(02) de las gestantes fueron solteras.

Del análisis de la tabla se concluye que el 29,9% fueron gestantes con vulvovaginitis que tuvieron estado civil conviviente.

Al contrastar los resultados con la prueba de Chi cuadrado, se halló evidencia estadística significativa ($p < 0.05$), lo cual nos indica que el estado civil está asociada con las vulvovaginitis de las gestantes convivientes.

Estos resultados son similares a lo encontrado por **Ramos Magali**

(Tumbes; 2008) estudió la frecuencia de vaginitis y comportamiento sexual en gestantes atendidas en el Hospital de la Región Tumbes, y evaluó el estado civil resultando que el 67% de las parejas conviven y el 33% estaban casados. En relación a la actividad laboral que ejercían solo el 3% de gestantes estudiaban y el 97% se dedicaban a los cuidados del hogar.

TABLA 06: VULVOVAGINITIS EN GESTANTES EN RELACIÓN A LA CONDICIÓN ECONÓMICA. HOSPITAL DE KIMBIRI, CUZCO. AGOSTO A OCTUBRE 2016.

Condición económica	Vulvovaginitis				TOTAL	
	Si		No			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Baja	13	12,1	28	26,2	41	38,3
Media	46	43,0	12	11,2	58	54,2
Alta	03	2,8	05	4,7	08	7,5
TOTAL	62	57,9	45	42,1	107	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 23,819^{**} \quad \chi_r^2 = 5,991 \quad \text{g. l.} = 2 \quad p < 0.05$$

En la tabla 06 presentamos la condición económica de las gestantes con vulvovaginitis, en la cual se observa que del 100.0%(107) gestantes en estudio, el 57,9%(62) fueron gestantes con vulvovaginitis, de las cuales el 43%(46) tuvieron condición económica media, asimismo 12,1%(13) refieren tener baja condición económica y sólo el 2,8%(03) de las gestantes fueron de alta condición económica.

Del análisis de la tabla se concluye que el 43% fueron gestantes con vulvovaginitis que tuvieron condición económica media.

Al contrastar los resultados con la prueba de Chi cuadrado, se halló evidencia estadística significativa ($p < 0.05$), lo cual nos indica que la condición económica está asociada con las vulvovaginitis de las gestantes de condición económica media.

Estos resultados nos sugieren que la condición económica es importante en todo aspecto de nuestras vidas, toda vez que las personas con alta condición económica tienen buen nivel de educación, siempre están rodeado de información que podrían fácilmente estar a su alcance, además muestran mayor criterio de actitud positiva para la prevención, reconocimiento precoz de signos y síntomas y acudir a un establecimiento de salud para recibir el tratamiento adecuado, más no así una mujer de baja condición económica como la que se reporta en nuestro trabajo, donde existe un predominio de media a baja condición económica (55,1%) los que tienen poco acceso a los servicios de salud o de lo contrario a adquirir los medicamentos necesarios para el diagnóstico y tratamiento adecuado de la vulvovaginitis.

Al respecto **Cerda Nancy y Rojas Lucy (Ayacucho, 2010)** en su tesis “Incidencia y factores asociados a la vulvovaginitis en gestantes adolescentes. Centro de Salud Los Licenciados. Mayo – julio 2010” reportaron que del 100% (70) gestantes, el 87.1% (61) tuvieron condición económica baja, de las cuales el 81.4% (57) tuvieron vulvovaginitis y el 5.7% (4) no; luego el 11.4% (8) tienen condición económica media, de ellas el 8.6%(6) presentan vulvovaginitis y el 2.9%(2) no; finalmente el 1.4%(1) fue de alta condición económica con vulvovaginitis

TABLA 07: VULVOVAGINITIS EN GESTANTES EN RELACIÓN A LA OCUPACIÓN. HOSPITAL DE KIMBIRI, CUZCO. AGOSTO A OCTUBRE 2016.

Ocupación	Vulvovaginitis				TOTAL	
	Si		No			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Agricultora	00	00	01	0,9	01	0,9
Empleada	07	6,5	05	4,7	12	11,2
Ama de casa	52	48,6	27	25,2	79	73,8
Estudiante	03	2,8	12	11,2	15	14,0
TOTAL	62	57,9	45	42,1	107	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 12,253^{**} \quad \chi_r^2 = 7,814 \quad \text{g. l.} = 3 \quad p < 0.05$$

La tabla 07 nos muestra la ocupación de las gestantes con vulvovaginitis, en la cual se observa que del 100.0%(107) gestantes en estudio, el 57,9%(62) fueron gestantes con vulvovaginitis, de las cuales el 48,6%(52) fueron amas de casa, asimismo 6,5%(07) fueron empleadas y sólo el 2,8%(03) de las gestantes fueron estudiantes.

Del análisis de la tabla se concluye que el 48,6% fueron gestantes amas de casa con vulvovaginitis.

Al contrastar los resultados con la prueba de Chi cuadrado, se halló evidencia estadística significativa ($p < 0.05$), lo cual nos indica que la ocupación está asociada con las vulvovaginitis de las gestantes amas de casa.

Nuestros resultados son similares a lo encontrado por **Ramos**

Magali (2008) estudió la frecuencia de vaginitis y comportamiento sexual en gestantes atendidas en el Hospital de la Región Tumbes, y reportó que de las pacientes con resultado de laboratorio positivo a la vulvovaginitis, la actividad laboral u ocupación que ejercían era solo que el 3% de gestantes estudiaban y el 97% eran amas de casa que se dedicaban a los cuidados del hogar.

**TABLA 08: VULVOVAGINITIS EN GESTANTES EN RELACIÓN AL
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES. HOSPITAL DE KIMBIRI, CUZCO.
AGOSTO A OCTUBRE 2016.**

Número de parejas sexuales	Vulvovaginitis				TOTAL	
	Si		No			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
01	06	5,6	20	18,7	26	24,3
02	15	14,0	24	22,4	39	36,4
03 a mas	41	38,3	01	0,9	42	39,3
TOTAL	62	57,9	45	42,1	107	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 46,175^{**}$$

$$\chi_r^2 = 5,991$$

$$g. l. = 2$$

$$p < 0.05$$

La tabla 08 nos muestra el número de parejas sexuales de las gestantes con vulvovaginitis, en la cual se observa que del 100.0%(107) gestantes en estudio, el 57,9%(62) fueron gestantes con vulvovaginitis, de las cuales el 38,3%(41) tuvieron 3 a más parejas sexuales, asimismo 14%(15) tuvieron 2 parejas sexuales y sólo el 5,6%(06) de las gestantes refieren haber tenido 1 sola pareja sexual.

Del análisis de la tabla se concluye que el 38,3% fueron gestantes con vulvovaginitis que tuvieron 3 o más parejas sexuales.

Al contrastar los resultados con la prueba de Chi cuadrado, se halló evidencia estadística significativa ($p < 0.05$), lo cual nos indica que el número de parejas sexuales está asociada con las vulvovaginitis de las gestantes con 3 o más parejas sexuales.

El desarrollo de vulvovaginitis en la mayoría (38,3%) de las gestantes con 3 o más parejas sexuales, estaría causada por la presencia de secreción seminal que generarían el desplazamiento de microflora vaginal normal, así como por el comportamiento sexual promiscuo de la pareja, la mayor frecuencia de relaciones sexuales sin medidas de protección y de higiene; el cual es refrendado por la significancia estadística ($p < 0,05$) que infiere asociación entre el número de parejas sexuales de 3 a más con la vulvovaginitis.

Por otro lado la mujer al tener varias parejas sexuales estos le transfieren en la carga espermática numerosas bacterias genéticamente diferente cada uno de ellos, lo que hace que colonicen la vagina desplazando a las bacterias autóctonas, estas condiciones ecológicas de la población bacteriana cuando son desplazadas por microorganismos no propios establecen numerosos cambios fisiológicos que hace que la vagina responda con las enfermedades que se investiga en esta oportunidad.

Al respecto **Ramos Magali (Tumbes; 2008)** estudió la frecuencia de vaginitis y comportamiento sexual en gestantes quien determinó que el 72% de gestantes con vulvovaginitis presentaron factores de riesgo y solo el 28% no presentó. Asimismo encontró que la mayoría de ellas habían tenido más de un compañero sexual y casi ninguna uso el preservativo con su pareja. Situación que les confiere un riesgo considerablemente alto así como se puede comparar la condición de riesgo del comportamiento sexual entre la gestante y pareja.

CONCLUSIONES

1. La incidencia de vulvovaginitis en gestantes atendidas en el Hospital de Kimbiri, fue de 57,9%(62), de las cuales el 69,4%(43) tuvieron vaginosis bacteriana, seguido de 22,6%(14) presentaron candidiasis vaginal y sólo el 8,1%(05) tuvieron trichomoniasis vaginal.
2. Los factores asociados a la vulvovaginitis en gestantes atendidas en el Hospital de Kimbiri estadísticamente significativo ($p < 0,05$) son: La edad de 20 a 35 años (45,8%), la paridad, las multíparas (33,6%), el estado civil, las convivientes (29,9%), la condición económica media (43%), la ocupación ama de casa (48,6%) y el número de parejas sexuales de 3 o más (38,3%).
3. Los factores no asociados a la vulvovaginitis en gestantes atendidas en el Hospital de Kimbiri ($p > 0,05$) son: la coitarquia (38,3%) y el nivel de instrucción (26,2%).

RECOMENDACIONES

1. El personal de Obstetricia del Hospital de Kimbiri debe de realizar actividades de información, educación y comunicación a todas las gestantes sobre los factores que predisponen al desarrollo de las vulvovaginitis con la finalidad de disminuir la incidencia de las mismas y evitar las complicaciones materno fetales.
2. Captar a todas las mujeres en edad fértil y principalmente a las gestantes con factores de riesgo de síndrome de flujo vaginal tales como; gestantes multíparas, convivientes de condición económica media con ocupación ama de casa y número de parejas sexuales de 3 o más; a fin de realizar el diagnóstico precoz de la vulvovaginitis, darles el tratamiento respectivo y de esta manera evitar posibles complicaciones que se presentan durante el embarazo.
3. Realizar otras investigaciones comparativas, analíticas de profundidad referente al tema, como son las complicaciones que se presentan en las gestantes con vulvovaginitis.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Pradenas A, Marcelo. Infecciones cervicovaginales y embarazo. Unidad de Medicina Materno Fetal. Departamento Ginecología y Obstetricia. Clínica Las Condes. Rev. Med. Clin. Condes-2014;25(6) 925-935. Santiago de Chile, 2014.
2. Amiquero A., Bermuda E. Vaginitis por Gardnerella Vaginalis, mediante la prueba del Papanicolaou en mujeres en edad fértil. Distrito de Sivia, Provincia de Huanta – Ayacucho” Setiembre – Noviembre del 2000. Tesis UNSCH. 2001.
3. Murillo, Sandra. Incidencia de candidiasis vaginal en mujeres gestantes entre las edades comprendidas de 20 a los 35 años de edad atendidas en el hospital Verdi Cevallos balda de la ciudad de Portoviejo durante septiembre del 2012 a febrero del 2013, propuesta de protocolo de atención. Tesis Escuela de Obstetricia, Universidad Estatal de Guayaquil. Ecuador 2013.
4. Barbosa G, Sánchez P. *Vulvovaginitis bacteriana en la prepuber.* Rev Chil Obstet Ginecol 2005; 70: 99-102.
5. Pérez De León, Nicolás. Vaginosis bacteriana y amenaza de parto pretérmino. Hospital Nacional de Escuintla. Julio – Diciembre 2010. Tesis Universidad de San Carlos de Guatemala 2013.
6. Flores, Rosalinda. Prevalencia de vaginosis bacteriana en una clínica universitaria. México. 2002.

7. Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento de la infección vaginal en obstetricia. Guía de Práctica Clínica. Quito: MSP; 2014. Disponible en: <http://somossalud.msp.gob.ec/>
8. Cortez, Luis y Razzo Mónica. Prevalencia de Trichomonas vaginalis en gestantes. Instituto materno perinatal de Lima, mayo-julio 2004. Tesis Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú 2004
9. Cutie, María. Vaginosis bacteriana en madres adolescentes. Cuba. 2002.
10. Cevallos C, Mónica M. Vaginosis bacteriana como factor de riesgo preconcepcional y del embarazo. Tesis Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Guayaquil, Ecuador 2011.
11. Fosh S, Et Al. *Vulvovaginitis: correlación con factores predisponentes, aspectos clínicos y estudios microbiológicos.* Revista Argentina de Microbiología (2006) 38: 202-205
12. Garcia Heredia, M. *Prevalencia de Vulvovaginitis en Embarazadas.* Revista Argentina de Microbiología (2006) 38: 9-12
13. Medina, G. Prevalencia de vaginitis y vaginosis bacteriana en pacientes con flujo vaginal anormal en HNAL. (Tesis Bachiller) UPCH, 1999.
14. Moquillaza, María. Vaginosis bacteriana y periodo de latencia de ruptura de membranas ovulares en gestantes a término atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho, Noviembre 2000 – Noviembre 2001.

15. Ortiz, Cecilia. Vaginosis bacteriana en mujeres con leucorrea. Cuba. 2001.
16. Prado, A. y Mere, J. Riesgo de complicaciones de la vaginosis bacteriana no tratada en gestantes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Revista de Ginecología y Obstétrica. Lima. Vol. 47 N° 3 Julio- 2001.
17. Mongrut Steane A. Tratado De Obstetricia Normal Y Patológica. 4ta: Edición. Lima. Perú. 2000.
18. Pinto V. Diagnóstico de vaginosis bacteriana en mujeres en edad fértil a través de los criterios de Amsel y la Eficacia del Metronidazol en el tratamiento. Consultorio de Ginecología. Hospital Regional de Ayacucho. Noviembre 1997 – Abril 1998. Tesis UNSCH.
19. Rivero, M, Diaz, J y Centeno, S. Frecuencia de especies de Candida aisladas en pacientes embarazadas con vulvovaginitis. Rev. Soc. Ven. Microbiol., jul. 2003, vol.23, no.2, p.148-152. ISSN 1315-2556.
20. Soto R. Factores de Riesgo y Prevalencia de Candidiasis Vaginal En Mujeres Sexualmente Activas. Hospital Regional De Ayacucho. Noviembre 2000 – Marzo 2001. Tesis Biología UNSCH.
21. Schwartz R. Obstetricia. 4ta edición. Editorial el ateneo. Argentina. 1997
22. Ciudad Reynault, Antonio. Simposio, “Infecciones vaginales por Cándida: Diagnóstico y Tratamiento”. Rev Per Ginecol Obstet. 2007;53:159-166

23. Ramos t, Lily Magali. Frecuencia de vaginitis y comportamiento sexual en gestantes atendidas en el Hospital de la Región de Tumbes, 2008. Tesis de Maestría en Salud Comunitaria. Escuela de Posgrado. Universidad Nacional de Tumbes.
24. Cerda Nancy y Rojas Lucy. Incidencia y factores asociados a la vulvovaginitis en gestantes adolescentes. Centro de Salud Los Licenciados. Mayo – julio 2010. Tesis Facultad de Obstetricia. UNSCH. 2010.

A N E X O

3. 19 a más años ()

2.3. Número de compañeros sexuales:

1 ()

2 ()

3 ()

>3 ()

1. SINTOMAS VULVOVAGINALES

Prurito: Si () No ()

Ardor/quemazón/dolor: Si () No ()

Dispareunia: Si () No ()

Disuria: Si () No ()

Mal olor: Si () No ()

Mal olor postcoital: Si () No ()

Color de la secreción: Transparente () blanco ()

Amarillo () verde ()

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

EXAMEN DE LABORATORIO

a. Vulvovaginitis: Si () No ()

a. Candidiasis ()

b. Trichomoniasis ()

c. Vaginosis Bacteriana ()

d. Mixta ()

.....