

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO Y
MICROBIOLÓGICO DE LA VULVOVAGINITIS DE LAS
GESTANTES ATENDIDAS EN CONSULTORIOS
MATERNO PERINATAL DEL HOSPITAL SERGIO E.
BERNALES, JULIO-DICIEMBRE DEL 2017**

TESIS

**PRESENTADA POR BACHILLER
KATHERINE MAURA ZVALETA RAMOS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

LIMA – PERÚ

2018

ASESOR

DRA. ROSA BERTHA GUTARRA VILCHEZ

AGRADECIMIENTO

A mis padres por su apoyo incondicional y a mis docentes que día a día nos brindan sus conocimientos.

DEDICATORIA

A la Virgen de la Candelaria y a todos los que apoyaron en la realización de este trabajo de investigación

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar el perfil epidemiológico, clínico y microbiológico de la vulvovaginitis en gestantes atendidas en consultorios materno perinatal del Hospital Sergio E. Bernales, Julio-diciembre del 2017

MATERIAL Y MÉTODOS: tipo de estudio observacional de diseño transversal y retrospectivo. La población de estudio está constituida por todas las pacientes atendidas en el consultorio materno perinatal del Hospital Sergio E. Bernales, cuyos criterios de inclusión fue ser gestante de 15 a 35 años atendidas en consultorio materno perinatal del hospital con sintomatología clínica y sin tratamiento oral ni sistémico en las dos últimas semanas. La muestra fue de 116 gestantes calculada con el software del IMIM que ingresaron de forma probabilística simple a partir de 1152. Se realizaron análisis univariados utilizando el SPSS versión 21.

RESULTADOS: En el perfil epidemiológico según su distribución demográfica las principales características son: según la distribución de edades de 15 – 20 años (27.59%), solteras (40.52%), grado de instrucción secundaria (45.69%). Por antecedentes Gineco-obstétricos: según edad gestacional el 67.24% se encuentra en el II trimestre. Por paridad: Multigestas representan el 56.03%, por métodos anticonceptivos las ampollas mensuales representan el 51%. Características clínicas: Flujo vaginal abundante con 53.03%, flujo con mal olor 75.86%, con flujo blanco fue 41.38% y prurito con 55.17%. Perfil microbiológico, predominio de Gardnerella v. con 38.89%.

CONCLUSIONES: Determinamos que el grupo etario afectado es de 15- 20 años, solteras con grado de instrucción secundaria, multigestas con presencia de flujo vaginal abundante, mal olor, prurito, de color blanco y diagnóstico de vaginosis bacteriana.

PALABRAS CLAVES: *vulvovaginitis, vaginosis bacteriana, tricomoniasis.*

ABSTRACT

OBJETIVE: To determine the epidemiological clinical, and microbiological profile of vulvovaginitis in pregnant women seen in maternal and perinatal offices of the Sergio E. Bernales Hospital, July-December 2017.

MATERIAL AND METHODS: Observational study of transversal and retrospective design. The study population is constituted by all the patients attended in the perinatal maternity clinic of the Sergio E. Bernales Hospital, whose inclusion criteria was to be pregnant with ages from 15-35 years attended the perinatal maternal clinic of the hospital with clinical symptoms and not having received oral or systemic treatment in the last two weeks. The sample consisted of 116 pregnant women calculated with the IMIM software that entered in a simple probabilistic manner after 1152. Univariate analyzes were performed using the SPSS version 21.

RESULTS: In the epidemiological profile according to their demographic distribution the main characteristics are: according to the distribution of ages of 15 - 20 years (27.59%), single (40.52%), secondary education degree (45.69%). By gynecological-obstetric history: according to gestational age 67.24% is in the II quarter. By parity: Multigesta represent 56.03%, by contraceptive methods monthly blisters represent 51%. Clinical characteristics: Abundant vaginal discharge with 53.03%, flow with bad smell 75.86%, with white flow was 41.38% and pruritus with 55.17%. Microbiological profile, predominance of Gardnerella v. with 38.89%

CONCLUSIONS: We determined that the affected age group of 15-20 years mostly unmarried with secondary education, multigesta with presence of abundant vaginal discharge, bad smell, grayish with pruritus and diagnosis of bacterial vaginosis.

KEY WORDS: *vulvovaginitis, bacterial vaginosis, trichomoniasis*

PRESENTACIÓN

La vulvovaginitis es actualmente una de las patologías más atendidas en consultorios por mujeres en edad fértil siendo el síntoma predominante la presencia de flujo vaginal el cual genera problemas en el estilo de vida sexual y personal. En mujeres embarazadas presenta una prevalencia a nivel internacional que va desde el 6% a 32% asociadas a múltiples microorganismos y a nivel nacional refieren que la candidiasis presenta una prevalencia 11,8%, la prevalencia de tricomoniasis fue de 1,4% y de vaginosis bacteriana 23,7%.

La importancia del estudio de esta patología es por su asociación a un número importante de complicaciones obstétricas como: parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, corioamnionitis, endometritis posparto, infecciones por cesáreas, aborto espontáneo.

Asimismo, conoceremos a los patógenos principalmente relacionados a la vulvovaginitis como: *Gardnerella vaginalis*, *Trichomonas vaginalis* y *Cándida albicans*.

Este trabajo cuenta de 5 capítulos. En el primer capítulo, se trata acerca de nuestro problema de investigación y de los objetivos general y de los específicos.

En el segundo capítulo, se avoca a conocer los antecedentes bibliográficos de nuestro tema, así como la definición de los conceptos operacionales más tratados en nuestro estudio.

En el tercer capítulo se describe la metodología de investigación sobre el tipo y área de estudio así mismo la técnica instrumento y diseño para la recolección de datos.

En el cuarto capítulo, conoceremos los resultados y la discusión del análisis de datos.

En el quinto capítulo, se presenta las conclusiones y recomendaciones en base a nuestro problema de investigación.

INDICE

CARÁTULA.....	I
ASESOR.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
DEDICATORIA.....	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VI
PRESENTACION.....	VII
INDICE.....	VIII
LISTA DE TABLAS.....	X
LISTA DE GRAFICOS.....	XII
LISTA DE ANEXOS.....	XIV
CAPITULO I: EL PROBLEMA.....	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	2
1.4 OBJETIVOS.....	3
1.4.1 GENERAL.....	3
1.4.2 ESPECÍFICOS.....	3
1.5 PROPÓSITO.....	3
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....	4
2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	4
2.2 BASE TEÓRICA.....	11
2.3 HIPÓTESIS.....	22
2.4 VARIABLES.....	22
2.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.....	23

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	24
3.1 TIPO DE ESTUDIO	24
3.2 ÁREA DE ESTUDIO.....	24
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	24
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE RECOLECCIÓN DE DATOS	25
3.5 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	26
3.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	26
CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	27
4.1. RESULTADOS	27
4.2. DISCUSIÓN.....	44
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	46
5.1. CONCLUSIONES.....	46
5.2. RECOMENDACIONES	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
ANEXOS	51

LISTA DE TABLAS

TABLA N°1: Distribución por edad en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el hospital Sergio E. Bernales	27
TABLA N°2: Distribución por estado civil en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el hospital Sergio E. Bernales.....	28
TABLA N°3: Distribución por grado de instrucción en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el hospital Sergio E. Bernales.....	29
TABLA N°4: Distribución por edad gestacional en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el hospital Sergio E. Bernales.....	30
TABLA N°5: Distribución por ocupación en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el hospital Sergio E. Bernales	31
TABLA N°6: Distribución por paridad en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el hospital Sergio E. Bernales.....	32
TABLA N°7: Distribución por métodos anticonceptivos en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el hospital Sergio e. Bernales.....	33
TABLA N°8: Distribución por flujo vaginal en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el hospital Sergio E. Bernales.....	34
TABLA N°9: Distribución por mal olor en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el hospital Sergio E. Bernales	35
TABLA N°10: Distribución por color de la secreción en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el hospital Sergio E. Bernales.....	36
TABLA N° 11:Distribución de prurito en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el hospital Sergio E. Bernales.....	37
TABLA N° 12: Distribución de las gestantes según presencia de Gardnerella en coloración Gram- hospital Sergio E. Bernales	38

TABLA N° 13: Distribución de las gestantes según presencia de Tricomonas en examen en fresco- hospital Sergio E. Bernales.....	39
TABLA N° 14: Distribución de las gestantes según presencia de Cándida en examen fresco y cultivo de secreción vaginal- hospital Sergio E. Bernales...40	40
TABLA N° 15: Distribución de las gestantes según presencia de Gardnerella, Tricomonas y cándida en el hospital Sergio E. Bernales 2017.....	41
TABLA N° 16: Perfil epidemiológico, clínico, microbiológico de las gestantes atendidas en consultorios materno perinatales	42

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°1: Distribución por edad en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el hospital Sergio E. Bernales	27
GRÁFICO N°2: Distribución por estado civil en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el hospital Sergio E. Bernales	28
GRÁFICO N°3: Distribución por grado de instrucción en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el hospital Sergio E. Bernales.....	29
GRÁFICO N°4: Distribución por edad gestacional en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el hospital Sergio E. Bernales	30
GRÁFICO N°5: Distribución por ocupación en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el hospital Sergio E. Bernales	31
GRÁFICO N°6: Distribución por paridad en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el hospital Sergio E. Bernales.....	32
GRÁFICO N°7: Distribución por métodos anticonceptivos en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el hospital Sergio e. Bernales.....	33
GRÁFICO N°8: Distribución por flujo vaginal en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el hospital Sergio E. Bernales.....	34
GRÁFICO N°9: Distribución por mal olor en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el hospital Sergio E. Bernales	35
GRÁFICO N°10: Distribución por color de la secreción en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el hospital Sergio E. Bernales.....	36
GRÁFICO N° 11:Distribución de prurito en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el hospital Sergio E. Bernales.....	37
GRÁFICO N° 12: Distribución de las gestantes según presencia de Gardnerella en coloración Gram- hospital Sergio E. Bernales	38

GRÁFICO N° 13: Distribución de las gestantes según presencia de Tricomonas en examen en fresco- hospital Sergio E. Bernales.....	39
GRÁFICO N° 14: Distribución de las gestantes según presencia de Cándida en examen fresco y cultivo de secreción vaginal- hospital Sergio E. Bernales.....	40
GRÁFICO N° 15: Distribución de las gestantes según presencia de Gardnerella, Tricomonas y cándida en el hospital Sergio E. Bernales 2017...	41

LISTA DE ANEXOS

ANEXO N° 1: Operacionalización de variables.....	52
ANEXO N° 2: Instrumentos.....	55
ANEXO N° 3: Validez de instrumentos- juicio de expertos.....	56
ANEXO N° 4: Matriz de consistencia.....	59
ANEXO N° 5: Carta de presentación.....	64
ANEXO N° 6: Autorización para la aplicación de instrumento.....	65

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se considera a la vulvovaginitis uno de los trastornos ginecológicos más prevalente en mujeres en edad reproductiva. La infección vaginal es una de las razones principales de las visitas de mujeres adultas al ginecólogo y demás profesionales en atención primaria por las molestias que estas originan debido a una alteración en el ecosistema de la vagina. El embarazo es un periodo en el cual muchas mujeres están expuestas a padecer infecciones vaginales y en la actualidad ha aumentado su frecuencia¹.

Se puede evidenciar que la gestante convive con estas infecciones y en ocasiones pasan inadvertidas, por tanto esto constituye un grave problema de salud puesto que esta patología está relacionada con complicaciones obstétricas como: ruptura prematura de la membrana, parto pretérmino, bajo peso del recién nacido, corioamnionitis y problemas ginecológicos poniendo en riesgo la vida de la madre y el niño. Los reportes mencionan un 10% y 40% de gestantes afectadas^{2, 29}.

Los medicamentos son usados para prevenir partos pretérmino cuando es indicado en embarazos tempranos y en mujeres con factores de riesgo. Si la colonización anormal permanece sin ser tratada, la posibilidad de que los microorganismos asciendan a través del cérvix e inicien una respuesta inflamatoria conducirá a la contracción. Como tratamiento de esta entidad en el embarazo pueden usarse los antibióticos intravaginales o combinación de antibióticos intravaginales y orales para mejorar el resultado^{3,30}.

En el estudio aleatorizado realizado por López et al. Mencionan que la prevalencia de vaginosis bacteriana es de 23,7% en mujeres que asistieron a consultorios ginecológicos siendo clamidia 9%, y Trichomonas de 2.4% en más de 100,000 jóvenes, aparentemente sanas, de la zona urbana de más 20 ciudades de nuestro país⁴.

La vulvovaginitis durante el embarazo conlleva consecuencias al feto y por ende a las condiciones del parto, sin embargo, en la actualidad lo que se busca es hacer diagnóstico temprano y evitar complicaciones materno-perinatal^{1,5}.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el perfil clínico, microbiológico y epidemiológico de la vulvovaginitis de las gestantes atendidas en consultorio materno perinatal del hospital Sergio E. Bernales, Julio- Diciembre del 2017?

- ✓ ¿Cuál es el perfil epidemiológico de las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el consultorio materno perinatal del hospital Sergio E. Bernales, Julio- Diciembre del 2017?
- ✓ ¿Cuál es el perfil clínico de las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el consultorio materno perinatal del hospital Sergio E. Bernales, Julio-Diciembre del 2017?
- ✓ ¿Cuál es el perfil microbiológico de las secreciones vaginales de las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el consultorio materno perinatal del hospital Sergio E. Bernales, Julio - Diciembre del 2017?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La vulvovaginitis es una infección de la vulva y/o vagina que afecta la salud de la mujer por tanto debe de ser identificada y tratada tempranamente así disminuimos las complicaciones como: abortos, partos pretérmino y ruptura prematura de membranas, cáncer, enfermedad inflamatoria pélvica, esterilidad en algunos casos, salpingitis, endometritis y hay un aumento de la morbilidad materno perinatal. Es por ello que identificar, diagnosticar y tratar a las gestantes con esta patología es importante, con esto no solo salvamos la vida de la madre sino también disminuimos la morbimortalidad materno perinatal y disminuir costos en terapia hospitalaria y terapia intensiva neonatal.

La importancia de este estudio permite conocer el perfil epidemiológico, clínico y microbiológico de la vulvovaginitis en las gestantes, su impacto podría

extenderse a otras áreas de interés y otros grupos sociales.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 GENERAL

- ✓ Conocer el perfil epidemiológico, clínico y microbiológico de la vulvovaginitis en las gestantes atendidas en el consultorio materno perinatal del hospital Sergio E. Bernales, Julio-Diciembre del 2017.

1.4.2 ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar el perfil epidemiológico de las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el consultorio materno perinatal del hospital Sergio E. Bernales, Julio- Diciembre del 2017
- ✓ Conocer el perfil clínico de las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el consultorio materno perinatal del hospital Sergio E. Bernales, Julio-Diciembre del 2017
- ✓ Conocer el perfil microbiológico de las secreciones vaginales de las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el consultorio materno perinatal del hospital Sergio E. Bernales, Julio - Diciembre del 2017.

1.5 PROPÓSITO

Nuestro propósito es dar conocer la sintomatología de los patógenos causantes de esta infección en las mujeres gestantes conociendo de ellas sus componentes sociodemográficas. Esta investigación servirá como fuente de información para futuras investigaciones en esta patología.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Internacionales:

En un estudio realizado por Janulaitiene y colaboradores en el 2017 Con el objetivo: analizar la prevalencia y la distribución de los subgrupos (clados) de *G. vaginalis* en muestras vaginales vaginosis bacteriana (n = 29), BV parcial (n = 27) y BV-negativas (n = 53) de mujeres lituanas debido a que las bacterias asociadas a vaginosis bacteriana se relacionan con un mayor riesgo de parto prematuro y resultados neonatales adversos. El método de laboratorio aceptado como el estándar de oro para determinar vaginosis bacteriana es la microscopía en frotis vaginal teñidas con Gram. Porque tanto el sistema de puntuación Nugent como los criterios de Amsel utilizados en la práctica clínica tienen sus limitaciones. Métodos: Las muestras vaginales se caracterizaron por los criterios de Amsel y el método de Nugent. Las características bacterianas y las infecciones concomitantes se identificaron por cultivo y PCR. Todos habían acudido a la clínica para un examen ginecológico de rutina o con quejas de picazón vaginal, sensaciones de ardor o aumento y/o mal olor descarga. A todos los participantes se les pidió que completaran un cuestionario sobre el uso actual de anticonceptivos hormonales, ciclo menstrual y frecuencia de infecciones vaginales. Resultados: *G. vaginalis* se encontró en el 87% de las mujeres sin vaginosis bacteriana. De las 119 muestras 29 (24,4%) se identificaron como positivas para vaginosis bacteriana. De las 29 muestras BV positivas analizadas encontró que 8 eran positivas para *Cándida* (todas *C. albicans*). Los pacientes que fueron positivos para la colonización de vaginosis bacteriana y *Cándida* informaron síntomas de "secreción vaginal anormal" (8/8) y "prurito vaginal" (3/8). Clade 4 fue detectado con mayor frecuencia (79.4%), seguido por clade 1 fue 63.7%, clade 2 fue 42.2% y clade 3 fue 15.7%. Las comunidades de *G. cladis* de múltiples clados mostraron una asociación positiva con la puntuación de

Nugent (NS) ≥ 4 (OR 3,64, IC del 95%: 1,48 a 8,91; $p = 0,005$). Clade 1 y clade 2 fueron estadísticamente significativamente más comunes en las muestras con NS 7-10 (OR 4.69, IC 95% 1.38-15.88, $p = 0.01$ y OR 6.26, IC 95% 2.20-17.81, $p \leq 0.001$, respectivamente). Clade 3 y clade 4 no mostraron asociación con alto NS (OR 0,88, IC del 95%: 0,26 a 3,04; $p = 1,00$ y OR 1,31; IC del 95%: 0,39 a 4,41; $p = 0,767$, respectivamente). El gen que codifica la sialidasa se detectó en todos los aislados de clade 1 y 2, pero no en los aislados de clade 4⁶.

En un estudio realizado por Machado y colaboradores en el 2017 con el objetivo de determinar la prevalencia de la colonización vaginal por *Gardnerella v.* y de la vaginosis bacteriana (BV) en mujeres gestantes portuguesas e identificar los factores de riesgo para la colonización de vaginosis bacteriana y *G. vaginalis* en el embarazo. Métodos. Se realizó un estudio transversal entre mujeres embarazadas de 18 años que asistían en dos hospitales públicos de la región noroeste de Portugal. Los datos epidemiológicos se recolectaron mediante cuestionario anónimo. Vaginosis bacteriana fue diagnosticado por los criterios de Nugent y la presencia de *G. vaginalis* se identificó por la reacción en cadena de la polimerasa. Las asociaciones brutas entre las variables del estudio y la colonización vaginosis bacteriana o *G. vaginalis* se cuantificaron por odds-ratios (OR) y sus intervalos de confianza (IC) del 95%. Resultados. Las prevalencias de BV y de colonización de *G. vaginalis* entre las mujeres embarazadas portuguesas fueron 3,88% y 67,48%, respectivamente. El parto pretérmino previo y la colonización por *G. vaginalis* fueron factores con OR muy alto, pero solo estadísticamente significativos para un IC del 90%. Por el contrario, se encontraron tasas más altas de colonización por *G. vaginalis* en mujeres con nivel educativo básico (OR D 2,77; IC del 95% [1,33- 5,78]), durante el segundo trimestre del embarazo (ORD6.12, 95% CI [1.80- 20.85]) y con flora BV (O D 8,73, IC del 95% [0,50- 153.60])⁷.

En un estudio realizado por Foxman y colaboradores en el 2014 menciona

que la infección del tracto genital representa aproximadamente el 25-40% de todos los partos prematuros su estudio tiene como objetivo: Evaluar la relación entre el nacimiento prematuro y los taxones bacterianos vaginales seleccionados asociados con el nacimiento prematuro ya sea directamente o a través de su asociación con la vaginosis bacteriana. Método: El líquido vaginal para la tinción de Gram se recogió entre las semanas 17 y 22 de gestación como parte de un ensayo aleatorizado de cerclaje indicado por ultrasonido para la prevención del parto prematuro en mujeres con alto riesgo de parto pretérmino espontáneo. Resultados: Entre los 499 participantes, el micoplasma se correlacionó positivamente con un mayor riesgo de prematuridad (cociente de riesgos [RR], 1,83; intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,52e2,22) al igual que *Mobiluncus* (RR, 1,36; IC del 95%: 1,07e1,73) y *Atopobium* (RR, 1,44; IC del 95%, 1,1e1,87). Sin embargo, hubo fuertes interacciones entre la raza / grupo étnico y la presencia de estos y otros taxones individuales sobre el riesgo de parto prematuro. Por el contrario, las bacterias asociadas a la vaginosis bacteriana (BVAB) -3 se asociaron consistentemente con una reducción en el riesgo de parto prematuro para todos los grupos raciales / étnicos (0,55; IC del 95%; 0,39e0,78)⁸.

En un estudio realizado por Bretelle y colaboradores en el 2015 con el Objetivo: Determinar si la vaginosis bacteriana es un factor de riesgo para el nacimiento prematuro. Los diversos métodos convencionales para su diagnóstico son laboriosos y no fácilmente reproducibles. Los métodos de cuantificación molecular se han informado recientemente, pero los factores de riesgo específicos que podrían identificar no están claros. Métodos: Un estudio prospectivo multicéntrico nacional incluyó mujeres embarazadas en riesgo de parto prematuro. Una herramienta molecular cuantitativa que usa un ensayo de reacción en cadena de polimerasa en tiempo real específico y diluciones en serie de una suspensión de plásmido cuantificó *Atopobium vaginae*, *Gardnerella vaginalis*, lactobacilos, *Mycoplasma hominis* y el gen de albúmina humana (para control de calidad). Resultados: En 813 embarazos, las altas cargas vaginales de uno o ambos de *A. vaginae* y *G. vaginalis* se

asociaron con parto prematuro (cociente de riesgo [HR], 3,9; intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,1-14,1; $p = 0,031$). Una alta carga vaginal de *A. vaginae* se asoció significativamente con un tiempo más corto para el parto y, por lo tanto, la duración del embarazo. Estos tiempos fueron, respectivamente, 152,2 y 188,2 días (HR, 5,6; IC del 95%, 1,5-21,3; $p < 0,001$) antes de las 22 semanas, 149,0 y 183,2 días (CRI, 2,8; IC del 95%, 1,1-8,2; $P = .048$) antes de las 28 semanas, y 132,6 y 170,4 días (HR, 2,2, IC 95%, 1,1-4,6; $P = .033$) antes de las 32 semanas. Después del análisis multivariable, los niveles de *A. vaginae* ≥ 108 copias / ml permanecieron significativamente asociados con el parto antes de las 22 semanas de gestación (HR ajustada, 4,7; IC del 95%, .2-17,6; $p = 0,014$)⁹.

En un estudio realizado por Haahr y colaboradores en el 2016 con el Objetivo: Producir una recomendación clínica basada en GRADE debido a la presencia de vaginosis bacteriana durante la gestación puede estar asociado a un mayor riesgo de parto prematuro espontáneo; Además averiguaremos si las mujeres embarazadas con vaginosis bacteriana positivo se benefician o no del tratamiento para reducir el riesgo de parto prematuro espontáneo. Material y métodos. Se realizaron búsquedas sistemáticas de literatura en las siguientes bases de datos: Guidelines International Network: GIN, Medline, Embase, The Cochrane Database of Systematic Reviews, Web of Science y <http://www.clinicaltrials.gov> de 1999 a 3 de octubre de 2014. Por lo tanto, nueve se incluyeron guías, 34 revisiones, 18 ensayos controlados aleatorios y 12 estudios observacionales. Resultados. La calidad de la evidencia de GRADE fue consistentemente baja o muy baja, principalmente porque ninguna de las razones de riesgo (RR) para el riesgo de sPTD a < 37 semanas fue estadísticamente significativa. Con respecto al tratamiento con metronidazol, el RR fue 1.11 (IC 95% 0.93-1.34) en embarazos de bajo riesgo y 0.96 (IC 95% 0.78-1.18) en embarazos de alto riesgo. Con respecto al tratamiento con clindamicina en cualquier edad gestacional, el RR fue de 0,87 (IC del 95%: 0,73 a 1,05)¹⁰.

Nacionales:

En un estudio realizado por López y colaboradores en el 2016 con el Objetivo: Determinar la prevalencia de vaginosis bacteriana y demás factores asociados en la mujer peruana de 18 - 29 años en 20 ciudades del Perú a partir de datos del proyecto PREVEN. Materiales y métodos: tipo de estudio transversal, se realiza previa selección de muestras de flujo vaginal en láminas portaobjetos. Las láminas fueron teñidas usando la coloración de Gram para luego ser observadas al microscopio y hacer uso del puntaje de Nugent, el diagnóstico de Vaginosis bacteriana tuvo como puntajes de 7-10. Se estiman razones de prevalencias e intervalos de confianza al 95% haciendo uso del modelo lineal generalizado. Resultados. Contestaron a la encuesta epidemiológica un total de 6322 mujeres las cuales también proporcionaron muestras vaginales. La prevalencia de Vaginosis bacteriana fue de 23,7% (IC95%: 22,6–24,7) se asoció a un mayor número de parejas sexuales durante los últimos doce meses (RP: 1,22, IC 95%: 1,03–1,44, $p=0,020$; para 2 parejas y RP: 1,46, IC 95%: 1,23–1,74, $p<0,001$ para 3 ó más parejas), no usar preservativo en el último contacto sexual (RP: 1,16, IC 95%: 1,01–1,34, $p=0,034$), ser poblador de la sierra (RP: 1,18, IC 95%: 1,05–1,31, $p=0,004$) presentar flujo vaginal con mal olor o anormal (RP: 1,20, IC 95%: 1,09–1,33, $p<0,001$). Así mismo se debe de tratar la vaginosis bacteriana porque conlleva a problemas parto prematuro, ruptura prematura de membrana, bajo peso al nacer, endometritis post parto, corioamnionitis asimismo duplica el riesgo de tener ITS¹.

En un estudio realizado por Pérez y colaboradores en el 2016 con su objetivo: Determinar la prevalencia sobre vaginosis bacteriana y vaginitis atendidas en el C.S. Pósope Alto. Material y métodos: la muestra de noventa pacientes entre mujeres en edad fértil y gestantes que tienen el diagnóstico clínico de infección del tracto vaginal. Se tomaron muestras de secreción vaginal para identificar al microscopio la presencia de *Trichomonas vaginalis*, levaduras e hifas también células clave asimismo medir el pH vaginal con el test de aminas. Resultados: Se determinó la prevalencia de la infección vaginal con

vaginosis bacteriana con el 66.6% seguida de hifas micóticas con 22,2% y por último *Trichomonas vaginalis* con el 11,1%. Conclusión: Se llegó a la conclusión que se debe de realizar un diagnóstico adecuado y oportuno de las infecciones vaginales no solo basarse en las características clínicas sino también en la confirmación con métodos de laboratorio¹¹.

En un estudio realizado por Ávila y colaboradores en el 2015 cuyo objetivo es conocer las características epidemiológicas de las muertes neonatales en el Perú. Materiales y métodos: tipo de estudio descriptivo basado en notificaciones del Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal (SNVEPN) durante los años 2011 al 2012. Se usó el método de captura y recaptura para calcular el subregistro de la notificación y saber la tasa de muerte neonatal nacional y por departamentos del Perú Se respondieron a las preguntas dónde, quiénes, cuándo y por qué mueren los recién nacidos. Resultados. Se notificaron al subsistema de vigilancia de 6748 defunciones neonatales, subregistro 52,9%. Se estimó una tasa de muerte neonatal nacional de 12,8 muertes/1000 nacidos vivos. Se encontraron que el 16% de las defunciones ocurrieron en la casa y de estas 74,2% fueron en la zona sierra, predominando las zonas rurales y en distritos muy pobres. El 60,6% fueron recién nacidos prematuros y el 39,4% fueron recién nacidos a término. El 37% tuvieron peso normal, el 29,4% bajo peso y el 33,6%, muy bajo peso. La muerte en neonatos evitable fue de 33% siendo mayor en las zonas urbanas y región sierra. El 25,1% fallecieron por causas relacionadas a la prematuridad-inmaduridad; el 23,5% por infecciones; el 14,1% por asfixia y causas que guardan relación con la atención del parto y el 11% por malformaciones congénitas letales. Las regiones de la selva y sierra registran la mayor tasa de muerte neonatal evitable con predominio de la asfixia e infecciones¹².

En un estudio realizado por Gonzales que tiene como objetivo: Determinar los factores personales que se asocian a infecciones vaginales en las gestantes que llevan su atención prenatal en el Centro Materno Infantil Ollantay en San

Juan de Miraflores durante los periodos de Junio y Julio del 2016. Materiales y métodos: Estudio de tipo observacional, prospectivo, descriptivo y de corte transversal, con la participación de 39 gestantes con el diagnóstico de infección vaginal que llevan su atención prenatal en el Centro Materno Infantil Ollantay de SJM durante el periodo de Junio y Julio del 2016. Se utilizó un cuestionario para reconocer las características personales de las gestantes con diagnóstico de infección vaginal, el cuestionario presenta cuatro partes. Cada una estuvo compuesta por preguntas según las dimensiones del estudio: Características sociodemográficas, hábitos de higiene genital, antecedentes Gineco-obstétricos y conductas sexuales. Resultados: Los tipos de infecciones vaginales encontradas en las gestantes fueron: 51.3% que presentan Candidiasis vaginal, el 38.5% presenta vaginosis bacteriana y por último el 10.2% presenta tricomoniasis. Las características sociodemográficas de las embarazadas fueron en su mayoría de 20 a 35 años (74.4%), ser conviviente con el 71.8%, con grado de instrucción secundaria (66.7%). En los antecedentes Gineco-obstétricos: la mayor parte de las gestantes comienzan su vida sexual antes de los 19 años con el 89.7%, y presentaron antecedentes de flujo vaginal con olor el 74,4% y acompañado con prurito vulvar el 51.3%. En los hábitos de higiene genital: no lavado de manos antes de orinar y defecar el 71.8%, uso de jabón o bactericidas (97.4%), limpieza de atrás hacia adelante después de defecar son el 46.2%, uso de ropa interior sintética el 66.7%, uso de protectores diarios el 59%, no higiene de genitales diarios por la pareja (51.3%), tampoco se lavan las manos antes ni después de realizadas sus necesidades (94.9%). Las hábitos sexuales fueron: tienen sexo durante la gestación (89.7%) y no usa preservativo (97.4%), la pareja no asea sus genitales o boca (sexo oral) antes ni después del acto sexual (66.7%)³.

En un estudio realizado por Rado con el objetivo: Determinar cuál es el riesgo de complicación de la vaginosis bacteriana sin ser tratada en las gestantes. Estudio de tipo retrospectivo. Materiales y métodos: Revisión de historias clínicas de las embarazadas que acudieron con y sin diagnóstico de vaginosis

bacteriana durante su 1er control prenatal. Resultados: 130 embarazadas con vaginosis bacteriana que no llegaron a cumplir su tratamiento y 447 embarazadas que no presentaron vaginosis bacteriana. La edad promedio materna, número de hijos, antecedentes de leucorrea, peso del neonato, presencia de flujo vaginal y vía del parto no tuvieron diferencia significativa entre los grupos. En las embarazadas con diagnóstico de vaginosis bacteriana ocurrió más riesgo de aborto (RR 4,185; $p = 0.01$) y de endometritis (RR 2,441; $p = 0,034$). No se encontró riesgo significativo para ruptura prematura de membranas, parto pretérmino, corioamnionitis y bajo peso al nacer. Se concluye que hay mayor riesgo de endometritis puerperal y aborto en gestantes¹³.

2.2 BASE TEÓRICA

VULVOVAGINITIS EN GESTANTES

Perfil epidemiológico de la vulvovaginitis en gestantes

Un estudio refiere una prevalencia general de 49,5%, debido a una alta tasa de flora vaginal anormal. En mujeres gestantes, los estudios han alegan tasas de prevalencia similares a las observadas en poblaciones no embarazadas, que van del 6% a 32%^{5,14}.

Está asociada con importantes problemas de salud pública, como el parto prematuro, la adquisición y transmisión de infecciones de transmisión sexual (ITS), enfermedades y VIH. La presencia de una microbiota vaginal anormal al inicio del embarazo se asocia con un riesgo cinco veces mayor de aborto tardío y parto precoz. Asimismo, los factores nutricionales también han sido implicados en el desarrollo de vaginosis bacteriana pues mostraron una relación significativa entre la ingesta de grasa en la dieta y vaginosis bacteriana y una relación inversa de VB con ácido fólico, vitamina E y calcio. Encontrando que las dietas altas en grasa son comunes en poblaciones de bajo nivel socioeconómico. Además, encontraron una asociación significativa con la raza socio compañero y vaginosis bacteriana pues las mujeres blancas

con parejas masculinas afroamericanas tenían un riesgo 2 veces mayor de Vaginosis bacteriana que las mujeres blancas con parejas sexuales blancas. También se ha encontrado que la raza negra paterna está asociada con BV en el embarazo⁵.

Es asociado con el origen racial, el tabaquismo, la actividad sexual y la ducha vaginal. Según Yudin *“La vaginosis bacteriana es más común en mujeres negras, mujeres que fuman, mujeres que son sexualmente activas en comparación con mujeres virginales y aquellas que usan duchas vaginales”*².

Se asocia además a las conductas sexuales pues en estudios refieren que las gestantes que mantienen relaciones sexuales son el 89.7% y el no uso del preservativo 97.4% además no hay aseo de los genitales antes ni después de cada acto sexual (38.5%) estas se predisponen a vulvovaginitis¹⁰.

Se ha formulado la hipótesis de que la exposición al semen con su pH de 7.2 altera el pH normalmente ácido de las secreciones vaginales y estimula el crecimiento de gérmenes causantes de vaginosis bacteriana. Sin embargo, muchas mujeres tienen exposición frecuente al semen y no desarrollan BV, por lo tanto, se podría razonar que esto podría ser un cofactor junto con otras exposiciones. Se ha encontrado que la ducha vaginal se asocia significativamente con BV en estudios transversales y longitudinales, pero en un estudio prospectivo de la ducha vaginal estratificada por flora vaginal intermedia / anormal versus normal, la ducha vaginal se asoció con el desarrollo de Vaginosis bacteriana solo entre mujeres con flora vaginal intermedia. Además, la ducha vaginal no se asoció con la adquisición de Vaginosis bacteriana entre las mujeres sin evidencia de vaginosis bacteriana al inicio del estudio. Por lo tanto, la ducha vaginal puede ser un cofactor en el desarrollo de Vaginosis bacteriana, pero probablemente no sea el factor incitador¹⁵.

En un estudio se reporta que alrededor del 40% de las mujeres (692/1764) informaron su debut sexual antes de los 18 años de edad además en el

estudio refieren que las asistentes a clínicas de salud sexual tenían más probabilidades de haber tenido una edad más joven de debut sexual que las mujeres que acudieron a clínicas prenatales o clínicas de mujeres sanas (56.6% frente a 34.0% y 34.9%, respectivamente). Las mujeres que asisten a clínicas de salud sexual también son significativamente más propensas a reportar tener más de cuatro parejas sexuales de por vida, más de dos parejas sexuales en la última semana, sexo vaginal más de cuatro veces en la última semana y haber tenido relaciones sexuales sin preservativo en comparación con las mujeres que asisten a clínicas prenatales o de mujeres sanas en tanto se encontró que la prevalencia de Clamidia y Trichomonas vaginalis fue más alta entre las mujeres que asistían a clínicas de salud prenatal y sexual en comparación con las que asistían a clínicas de mujeres sanas, clamidia fue del 22,9% y 7,5%, respectivamente¹⁶.

Entre las mujeres prenatales, el diagnóstico sintromico (basado únicamente en síntomas clínicos) tuvo baja sensibilidad (9% -21%), pero alta especificidad (76% -89%). Este estudio solo de basa en el manejo sintromico clínicO en consecuencia habría llevado a un sobretatamiento y un infradiagnóstico considerables en esta población quiere decir que las mujeres prenatales con síndrome de secreción vaginal tenían cualquiera de los patógenos en estudio y hubieran sido tratadas apropiadamente siendo el 38%; El 62% (96/156) de las mujeres con síntomas pero sin clamidia ni Trichomonas detectables se habrían tratado innecesariamente; y el 82% (267/327) de aquellos con alguna infección de Clamidia o Trichomonas no se hubieran tratado porque no tenían flujo vaginal. La realización del manejo sintromico para la detección y el tratamiento de estas infecciones fue pobre, particularmente entre mujeres prenatales, donde más del 80% de las personas con Clamidia o Trichomonas confirmadas por laboratorio no habrían sido diagnosticadas ni tratadas. Estos hallazgos reflejan la alta proporción de infecciones asintomáticas entre las mujeres en estas poblaciones clínicas y la asociación limitada entre los hallazgos clínicos y las infecciones genitales confirmadas por laboratorio¹⁶.

Según Alves en su estudio refiere que la candidiasis presentó una prevalencia por si sola del 11,8% y el 14,2% asociadas a vaginosis bacteriana y la prevalencia de Tricomoniasis fue baja de 1,4%. Se considera que el tratamiento aleatorio y el hiper diagnóstico principalmente el de la vaginosis bacteriana, puede provocar una casi eliminación del protozoario, que finalmente es tratada indirectamente¹⁴.

Perfil clínico de la vulvovaginitis en gestantes

Se sabe que durante el período de gestación el 20% o más de las mujeres pueden tener flujo mucoso y lechoso, que moja la ropa interior sin embargo eso no significa flujo anormal¹⁷.

La flora vaginal normal consiste en bacterias aeróbicas y anaeróbicas, siendo las especies de Lactobacillus los microorganismos predominantes y representan más del 95% de todas las bacterias presentes además se cree que los lactobacilos proporcionan defensa contra la infección, en parte al mantener un pH ácido en la vagina y asegurar que el peróxido de hidrógeno esté presente en el entorno genital¹⁸.

Vaginosis bacteriana el cual es un síndrome polimicrobiano que produce una disminución de la concentración de lactobacilos y un aumento de bacterias patógenas, principalmente anaeróbicas o microaerófilas¹⁹.

Las candidas son patógenos cuando el huésped tiene diversos factores que lo predisponen como: factores fisiológicos (cambios de pH y embarazo), enfermedades o procesos debilitantes, estados de inmunosupresión e iatrogénicos (con tratamiento antimicrobiano y corticoesteroides). En la gestación sobre todo en el 3er trimestre puede duplicarse la existencia de candidiasis comparada con mujeres que no son gestantes, además tienden a la recurrencia producto de los altos niveles de glucocorticoides y estrógenos, los cuales reducen el mecanismo de defensa en la vagina frente a gérmenes oportunistas como son las Cándidas sobre todo la especie albicans. Además

se encontró relación entre la infección vaginal por Cándidas y las complicaciones tempranas durante el embarazo¹⁷.

CUADRO COMPARATIVO DE FLUJO VAGINAL NORMAL Y CON PRESENCIA DE VAGINOSIS BACTERIANA

CARACTERISTICAS	NORMAL	VAGINOSIS BACTERIANA
Presencia en introito	No	Si
Color	Blanco	Gris
Viscosidad	Elevado	Baja
Consistencia	Flocular	Homogénea
Presencia en vagina	En declive	En paredes
Ph	< 4.5	> 4.5
Amina	Negativa	Positiva
Células guía	No	Si
Gram: Lactobacillus	3+, 4+ (1 punto)	<3+ (2 puntos)
G. vaginalis y Bacterioides sp	0+, 1+ (1 punto)	>2+ (3 puntos)
Mobiluncus sp.	<2+ (1 punto)	>2+ (2 puntos)
Total de Puntos	3 puntos	7 puntos

FUENTE: Diagnóstico y tratamiento de la infección vaginal en obstetricia³¹

La *Trichomona vaginalis* al entrar a la vagina el parasito se multiplica provocando la descamación del epitelio vaginal con infiltración de leucocitos polimorfonucleares, neutrófilos y aumento de secreción vaginal. Mientras más carga de parásitos se tenga mayor será la infección. Tiene una prevalencia con los niveles de actividad sexual, la mayoría de varones suelen ser asintomáticos mientras que en las féminas los síntomas de flujo, dispareunia, disuria y prurito representan el 50%. Al observar el cérvix en la mujer esta presenta una apariencia de tipo puntiforme “fresa”. La Tricomoniasis es una complicación importante durante el embarazo porque se ha relacionado con prematuridad y bajo peso al nacer¹⁷.

Entre las participantes de un estudio en relación al cuadro clínico se obtuvo flora vaginal alterada. El 69,9% refirieron flujo vaginal, el 28,7% manifestaron mal olor genital, un 29,4% manifestaron prurito, el 28,7% menciono dispareunia y 4,9% de sangrado después del acto sexual. Hubo apenas asociación entre prurito y flora vaginal alterada. Al examen ginecológico, las

mujeres con flora vaginal alterada se observaron contenido vaginal en el 91,6% de ellas, el pH estaba normal en el 30,1%, el 36,4% presento test de aminas positivo. Hubo asociación entre flora vaginal anormal y contenido vaginal que fue observado por el clínico, alteración del pH vaginal y la prueba de las aminas positiva. La queja más común en las gestantes de este estudio fue el corrimiento vaginal, siendo el 66,1% de ellas. Con respecto a las gestantes con candidiasis, ellas refirieron corrimiento vaginal hasta en un 80,5%, el 56,1% manifestaron prurito y el 43,9% mal olor genital¹⁴.

La vaginosis bacteriana es el trastorno del tracto genital inferior común entre las mujeres en edad reproductiva (embarazada y no embarazada) y la causa más frecuente de mal olor y flujo vaginal. Se ha asociado a un número importante de complicaciones ginecológicas y obstetricas como: parto prematuros, rotura prematura de membranas, aborto espontáneo, corioamnionitis, infecciones por cesáreas, endometritis posparto y enfermedad inflamatoria pélvica².

El diagnóstico clínico de la vaginosis bacteriana se realiza con los criterios de Amsel, si tres de los cuatro signos siguientes están presentes^{2,20}.

- Una secreción vaginal adherente y homogénea presente en el introito de la paciente, se observa con ayuda de un especulo.
- pH vaginal mayor que 4.5,
- Detección de células clave (células epiteliales vaginales con una capa tan pesada de bacterias que los bordes periféricos están oscurecidos) en el soporte húmedo salino
- Un olor a amina después de la adición de hidróxido de potasio al 10% (prueba de olor positivo)

Para determinar el pH se coloca la descarga vaginal en un papel de pH. Evitar lubricantes pues altera los resultados y serian falsos, el pH en condiciones normales oscila entre 3,8 a 4,2²¹.

En mujeres embarazadas sintomáticas, se recomienda realizar pruebas y el tratamiento de la vaginosis bacteriana para resolver los síntomas. Los criterios de diagnóstico son los mismos para mujeres gestantes y no gestantes².

Según un estudio entre las mujeres prenatales, el diagnóstico sindrómico (basado únicamente en síntomas clínicos) tuvo baja sensibilidad (9% -21%), pero alta especificidad (76% -89%). Como este estudio solo se basa en el manejo sindrómico clínico solo habría llevado a un sobretatamiento y un infradiagnóstico considerables en esta población quiere decir que las mujeres prenatales con síndrome de secreción vaginal tenían cualquiera de los patógenos en estudio y hubieran sido tratadas apropiadamente siendo el 38%; El 62% (96/156) de las mujeres con síntomas pero sin Clamidia ni Trichomonas detectables se habrían tratado innecesariamente; y el 82% (267/327) de aquellos con alguna infección de Clamidia o Trichomonas no se hubieran tratado porque no tenían flujo vaginal. La realización del manejo sindrómico para la detección y el tratamiento de estas infecciones fue pobre, particularmente entre mujeres prenatales, donde más del 80% de las personas con CT o TV confirmadas por laboratorio no habrían sido diagnosticadas ni tratadas. Estos hallazgos reflejan la alta proporción de infecciones asintomáticas entre las mujeres en estas poblaciones clínicas y la asociación limitada entre los hallazgos clínicos y las infecciones genitales confirmadas por laboratorio¹⁶.

Perfil microbiológico de la vulvovaginitis en gestantes

Vulvovaginitis Candidiásica: Las levaduras del género *Candida* son microorganismos oportunistas, saprofitos de la piel y diversas mucosas. Actualmente para el diagnóstico de candidiasis bacteriana se usa tanto los criterios clínicos en correlación con los resultados microbiológicos y dar así inicio a un tratamiento adecuado y evitar posibles recurrencias²².

Tricomoniasis: cuyo patógeno es la *Trichomona vaginalis* se presenta en el área urogenital es un protozoo flagelado *T. vaginalis* presenta de 3 a 5 flagelos que le permiten moverse en diferentes direcciones, presenta alfa-D-manosa y

N- acetilglucosamina el cual le permite adherirse a la mucosa de la vagina. El tipo de estudio que nos permitirá determinar el cuadro patológico es a través del frotis con solución salina observándose a la trichomona¹⁷.

Vaginosis bacteriana patología polimicrobiana que involucra principalmente a *Gardnerella vaginalis* el cual es un bacilo móvil, Gram negativo, pleomórfico, no forma esporas ni produce inflamación. Otros microorganismos que también producen vaginosis bacteriana como: *Prevotella*, *Mycoplasma Mobiluncus*, *Atopobium vaginae*, Bacteria asociada a vaginosis bacteriana-1 (BVAB1), -2 (BVAB2) y -3 (BVAB3), *Leptotrichia*, *Megasphaera* Phylotypes 1 y 2 y *Bacteroides*².

Las pruebas de diagnóstico inmunológicos son simples de realizar, producen resultados rápidos y son útiles para estudios de prevalencia debido a la homogeneidad del método y la objetividad de los resultados²¹.

A continuación mencionaremos las pruebas de laboratorio para su diagnóstico:

1.- La Aglutinación de partículas de látex unidas a anticuerpos específicos de *Cándida* spp, *T. vaginalis* y *G. vaginalis* presentó una sensibilidad clínica ≥ 80 % y una especificidad clínica ≥ 90 %, y concordancia con los métodos de referencia 90 %¹⁷.

2.- Examen de KOH (aminas como trimetilamina, putrescina y cadaverina): llamada también prueba de amina. Consiste en colocar KOH al 10 % en contacto con la muestra vaginal el cual genera un olor a pescado indicando la presencia de microorganismos propios de la vaginosis bacteriana. La prueba de olor o el típico olor de pescado presenta una predicción diagnóstica del 94%²¹.

3.- Examen en fresco: Consiste en colocar una gota de SSF 9% más la muestra de secreción vaginal Es llevada al microscopio para observar las células clave, la presencia o no de leucocitos siendo esta última menos de 10 por campo²³.

Si se presentan en la solución salina estas se encuentran rodeadas por bacterias por ello sus bordes se muestran oscuras. Si en lo observado se encuentra más del 20% de células epiteliales con una configuración distinta a la dentada sería indicador de vaginosis bacteriana, presenta una especificidad del 94%^{21,23}.

El diagnóstico consiste en observar al microscopio la presencia de hifas para la candidiasis, la presencia de células guías en la vaginosis bacteriana y encontrar protozoarios para la tricomoniasis. La observación en el microscopio de muestras frescas es subjetiva, ya que el diagnóstico puede ser difícil y presenta poca sensibilidad, esto complicaría el tratamiento¹⁷.

Células guía o clave al ser observadas al microscopio se encuentran rodeadas por bacterias las cuales están adheridas a la pared celular. Este tipo celular está presente en la vaginosis bacteriana¹⁷.

4.- Coloración Gram:

La tinción de Gram del fluido vaginal es el método de diagnóstico microbiológico más ampliamente utilizado y evaluado para la vaginosis bacteriana (Gold estándar, 97% sensibilidad, 79% especificidad). Para realizar una tinción de Gram, la secreción vaginal se recoge en un portaobjetos de vidrio, se deja secar al aire, se tiñe en el laboratorio y se examina en inmersión en aceite para detectar la presencia de bacterias gram positivas y negativas. La mayoría de los laboratorios utilizan un esquema de diagnóstico objetivo que cuantifica el número de morfotipos de Lactobacillus y bacterias patógenas, lo que da como resultado una puntuación que se utiliza para determinar si la infección está presente².

El sistema más utilizado es el puntaje de Nugent para la identificación del patógeno en la vaginosis bacteriana, se identifica la morfología por la coloración de Gram. En base a lo observado se le designa una puntuación²⁴.

PUNTAJE DE NUGENT

CUANTIFICACIÓN		MORFOTIPO	PUNTAJE
BACTERIAS X	CAMPO	Lactobacilos	4
0			3
1	1+		2
2 - 5	2+		1
6 - 30	3+		0
Mayor a 30	4+		
1	1+	Gardnerella y/o bacteroides	1
2 - 5	2+		2
6 - 30	3+		3
Mayor a 30	4+		4
1 - 5	1 - 2 +	Mobiluncus	1
6 mayor 30	3 - 4 +		2

Fuente: Association between BVAB1 and high Nugent scores among women with bacterial vaginosis, Diagn Microbiol InfectDis .2014. ³⁰

Puntaje:

0-3 Diagnóstico normal

4-6 Diagnóstico intermedio

7-10 Diagnóstico Vaginosis Bacteriana

El criterio para la vaginosis bacteriana es un puntaje de siete o más. Una puntuación de cuatro a seis se considera intermedia, y una puntuación de cero a tres se considera normal².

Los nuevos estudios proponen un nuevo punto de corte siendo negativo de 0 a 6 y Nugent positivo (≥ 7) además indican que el método Amsel puede utilizarse como herramienta de cribado, mientras que el método Nugent puede servir como mecanismo de confirmación utilizando el punto de corte sugerido, ambos métodos son complementarios en la clasificación y el diagnóstico de laboratorio de la vaginosis bacteriana. El método de Nugent mostró mayor sensibilidad, especificidad y tenía un valor predictivo positivo del 100%²⁵.

En su estudio en relación con uno de los criterios de Amsel (clasificación del aspecto del flujo vaginal), se observó que esta caracterización es difícil ya que

el 60% de la descarga se clasificó como inespecífica. Pero si los pacientes se distribuyen según los criterios de Nugent en relación con cada criterio de Amsel, se observó que las células clave diferencian a los pacientes positivos de manera más eficiente que con los criterios de Nugent (punto de corte original)²⁵.

Tratamiento:

Las Guías canadienses 2006 sobre infecciones de transmisión sexual publicadas por la Agencia de Salud Pública de Canadá recomiendan el uso de metronidazol 500 mg por vía oral 2 veces al día durante siete días o clindamicina 300 mg por vía oral dos veces al día por siete días. No hay evidencia de que el metronidazol sea teratogénico o mutagénico y se considera seguro para el uso en el embarazo^{2,26}.

El 2015 el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), recomienda como tratamiento metronidazol oral tomado dos veces al día durante siete días, cinco días de un gel de metronidazol intravaginal, o siete días de una crema de clindamicina intravaginal. Otros tratamientos aprobados por la FDA (agencia de los EE.UU. para la administración de alimentos y medicamentos) para BV incluyen tinidazol tomado por vía oral durante varios días^{27,26}.

En los ensayos de tratamiento oral, las tasas de curación han sido consistentemente superiores al 70% y en preparaciones vaginales, más comúnmente crema de clindamicina, presentan tasas de curación que van del 33% al 86%. Además la cura va a depender del momento en el que se da el seguimiento, con tasas del 90% a la semana, pero disminuyendo al 60% a 70% a las cuatro semanas después del tratamiento².

Incluso con una variedad de agentes antimicrobianos disponibles para el tratamiento de la vaginosis bacteriana, la recurrencia se produce después de 12 meses para casi el 60% de las mujeres. Patógenos como *Megasphaera* Phylotype 2 se asocian con un mayor riesgo de fracaso del tratamiento,

asimismo estos dos patógenos y BVAB2 se asociaron con vaginosis bacteriana recurrente²⁷.

Sin embargo se han ideado varios regímenes que demuestran eficacia con respecto a prevenir o retrasar la reanudación de los síntomas después del tratamiento. Por ejemplo, el uso de un régimen de mantenimiento con gel de metronidazol dos veces por semana durante 16 semanas después de un episodio índice mejoró la tasa de curación a las 28 semanas del 39% al 70%²⁰.

No se recomiendan los agentes tópicos porque aunque las tasas de curación son similares a las observadas con el tratamiento oral, no se ha demostrado que sean efectivas para la prevención del parto prematuro².

El efecto del tratamiento en las complicaciones obstétricas no es claro aún, los diferentes ensayos realizados en relación al tratamiento han tenido resultados inconsistentes sin embargo se propone que dependerá también de los factores de riesgo que tiene la mujer para parto prematuro. El tratamiento erradica la vaginosis bacteriana pero no garantiza la disminución de la tasa de partos prematuros².

2.3 HIPÓTESIS

Por la naturaleza del estudio no presenta hipótesis.

2.4 VARIABLES

Perfil epidemiológico de la vulvovaginitis en gestantes

- Edad
- Estado civil
- Grado de instrucción
- Ocupación
- Edad gestacional
- Paridad
- Métodos anticonceptivos

Perfil clínico de la vulvovaginitis en gestantes

Perfil microbiológico de la vulvovaginitis en gestantes

2.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Perfil Clínico: Características de un grupo de pacientes dentro de un contexto determinado

Perfil Microbiológico: Describe la asociación entre una flora microbiana propia y las diferentes categorías clínicas de la vulvovaginitis, sugiriendo una distribución similar entre agentes gram positivos y gram negativos

Oportunistas: Microorganismo que no es patógeno en el hombre en condiciones normales de lo contrario se convierte en patógeno.

Pseudohifas: Forma exagerada de gemación

Fibronectina: Glucoproteína adhesiva, proteína de superficie celular que participa en las interacciones de adherencia celular.

Flujo vaginal: Secreciones provenientes de la vagina que está compuesta principalmente por agua y bacterias las cuales brindaran un adecuado pH interno adecuado si se encuentran en cantidades normales

Cándida albicans: Es un hongo diploide asexual, saprófito de la familia Saccharomy cetaceae, hongo este produce el 90% de casos de infección vaginal.

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Es una investigación de enfoque cuantitativo, de tipo no experimental, descriptivo, transversal y retrospectivo.

Es de enfoque cuantitativo porque utiliza números y estadística para buscar la verdad.

Es de Tipo de investigación es Observacional o no experimental porque el investigador no manipula ninguna variable.

Según el alcance es descriptivo porque no hay grupos comparativos

Según el diseño es transversal porque se mide la variable en un solo momento.

Es retrospectivo porque las variables fueron recogidas de las historias clínicas.

3.2 ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realiza en los servicios de Gineco-Obstetricia del hospital Sergio E. Bernales

El estudio se circunscribió a las gestantes que acuden al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Sergio E. Bernales.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: 1152 gestantes que acuden a consulta en el servicio materno perinatal del Hospital Sergio E. Bernales con diagnóstico de Vulvovaginitis en los periodos de Julio – Diciembre 2017.

Muestra: 116 gestantes con edades comprendidas desde los 15 – 35 años calculada con el software del IMIM e ingresaron de forma probabilística simple y cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Gestante con edad comprendida desde los 15 – 35 años atendida en el consultorio materno perinatal del Hospital Sergio E. Bernales que presentan la sintomatología clínica.
- Gestante con edad comprendida desde los 15 – 35 años atendida en el consultorio materno perinatal del Hospital Sergio E. Bernales que no haya recibido tratamiento por lo menos en las dos últimas semanas.

Criterios de exclusión:

- Gestantes con edad comprendida desde los 15 – 35 años atendida en el consultorio materno perinatal del Hospital Sergio E. Bernales que no presentan su historia clínica.
- Gestante con edad comprendida desde los 15 – 35 años atendida en el consultorio materno perinatal del Hospital Sergio E. Bernales con tratamiento previo al estudio dentro de las dos últimas semanas.
- Gestante con edad comprendida desde los 15-35 años atendida en el consultorio materno perinatal del Hospital Sergio E. Bernales que presentan historia clínica incompleta.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica:

La técnica que se utilizó fue documental ya que se realizó la revisión de historias clínicas para la obtención de datos.

Instrumento:

La información fue recogida en una ficha de recolección de datos el cual presento las siguientes secciones: Filiación, antecedentes Gineco-obstétricos, examen físico y análisis de laboratorio.

La base de datos y las fichas fueron revisadas por el investigador y por los 3 asesores: el Gineco- obstetra, el metodólogo y el estadista para la detección de fichas mal llenadas o en blanco, la revisión y el análisis de datos.

3.5 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

-Se pidió la autorización al hospital y al jefe del servicio de Gineco-obstetricia del hospital Sergio E. Bernales para acceder al archivo de historias clínicas.

-Se delimitó los casos, se realiza las lecturas de las historias clínicas para la recolección de datos.

-Se llena la ficha de recolección de datos para cada historia clínica según lo requerido.

-Finalizado el recojo de datos se procede a tabular los resultados en la matriz de datos.

3.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Las diferentes variables fueron resumidas y representadas en cuadros estadísticos en el programa Excel para luego analizarlas, elaborar La distribución de frecuencia en el software SPSS. Luego haremos uso de los gráficos y tablas para la realización de nuestros resultados.

CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1.RESULTADOS

I.- DATOS EPIDEMIOLÓGICO

TABLA N°1

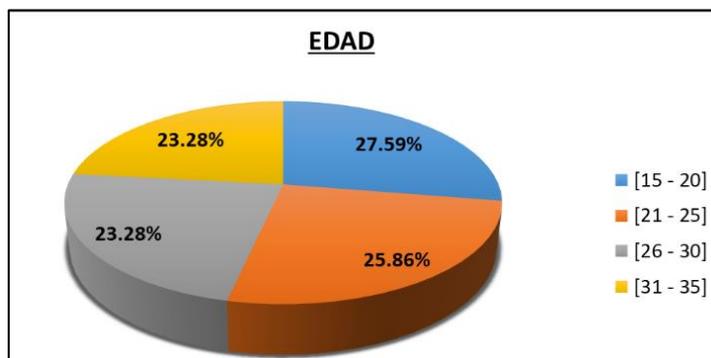
Distribución por edad en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el hospital Sergio E. Bernales 2017

EDAD	N° DE GESTANTES	% DE GESTANTES
[15 - 20]	32	27.59
[21 - 25]	30	25.86
[26 - 30]	27	23.28
[31 - 35]	27	23.28
TOTAL	116	100.00

Fuente: Hospital Sergio Ernesto Bernales – archivo de historias clínicas del 2017

GRÁFICO N°1

Distribución por edad en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales 2017



Fuente: Hospital Sergio Ernesto Bernales – archivo de historias clínicas del 2017

INTERPRETACIÓN:

Se observa que el grupo con mayor porcentaje es el de 15-20 años con un 27.59% seguido por el de 21-25 años con un 25.86% y en menor porcentaje los de 26-30 años y 31-35 años con 23.28% cada uno.

TABLA N°2:

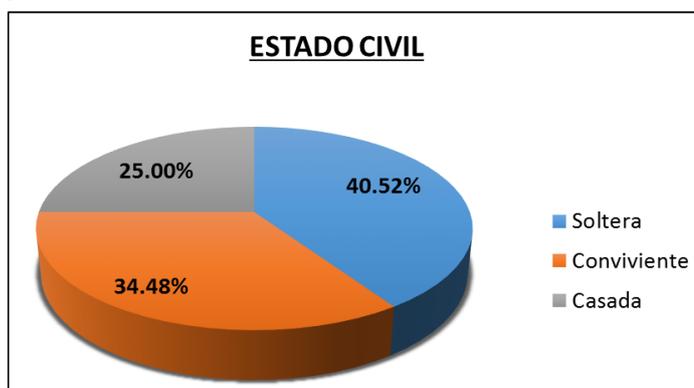
Distribución por estado civil en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el hospital Sergio E. Bernales 2017

ESTADO CIVIL	N° DE GESTANTES	% DE GESTANTES
Soltera	47	40.52
Conviviente	40	34.48
Casada	29	25.00
TOTAL	116	100.00

Fuente: Hospital Sergio Ernesto Bernales – archivo de historias clínicas del 2017

GRÁFICO N°2

Distribución por estado civil en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales 2017



Fuente: Hospital Sergio Ernesto Bernales – archivo de historias clínicas del 2017

INTERPRETACIÓN:

Observamos que el mayor grupo son las solteras con un porcentaje de 34.48% seguidas de las convivientes con 34.48% y finalmente de las casadas con 25%.

TABLA N°3

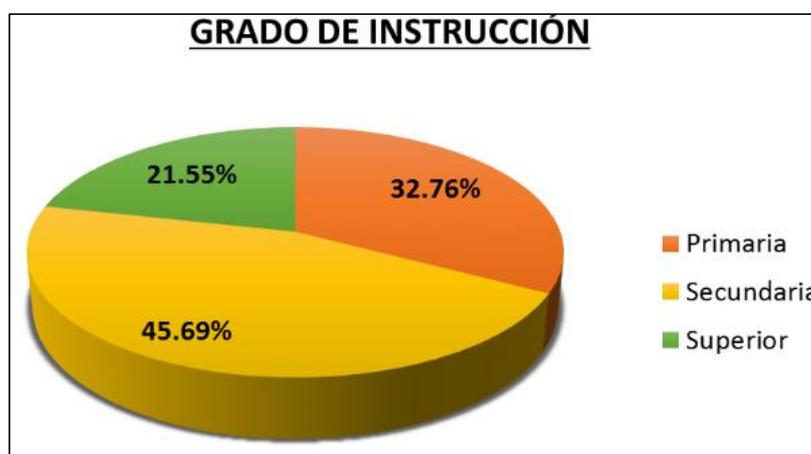
Distribución por grado de instrucción en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el hospital Sergio E. Bernales 2017

GRADO DE INSTRUCCIÓN	N° DE GESTANTES	% DE GESTANTES
Primaria	38	32.76
Secundaria	53	45.69
Superior	25	21.55
TOTAL	116	100.00

Fuente: Hospital Sergio Ernesto Bernales – archivo de historias clínicas del 2017

GRÁFICO N°3

Distribución por grado de instrucción en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales 2017



Fuente: Hospital Sergio Ernesto Bernales – archivo de historias clínicas del 2017

INTERPRETACIÓN:

Observamos que el mayor grupo son la de nivel secundaria con 45.69% seguidas por el nivel primario con 32.76% y finalmente el nivel superior con 21.55%.

TABLA N°4

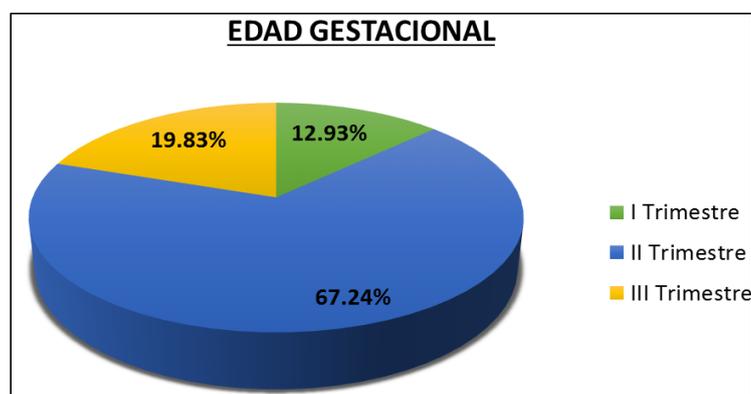
Distribución por edad gestacional en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el hospital Sergio E. Bernales 2017

EDAD GESTACIONAL	N° DE GESTANTES	% DE GESTANTES
I Trimestre	15	12.93
II Trimestre	78	67.24
III Trimestre	23	19.83
TOTAL	116	100.00

Fuente: Hospital Sergio Ernesto Bernales – archivo de historias clínicas del 2017

GRÁFICO N°4

Distribución por edad gestacional en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales 2017.



Fuente: Hospital Sergio Ernesto Bernales – archivo de historias clínicas del 2017

INTERPRETACIÓN:

Referente a la edad gestacional se evidencia que el mayor porcentaje está en el II trimestre con 67.24 % seguido del III trimestre con 19.83% y finalmente con 12.93% el I trimestre.

TABLA N°5

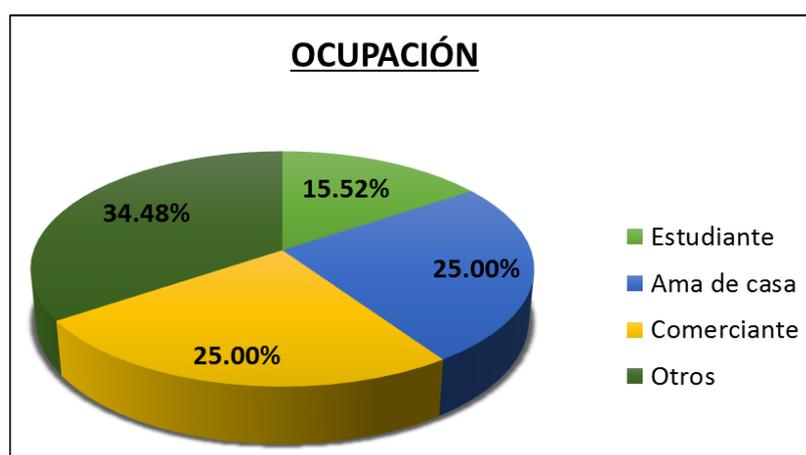
Distribución por ocupación en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el hospital Sergio E. Bernales 2017

OCUPACIÓN	N° DE GESTANTES	% DE GESTANTES
Estudiante	18	15.52
Ama de casa	29	25.00
Comerciante	29	25.00
Otros	40	34.48
TOTAL	116	100.00

Fuente: Hospital Sergio Ernesto Bernales – archivo de historias clínicas del 2017

GRÁFICO N°5

Distribución por ocupación en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales 2017



Fuente: Hospital Sergio Ernesto Bernales – archivo de historias clínicas del 2017

INTERPRETACIÓN:

Se observa que el mayor grupo son otros con 34.48% seguido de ama de casa y comerciantes con 25% cada una y finalmente el grupo de estudiantes con 15.52%

TABLA N°6

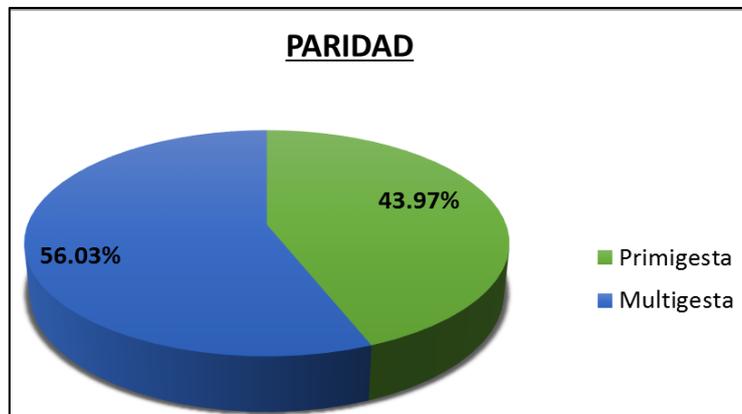
Distribución por paridad en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el hospital Sergio E. Bernales 2017

PARIDAD	N° DE GESTANTES	% DE GESTANTES
Primigesta	51	43.97
Multigesta	65	56.03
TOTAL	116	100.00

Fuente: Hospital Sergio Ernesto Bernales – archivo de historias clínicas del 2017

GRÁFICO N°6

Distribución por ocupación en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales 2017



Fuente: Hospital Sergio Ernesto Bernales – archivo de historias clínicas del 2017

INTERPRETACION:

Observamos que la mayor población es de multigestas siendo el 56.03% seguidas de las primigestas con el 43.97% siendo el mínimo porcentaje.

TABLA N°7

Distribución por métodos anticonceptivos en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el hospital Sergio e. Bernales 2017

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	N° DE GESTANTES	% DE GESTANTES
Preservativo	40	34.48
Ampolla mensual	51	43.97
Otros	25	21.55
TOTAL	116	100.00

Fuente: Hospital Sergio Ernesto Bernales – archivo de historias clínicas del 2017

GRÁFICO N°7

Distribución por métodos anticonceptivos en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales 2017



Fuente: Hospital Sergio Ernesto Bernales – archivo de historias clínicas del 2017

INTERPRETACIÓN:

Se evidencia que el mayor porcentaje está conformado por el grupo de ampolla mensual con 43.97% seguido de preservativo 34.48% y finalmente otros con 21.55%

II. DATOS CLÍNICOS

TABLA N°8

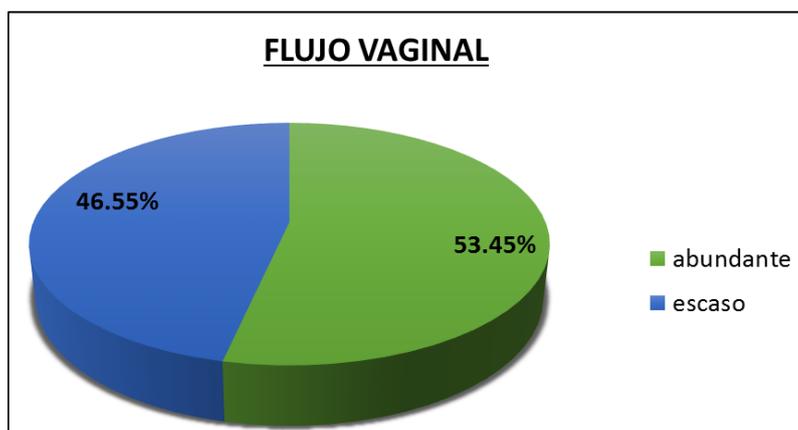
Distribución por flujo vaginal en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el hospital Sergio E. Bernales 2017

FLUJO VAGINAL	N° DE GESTANTES	% DE GESTANTES
abundante	62	53.45
escaso	54	46.55
TOTAL	116	100.00

Fuente: Hospital Sergio Ernesto Bernales – archivo de historias clínicas del 2017

GRÁFICO N°8

Distribución por flujo vaginal en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales 2017



Fuente: Hospital Sergio Ernesto Bernales – archivo de historias clínicas del 2017

INTERPRETACIÓN:

Se evidencia que la mayor población con flujo vaginal abundante representa el 53.45% seguida de flujo vaginal escasa con 46.55% siendo el mínimo porcentaje.

TABLA N°9

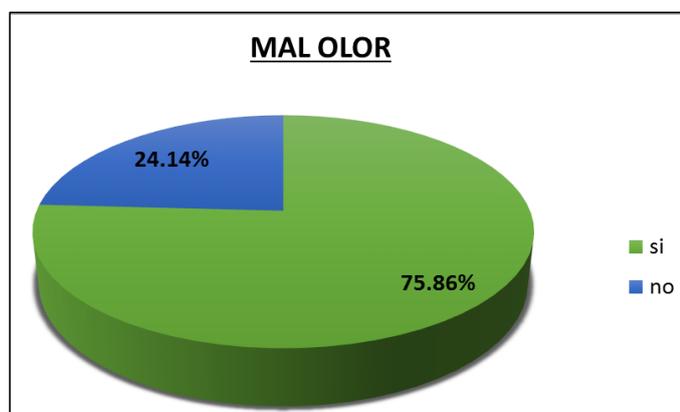
Distribución por mal olor en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el hospital Sergio E. Bernales 2017

MAL OLOR	N° DE GESTANTES	% DE GESTANTES
si	88	75.86
no	28	24.14
TOTAL	116	100.00

Fuente: Hospital Sergio Ernesto Bernales – archivo de historias clínicas del 2017

GRÁFICO N°9

Distribución por mal olor en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales 2017



Fuente: Hospital Sergio Ernesto Bernales – archivo de historias clínicas del 2017

INTERPRETACIÓN:

Se evidencia que el mayor porcentaje está representado por el grupo con flujo vaginal con mal olor con 75.86% y el porcentaje mínimo por el grupo con flujo sin mal olor con 24.14%.

TABLA N°10

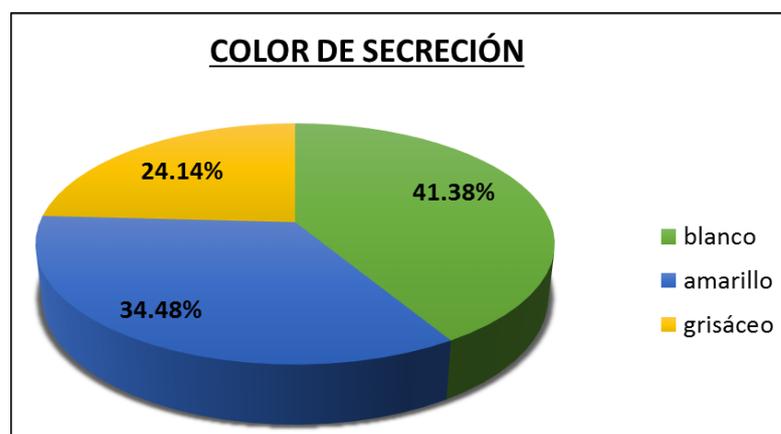
Distribución por color de la secreción en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el hospital Sergio E. Bernales 2017

COLOR DE SECRECIÓN	N° DE GESTANTES	% DE GESTANTES
blanco	48	41.38
amarillo	40	34.48
grisáceo	28	24.14
TOTAL	116	100.00

Fuente: Hospital Sergio Ernesto Bernales – archivo de historias clínicas del 2017

GRÁFICO N°10

Distribución por color de la secreción en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales 2017



Fuente: Hospital Sergio Ernesto Bernales – archivo de historias clínicas del 2017

INTERPRETACIÓN:

Se evidencia que el color de secreción preponderante fue el blanco con 41.38% seguido de color de secreción amarillo con 34.48% y finalmente secreción grisácea con 24.14%.

TABLA N° 11

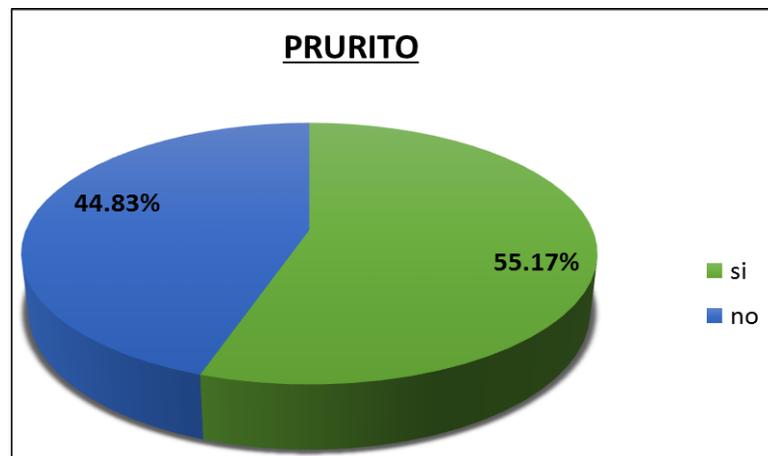
Distribución de prurito en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el hospital Sergio E. Bernales 2017

PRURITO	N° DE GESTANTES	% DE GESTANTES
si	64	55.17
no	52	44.83
TOTAL	116	100.00

Fuente: Hospital Sergio Ernesto Bernales – archivo de historias clínicas del 2017

GRÁFICO N°11

Distribución de prurito en las gestantes con vulvovaginitis atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales 2017.



Fuente: Hospital Sergio Ernesto Bernales – archivo de historias clínicas del 2017

INTERPRETACIÓN:

Se observa que el grupo que presenta más prurito representa el 55.17% seguido de 44.83% sin sintomatología de prurito.

III. DATOS MICROBIOLÓGICOS

TABLA N° 12

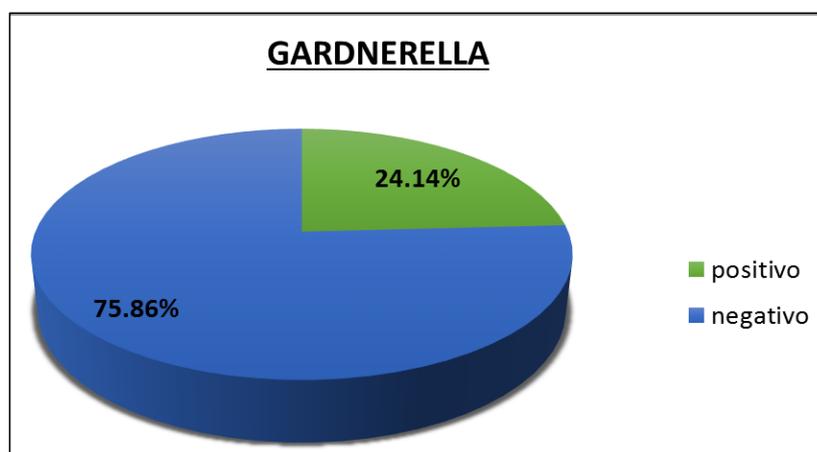
Distribución de las gestantes según presencia de gardnerella en coloración Gram- hospital Sergio E. Bernales 2017.

GARDNERELLA	N° DE GESTANTES	% DE GESTANTES
positivo	28	24.14
negativo	88	75.86
TOTAL	116	100.00

Fuente: Hospital Sergio Ernesto Bernales – archivo de historias clínicas del 2017

GRÁFICO N°12

Distribución de las gestantes según presencia de Gardnerella en examen en fresco - Hospital Sergio E. Bernales 2017.



Fuente: Hospital Sergio Ernesto Bernales – archivo de historias clínicas del 2017

INTERPRETACIÓN:

Se observa que el grupo con Gardnerella negativo representa el 75.86% siendo el de mayor cantidad seguido de Gardnerella positivo con 24.14%.

TABLA N° 13

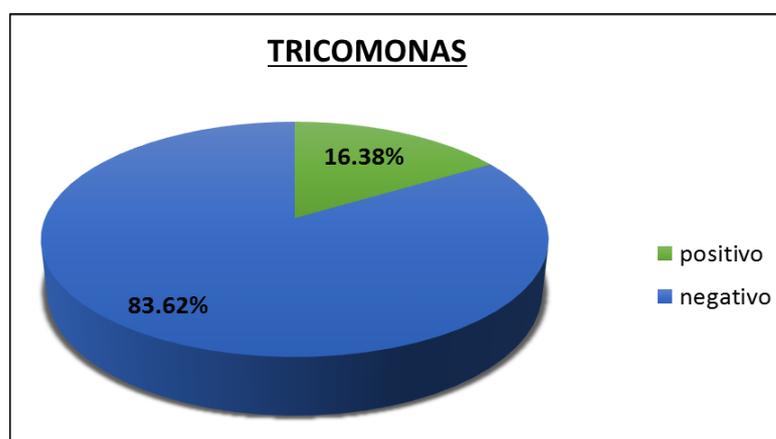
Distribución de las gestantes según presencia de Tricomonas en examen en fresco- hospital Sergio E. Bernales 2017.

TRICOMONAS	N° DE GESTANTES	% DE GESTANTES
positivo	19	16.38
negativo	97	83.62
TOTAL	116	100.00

Fuente: Hospital Sergio Ernesto Bernales – archivo de historias clínicas del 2017

GRÁFICO N°13

Distribución de las gestantes según presencia de Gardnerella en examen en fresco - Hospital Sergio E. Bernales 2017.



Fuente: Hospital Sergio Ernesto Bernales – archivo de historias clínicas del 2017

INTERPRETACIÓN:

Se evidencia que el mayor porcentaje está compuesto por Tricomonas negativo con 83.62% seguido de Tricomonas positivo con 16.38%.

TABLA N° 14

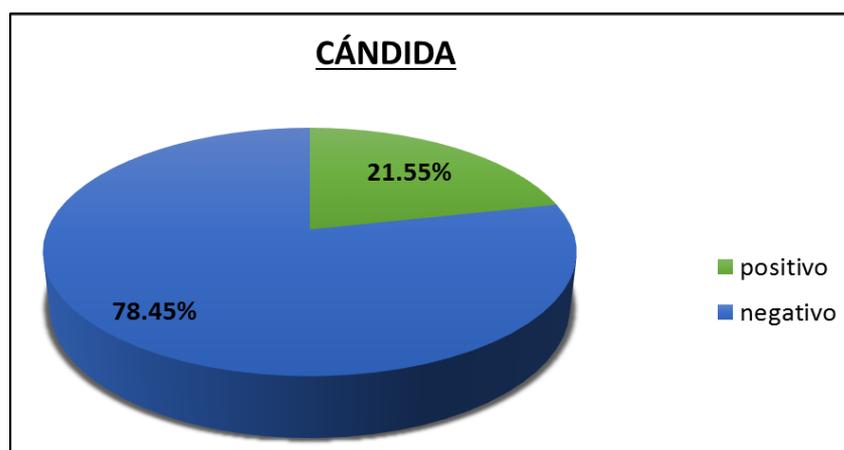
Distribución de las gestantes según presencia de Cándida en examen en fresco y cultivo de secreción vaginal- hospital Sergio E. Bernales 2017

CÁNDIDA	N° DE GESTANTES	% DE GESTANTES
positivo	25	21.55
negativo	91	78.45
TOTAL	116	100.00

Fuente: Hospital Sergio Ernesto Bernales – archivo de historias clínicas del 2017

GRÁFICO N°14

Distribución de las gestantes según presencia de Cándida en examen en fresco y cultivo de secreción vaginal - Hospital Sergio E. Bernales 2017.



Fuente: Hospital Sergio Ernesto Bernales – archivo de historias clínicas del 2017

INTERPRETACIÓN:

Se evidencia que la presencia de Cándida negativo representa el 78.45% siendo el predominante seguido de Cándida positivo con 21.55%.

TABLA N° 15

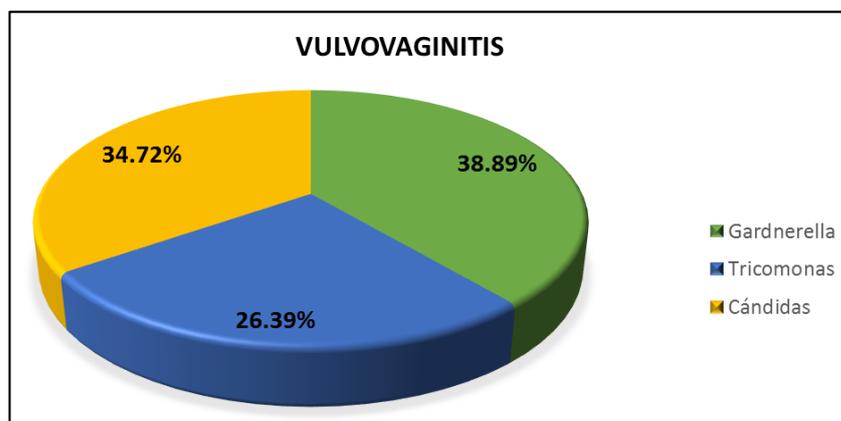
Distribución de las gestantes según presencia de gardnerella, Tricomonas y cándida en el hospital Sergio E. Bernales 2017

VULVOVAGINITIS	N° DE GESTANTES	% DE GESTANTES
Gardnerella	28	38.89
Tricomonas	19	26.39
Cándidas	25	34.72
TOTAL	47	100.00

Fuente: Hospital Sergio Ernesto Bernales – archivo de historias clínicas del 2017

GRÁFICO N°15

Distribución de las gestantes según presencia de Gardnerella, Tricomonas y Cándida en el Hospital Sergio E. Bernales 2017.



Fuente: Hospital Sergio Ernesto Bernales – archivo de historias clínicas del 2017

INTERPRETACIÓN:

Se evidencia que el patógeno con mayor porcentaje es el de Gardnerella con 38.89% seguido de Cándida con 34.72% y finalmente Tricomonas con 26.39%.

TABLA N° 16

Perfil clínico, epidemiológico y microbiológico de la vulvovaginitis en gestantes atendidas en consultorios materno perinatal del Hospital Sergio E. Bernales, Julio-diciembre del 2017

	Gestantes con vulvovaginitis	
Perfil epidemiológico	N°	%
Edad		
• 15 - 20	32	27.59%
• 21- 25	30	25.86%
• 26- 30	27	23.28%
• 31- 35	27	23.28%
Estado civil	N°	%
• soltera	47	40.52%
• conviviente	40	34.48%
• casada	29	25%
Grado de instrucción	N°	%
• primaria	38	32.76%
• secundaria	53	45.69%
• superior	25	21.55%
Edad gestacional	N°	%
• I trimestre	15	12.93%
• II trimestre	78	67.24%
• III trimestre	23	19.83%
Ocupación	N°	%
• Otros	40	34.48%
• Ama de casa	29	25%
• Comerciante	29	25%
• Estudiante	18	15.52%

•		
Paridad	N°	%
• Primigesta	51	43.97%
• Multigesta	65	56.03%
Perfil clínico	N°	%
Flujo vaginal		
• Abundante	62	53.45%
• Escaso	54	46.55%
Mal olor	N°	%
• Si	88	75.86%
• No	28	24.14%
Color	N°	%
• Blanco	48	41.38%
• Amarillo	40	34.48%
• Grisáceo	28	24.14%
Prurito	N°	%
• Si	64	55.17%
• No	52	44.83%
Perfil microbiológico	N°	%
Gardnerella		
• Positivo	28	24.14%
• Negativo	88	75.86%
Trichomonas	N°	%
• Positivo	19	16.38%
• Negativo	97	83.62%
Cándida	N°	%
• Positivo	25	21.55%
• Negativo	91	78.45%

4.2. DISCUSIÓN

Al referirnos a vulvovaginitis se hace mención a los diferentes grados de inflamación de la vulva, la vagina. Cursa con prurito, flujos vaginales, dispareunia y disuria en su mayoría. Como se menciona es una patología frecuente en mujeres gestantes y no gestantes afectando más a estas últimas pues suele asociarse principalmente a problemas hormonales etc²⁸.

En el perfil epidemiológico de la vulvovaginitis en las gestantes atendidas en consultorios materno perinatal del Hospital Sergio E. Bernales, Julio-Diciembre del 2017 está representado por gestantes con rango de edad entre 15 a 20 años siendo el 27,59%, la mayoría solteras con 40.52%, con grado de instrucción secundaria 45,69% nuestros resultados son similares a los estudios realizados por Machado et al. Pues encuentra como grupo predominante al grado de instrucción secundaria con 45,69%⁷. Sin embargo difieren de los resultados obtenidos en el estudio de Gonzales et al. Donde refleja que su grupo predominante fue entre edades de 20 a 35 años (74.4%), conviviente (71.8%)³.

Se obtuvo que las gestantes multíparas están representadas por 56,03% siendo el de mayor porcentaje así mismo en el estudio de Gonzales se obtuvo resultados similares pues el predominio fue de multigestas con 28.2% por tanto la paridad se asocia con mayor cantidad de infecciones vaginales³.

En nuestros resultados también se encontró que las gestantes con vulvovaginitis presentaban una edad de gestación predominante durante el II trimestre 67,24% estos resultados son similares a los hallados por Machado et al. Pues refiere que encontró tasas más altas de colonización por *G. vaginalis* en mujeres durante el segundo trimestre del embarazo el cual fue de 12,95%⁷.

En el perfil clínico de la vulvovaginitis en las gestantes atendidas en consultorios materno perinatal del Hospital Sergio E. Bernales, Julio-Diciembre del 2017 encontramos la presencia de flujo vaginal con mal olor fue

de 75.86%, la presencia de prurito 55,17% estos resultados son similares a los encontrados por Gonzales et al. Quien muestra la presencia de flujo vaginal con olor en 74.4% y prurito con 51.3%³.

En nuestros resultados se obtuvo que el que flujo vaginal con color blanco fue predominante con 41,38% seguido del flujo vaginal de color amarillo 34,48% estos resultados fueron similares a los obtenido por Pérez et al. Quien menciona en sus resultados un mayor porcentaje del color blanco con 22.2% y amarillo verdoso 11.1%¹¹.

En este estudio las características del mal olor post coital con la Vaginosis bacteriana y la presencia de Gardnerella quedo establecida según nuestros resultados y se confirma con lo obtenido por López quien determina la presencia de Vaginosis bacteriana por Gardnerella v. y mal olor en su estudio¹.

En el perfil microbiológico de la vulvovaginitis en las gestantes atendidas en consultorios materno perinatal del Hospital Sergio E. Bernales, Julio-Diciembre del 2017 encontramos que la prevalencia de vaginosis bacteriana es de 38,89% estos resultados difieren a lo obtenido por López ya que refiere que la prevalencia de vaginosis bacteriana es de 23,7% en su estudio.¹ y también difieren a lo obtenido a nivel internacional en mujeres gestantes por Muzni et al. Pues la prevalencia va desde el 6% a 32%⁵.

Sin embargo, al comparar nuestros resultados con el estudio que realizó Pérez et al. Donde determinó la prevalencia de vaginosis bacteriana con 66.6% seguido de hifas micóticas 22.2% y Trichomonas vaginalis con 11.1% observamos que nuestros hallazgos si tuvieron concordancias puesto que obtuvimos para vaginosis bacteriana el 38.89% seguido de candidiasis vaginal con 34.72%y finalmente tricomoniasis con 26.39%¹¹.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Los perfiles epidemiológicos de las gestantes estudiadas fueron edad de 15 a 20 años, solteras, con secundaria, multigestas y del II trimestre de edad gestacional.
- El perfil clínico de las gestantes estudiadas fue flujo vaginal abundante con mal olor, prurito asociado al color blanco compatible con vaginosis bacteriana.
- Los perfiles microbiológicos de las gestantes estudiadas presentaron *Gardnerella vaginalis* causante de vaginosis bacteriana seguido por *Cándida vaginalis* y finalmente *Trichomonas vaginalis*.

5.2. RECOMENDACIONES

- Debido a que en nuestros resultados el predominio es del grupo de las solteras y multigestas con ello es posible que presenten más de una pareja sexual debemos se sugiere realizar más estudios para determinar si estos son factores de riesgo para infecciones vaginales.
- Siendo la vaginosis bacteriana motivo de consulta médica frecuente se recomienda mayor difusión a fin de brindar conocimientos a la población sobre las características clínicas y complicaciones gineco-obstreticas ya que la mayoría se presenta asintomática.
- Recomendamos realizar un diagnóstico adecuado en las gestantes haciendo uso de la clínica y estudios de laboratorio con el objetivo de disminuir la tasa de vaginosis bacteriana para evitar recurrencias o evitar tratamientos innecesarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) López L., Chiappe M., Cárcamo C., Garnett G., Holmes K., et al. Prevalencia de vaginosis bacteriana y factores asociados en veinte ciudades del Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2016;33(3):448-54.
- 2) Yudin M, MD, Money M. et al, No. 211-Screening and Management of Bacterial Vaginosis in Pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can* .2017;39(8):184-191.
- 3) Gonzales E. Factores personales asociados a infecciones vaginales en gestantes que realizan su atención prenatal en el Centro Materno Infantil Ollantay. Tesis para optar por el título profesional de Obstetrix. Lima, Perú, Universidad Mayor de San Marcos, 2016.
- 4) Santos I. Tricomoniasis una visión amplia. *IATREIA*. 2014;27(2): 198-205.
- 5) Muzny C., Schwebke J., et al. Pathogenesis of bacterial vaginosis: Discussion of Current Hypotheses. 2016;214(S1):S1–5.
- 6) Janulaitiene M, Paliulyte V, Grinceviciene S, Zakareviciene J. et al. Prevalence and distribution of *Gardnerellavaginalis* subgroups in women with and without bacterial vaginosis. *BMC InfectDis*. 2017;17(1):394.
- 7) Machado D, Castro J, Martinez-de-Oliveira J, Nogueira-Silva C, Cerca N. Prevalence of bacterial vaginosis in Portuguese pregnant women and vaginal colonization by *Gardnerella vaginalis*. *PeerJ*. 2017;29(5):e3750.
- 8) Foxman B, Wen A, Srinivasan U. et al. Mycoplasma, bacterial vaginosis-associated bacteria BVAB3, race, and risk of preterm birth in a high-risk cohort. *Am J Obstet Gynecol*.2014;210(226):e1-7.
- 9) Bretelle F., Rozenberg P., Pascal A., Favre R., Bohec C., et al. High *Atopobium vaginae* and *Gardnerella vaginalis* Vaginal Loads Are Associated With Preterm Birth, *Clinical Infectious Diseases* .2015;60(6):860–867.

- 10) Haahr T, Ersbøll A, Karlsen M, Svare J, Sneider K, et al. Treatment of bacterial vaginosis in pregnancy in order to reduce the risk of spontaneous preterm delivery – a clinical recommendation. *Acta Obstet Gynecol Scand* .2016;95(8):850–860.
- 11) Pérez O., Vásquez Y., et al. Vaginitis y vaginosis bacteriana en mujeres en edad fértil y gestantes en un centro de salud de la provincia de Chiclayo. *Rev. Salud & Vida Sipanense*. 2016; 3(2): 37 – 42.
- 12) Ávila J, Tavera M, Carrasco M. Características epidemiológicas de la mortalidad neonatal en el Perú, 2011-2012. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*.2015;32(3):423-30.
- 13) Rado A., Mere J. et al. Riesgo de las complicaciones de vaginosis bacteriana en gestantes. *Ginecol Obstet (Perú)*. 2001; 47 (3): 177-183.
- 14) Alves D., Cassamassimo M., Guimarães M., Garcia C., et al. Alteración de la flora vaginal en gestantes de bajo riesgo atendidas en servicio público de salud: prevalencia y asociación a la sintomatología y hallazgos del examen ginecológico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* sept.-oct. 2010; 18(5):09.
- 15) Lamont R., Keelan J., Larsson P., Jørgensen J. The treatment of bacterial vaginosis in pregnancy with clindamycin to reduce the risk of infection-related preterm birth: a response to the Danish Society of Obstetrics and Gynecology guideline group's clinical recommendations. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017; 96:139–143.
- 16) Vallely LM, Toliman P, Ryan C, et al. Performance of syndromic management for the detection and treatment of genital *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* and *Trichomonas vaginalis* among women attending antenatal, well woman and sexual health clinics in Papua New Guinea: a crosssectional study. *BMJ Open*.2017;7:e018630.
- 17) Fernández O., Betancourtll A., Lesteirolll M., Faurel R., et al. Prevalencia por diagnóstico inmunológico de *Candida spp*, *Trichomonas vaginalis* y *Gardnerella vaginalis* en mujeres

- embarazadas a nivel primario del sistema de salud. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2010;36(1):65-72.
- 18) Reichman, Orna et al. Genital discomfort: yeast, trichomonas and bacterial vaginosis are only the tip of the iceberg. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 2017;214:200 – 201
 - 19) Alarcón J., Ramos J., et al. Infecciones en ginecología y obstetricia: producción científica de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología en sus setenta años de vida institucional. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2017;63(3):429-447.
 - 20) Hilbert D., et al, Utilization of molecular methods to identify prognostic markers for recurrent bacterial vaginosis, *Diagn Microbiol Infect Dis* .2016; 86(2):231 – 242.
 - 21) Nyirjesy P. Management of persistent vaginitis. *Obstet Gynecol*. 2014 ;124(6):1135-46.
 - 22) Tellapragada C, et al. Screening of vulvovaginal infections during pregnancy in resource constrained settings: Implications on preterm delivery. *J Infect Public Health*. 2016;10(4):431–437.
 - 23) Plummer E., Garland S., Bradshaw C., Law M, Vodstrcil L., Hocking J. et al. Molecular diagnosis of bacterial vaginosis: Does adjustment for total bacterial load or human cellular content improve diagnostic performance?, *Journal of Microbiological Methods*.2017;133:66-68.
 - 24) Austin M., Avolia H., Meyn L., Rabe L. What is normal? deciphering nugent scores of 0-3 in US and Zimbabwean women. *American Journal of Obstetrics Gynecology*.2016;215:S831-S832.
 - 25) Rodrigues, F.S., et al., Proposal of a new cutoff for Nugent criteria in the diagnosis of bacterial vaginosis, *J. Microbiol.Methods*. 2015;115:144-146.
 - 26) Schwebke JR, Morgan FG Jr, Koltun W, et al. A phase-3, double-blind, placebo-controlled study of the effectiveness and safety of single oral

doses of secnidazole 2 g for the treatment of women with bacterial vaginosis. *Am J Obstet Gynecol.*2017;217:678.e1-9.

- 27) Petrina M., Cosentino L., Rabe L. et al. Susceptibility of bacterial vaginosis (BV)-associated bacteria to secnidazole compared to metronidazole, tinidazole and clindamycin. Schwebke JR, Morgan FG Jr, Koltun W, et al. A phase-3, double-blind, placebo-controlled study of the effectiveness and safety of single oral doses of secnidazole 2 g for the treatment of women with bacterial vaginosis. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;217:678.e1-9.
- 28) Asmah R. et al. Trichomoniasis and associated co-infections of the genital tract among pregnant women presenting at two hospitals in Ghana. 2017; 17:130.
- 29) Schellenberg J. et al., *Gardnerella vaginalis* diversity and ecology in relation to vaginal symptoms, *Research in Microbiology.* 2017; 168(9):837-844.
- 30) Muzny CA, et al, Association between BVAB1 and high Nugent scores among women with bacterial vaginosis, *Diagn Microbiol InfectDis.* 2014;80(4):321-323.
- 31) Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento de la infección vaginal en obstetricia. Guía de Práctica Clínica. Quito: MSP;2014. Disponible en: <http://somosalud.msp.gob.ec/>

ANEXO

ANEXO N° 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES	TIPO DE RESPUESTA	ESCALA	CRITERIOS DE MEDICIÓN	INSTRUMENT O
Perfil clínico	Cuadro de estudio de los síntomas de las enfermedades	Aviso útil de que la salud de la gestante puede estar amenazada por factor psíquico, físico, social o combinación de las mismas.	Cualitativa	Prurito	dicotómica	Nominal	Si No	Ficha de recolección de datos
				Flujo vaginal				
				Color				
				Mal olor				
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento	Referencia del número de años que tiene la gestante	Cuantitativa	Años cumplidos	politómica	Razón	Años cumplidos	Ficha de recolección de datos
Estado civil	Relación en que se encuentra una persona en relación a la sociedad	Situación conyugal actual de la gestante	Cualitativa	Sistema de registro civil	politómica	Nominal	-Soltera -Casada Conviviente	Ficha de recolección de datos
Grado de instrucción	Es el grado de instrucción académica que una persona ha recibido	Grado más elevado de estudios realizados o en curso de la gestante sin tener en	Cualitativa	Sistema educativo nacional	politómica	Ordinal	-Analfabeta -Primaria Secundaria Superior	Ficha de recolección de datos

		cuenta si se ha terminado o no.						
Ocupación	Actividad permanente a la que se dedican los integrantes de una población, el mismo que puede ser remunerado o no	Trabajo, empleo u oficio que desempeña la gestante	Cualitativa	Independiente Dependiente Su casa	politómica	Nominal	Independiente Dependiente Su casa	Ficha de recolección de datos
Edad gestacional	Proceso de crecimiento y desarrollo fetal intrauterino que abarca desde el primer día de la última menstruación hasta el nacimiento	Semanas y días que tienen las gestantes	Cuantitativa	Semanas	Politómica	Nominal	Semanas	Ficha de recolección de datos
Paridad	Clasificación de una mujer por el	Número de hijos que	Cuantitativa	Primigesta Multigesta	Politómica	Nominal	Primigesta Multigesta	Ficha de recolección de datos

	número de niños nacidos	tienen las gestantes						
Perfil microbiológico	Procedimiento que determina la presencia, identificación y cantidad de microorganismos patógenos e indicadores de contaminación	Coloración Gram	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Gram + • Gram - 	Dicotómica	Nominal	Positivo Negativo	Ficha de recolección de datos
		Cultivo de secreción vaginal		Agente patógeno				

ANEXO N° 2: INSTRUMENTOS



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PERFIL CLÍNICO, MICROBIOLÓGICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LA VULVOVAGINITIS DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN CONSULTORIOS MATERNO PERINATAL DEL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES, JULIO - DICIEMBRE DEL 2018

I. FILIACIÓN:

Hc:
Edad:
Estado civil:
Ocupación:
Grado de instrucción:

II. ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS

- Edad gestacional:.....
- Paridad: P... M...
- Método anticonceptivo:

III. EXAMEN FÍSICO

- Presencia de Flujo Vaginal: abundante... escaso...
- Secreción con mal olor: sí... no:...
- Color de la secreción:
Blanquecina... amarillento:... verduoso:
- Prurito: Sí..... No.....

IV. ANÁLISIS

EX. EN FRESCO (Suero salino 0.9%):

- Levaduras (Cándidas): Sí NO.....
- Protozoarios (Trichomonas v.): Sí NO.....

COLORACIÓN DE GRAM:

- Células clave:
- Cocos Gram (-):

CULTIVO DE SECRECIÓN VAGINAL:.....

ANEXO N° 3: VALIDEZ DE INSTRUMENTOS- JUICIO DE EXPERTOS

56

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE "DETERMINAR EL PERFIL CLINICO, EPIDEMIOLOGICO Y MICROBIOLÓGICO DE LA VULVOVAGINITIS EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN CONSULTORIOS MATERNO PERINATAL DEL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES, JULIO-DICIEMBRE DEL 2017"

N°	VARIABLES Y DIMENSIONES / items	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	Perfil clínico de la vulvovaginitis en gestantes	X		X		X		
2	Perfil epidemiológico de vulvovaginitis en gestantes:	X		X		X		
	Dimensiones:	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
3	• Edad	X		X		X		
4	• Estado civil	X		X		X		
5	• Grado de instrucción	X		X		X		
6	• Ocupación	X		X		X		
7	• Edad gestacional	X		X		X		
8	• Paridad	X		X		X		
9	• Método anticonceptivo	X		X		X		
10	Perfil microbiológico de la vulvovaginitis en gestantes	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Rosa Bertha Gutarra Vilchez
 DNI: 09307465

Especialidad del validador: Gineco-obstetra - metodólogo

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

29 de 01 del 2018

Rosa Bertha Gutarra Vilchez
 Médica Gineco - Obstetra
 C.M.P. 23786 - R.N.E. 11437

Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE "DETERMINAR EL PERFIL CLÍNICO, EPIDEMIOLOGÍCO Y MICROBIOLÓGICO DE LA VULVOVAGINITIS EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN CONSULTORIOS MATERNO PERINATAL DEL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES, JULIO-DICIEMBRE DEL 2017"

Nº	VARIABLES Y DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	Perfil clínico de la vulvovaginitis en gestantes	✓		✓		✓		
2	Perfil epidemiológico de vulvovaginitis en gestantes:	✓		✓		✓		
	Dimensiones:	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
3	• Edad	✓		✓		✓		
4	• Estado civil	✓		✓		✓		
5	• Grado de instrucción	✓		✓		✓		
6	• Ocupación	✓		✓		✓		
7	• Edad gestacional	✓		✓		✓		
8	• Paridad	✓		✓		✓		
9	• Método anticonceptivo	✓		✓		✓		
10	Perfil microbiológico de la vulvovaginitis en gestantes	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Aquino Dolores Sano

DNI: 03498001

Especialidad del validador: Estadístico

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

.....29.....de.....01.....del 2018

.....
 Sara Aquino Dolores
 ESTADÍSTICO
 Firma de Experto Informante.
 COESP - 023

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE "DETERMINAR EL PERFIL CLÍNICO, EPIDEMIOLÓGICO Y MICROBIOLÓGICO DE LA VULVOVAGINITIS EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN CONSULTORIOS MATERNO PERINATAL DEL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES, JULIO-DICIEMBRE DEL 2017"

N°	VARIABLES Y DIMENSIONES / items	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	Perfil clínico de la vulvovaginitis en gestantes	X		X		X		
2	Perfil epidemiológico de vulvovaginitis en gestantes:	X		X				
	Dimensiones:	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
3	• Edad	X		X		X		
4	• Estado civil	X		X		X		
5	• Grado de instrucción	X		X		X		
6	• Ocupación	X		X		X		
7	• Edad gestacional	X		X		X		
8	• Paridad	X		X		X		
9	• Método anticonceptivo	X		X		X		
10	Perfil microbiológico de la vulvovaginitis en gestantes	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SI HAY SUFICIENCIA

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Paredes Ayala Bertha
 DNI: 06254123

Especialidad del validador: COECCO035/3pa

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

.....29.....de.....01.....del 2018

B. Paredes Ayala
 MEDICO CIRUJANO
 FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE.

ANEXO N° 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

ALUMNO: Zavaleta Ramos, Katherine Maura

ASESOR: Dra. Gutarra Vilchez Rosa

LOCAL: San Borja

TEMA: Perfil epidemiológico, clínico y microbiológico de la vulvovaginitis en las gestantes atendidas en consultorios materno perinatal del hospital Sergio E. Bernales, Julio- Diciembre del 2017?

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>General: PG: ¿Cuál es el perfil clínico, epidemiológico y microbiológico de la vulvovaginitis en las gestantes atendidas en consultorios materno perinatal del hospital Sergio E. Bernales, Julio- Diciembre del 2017?</p> <p>Específicos: PE 1: ¿Cuál es el perfil clínico de la vulvovaginitis de las</p>	<p>General: OG: Determinar el perfil clínico, epidemiológico y microbiológico de la vulvovaginitis en las gestantes atendidas en consultorios materno perinatal del Hospital Sergio E. Bernales, Julio-Diciembre del 2017</p> <p>Específicos: OE1: Determinar el perfil clínico de las gestantes con</p>	<p>General: HG: por la naturaleza del estudio no se plantea hipótesis</p> <p>Específicas: HE1: por la naturaleza del</p>	<p>Variables : Cuadro Epidemiológico Clínico Microbiológico</p> <p>Indicadores Epidemiológico. Con dimensiones: -Edad: Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dni

<p>gestantes atendidas en consultorios materno perinatal del hospital Sergio E. Bernales, Julio-Diciembre del 2017?.</p> <p>PE 2: ¿Cuál es el perfil epidemiológico de la vulvovaginitis de las gestantes atendidas en consultorios materno perinatal del hospital de Sergio E. Bernales, Julio-Diciembre del 2017?</p> <p>PE 3: ¿Cuál es el perfil Microbiológico de la vulvovaginitis de las gestantes atendidas en</p>	<p>vulvovaginitis atendidas en consultorios materno perinatal del hospital Sergio E. Bernales, Julio- Diciembre del 2017.</p> <p>OE 2: Determinar el perfil epidemiológico de la vulvovaginitis de las gestantes atendidas en consultorios materno perinatal del hospital Sergio E. Bernales, Julio-Diciembre del 2017</p> <p>OE 3: Determinar el perfil Microbiológico de la vulvovaginitis de las gestantes atendidas en consultorios</p>	<p>estudio no se plantea hipótesis</p> <p>HE2: por la naturaleza del estudio no se plantea hipótesis</p> <p>HE 3: por la naturaleza del estudio no se plantea hipótesis</p>	<p>Estado civil: Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Conviviente • Divorciada • Viuda <p>Grado de instrucción: Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria • Secundaria • Superior <p>Ocupación: Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Independiente • Dependiente • Ama de casa
---	---	---	--

<p>consultorios materno perinatal del hospital Sergio E. Bernales, Julio-Diciembre del 2017?</p>	<p>materno perinatal del hospital Sergio E. Bernales, Julio-Diciembre del 2017</p>		<p>Edad gestacional: Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Semanas <p>Conductas sexuales Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de parejas <p>Paridad Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primigesta • Multigesta <p>Indicadores: Cuadro clínico:</p> <ul style="list-style-type: none"> -prurito -flujo vaginal -color -mal olor
--	--	--	--

			Microbiológico: Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> • Coloración Gram • cultivos
Diseño metodológico	Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos	
<p>- Nivel: clínica</p> <p>- Tipo de Investigación: Observacional</p> <p>- Alcance: descriptivo</p> <p>-Diseño: transversal de tipo retrospectivo</p>	<p>Población:</p> <p>N = Una muestra aleatoria de 116 gestantes calculada con el software del IMIM con una confianza del 95% y una precisión de +/- 10 unidades porcentuales, un porcentaje poblacional que previsiblemente será de alrededor del 24%. En porcentaje de reposiciones necesaria se ha previsto que será del 10%.</p> <p>Muestra: probabilístico muestreo</p> <p>Criterios de inclusión:</p> <p>-Gestantes de 15 – 35 años atendidas en el consultorio materno perinatal del Hospital Sergio E. Bernales que presenta la sintomatología clínica.</p>	<p>Técnica:</p> <p>De la historia clínica recolectamos todo lo referente a las características sociodemográficas, clínicas y microbiológicas. Esto será llenado en la ficha técnica de recolección de datos.</p> <p>Las diferentes variables serán tabuladas, resumidas en Excel 2010 y representadas en cuadros, gráficos estadísticos de distribución de frecuencia</p>	

	<p>-Gestantes de 15- 35 años atendidas en el consultorio materno perinatal del Hospital Sergio E. Bernales que no haya recibido tratamiento por lo menos en las dos últimas semanas</p>	<p>absoluta con utilizando el SPSS versión 21.</p> <p>Instrumentos:</p> <p>Ficha técnica de recolección de datos prediseñada para este trabajo.</p>
--	---	--

ANEXO N° 5: CARTA DE PRESENTACIÓN



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

OFICINA DE GRADOS Y TITULOS

Chorrillos, 10 de Enero de 2018

Carta N° 002-2018-JGT-UPSJB

Doctor

Julio antonio Silva Ramos

Director del Hospital Sergio E. Bernales

Presente.-

De mi especial consideración:

Tengo a bien dirigirme a usted con la finalidad de saludarlo cordialmente y a la vez comunicarle que el Proyecto de Tesis titulado "**Perfil clínico, epidemiológico y microbiológico de la vulvovaginitis de las gestantes atendidas en Consultorio Materno Perinatal del Hospital Sergio E. Bernales, Julio – Diciembre 2017**", presentado por la señorita **Katherine Maura Zavaleta Ramos**, egresada de la Escuela Profesional de Medicina Humana, cumple con los requisitos para titularse por la modalidad de sustentación de tesis; por lo expuesto, solicito que se brinde a la interesada las facilidades del caso en la institución de su digna Dirección para efectos de que pueda realizar su trabajo de investigación.

Aprovecho la oportunidad para reiterarle mi consideración y estima personal.

Atentamente,


Ing. CARLOS FLORES ORMENO
Jefe de la Oficina de Grados y Titulos

ANEXO N° 6: AUTORIZACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE INSTRUMENTO



PERU

MINISTERIO
DE SALUD

HOSPITAL SERGIO E.
BERNALES

OFICINA DE APOYO A LA
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

"Año del Diálogo y la Reconciliación"

MEMO N°. 021 -2018-OF-ADEI-HSEB

A : Srta. ZVALETA RAMOS Katherine Maura
Asunto : Autorización para aplicación de Instrumento de Proyecto de Investigación
Referencia : Solicitud s/n de Enero del 2018
Fecha : 16 ENE 2018

Mediante el presente me dirijo a usted, para dar respuesta al documento de la referencia y comunicarle que esta Jefatura luego de revisar su Trabajo de Investigación Titulado: "**Perfil clínico epidemiológico y microbiológico de la vulvovaginitis de las gestantes atendidas en consultorios del Hospital Sergio E. Bernales, Julio – Diciembre 2017**".

Esta Oficina aprueba su Proyecto de Investigación para la aplicación del Instrumento de tesis.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,

HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES
DR. OSCAR OTOYA PETIT
C.M.P. N° 15131 - R.M.E. 8929
Jefe de Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación

C. c
Archivo
OOOP/Sofia