



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE VULVOVAGINITIS Y DE LAS MEDIDAS
DE PREVENCIÓN EN LAS MADRES DE NIÑAS DE 8 A 11 AÑOS DE EDAD DE
LA ESCUELA FISCOMISIONAL “EDUVIGES PORTALET” 2012-2013 ”**

Tesis previa a la obtención del título
de Médica General

AUTOR:

ISABEL SOFÍA CUENCA PARRA.

TUTOR:

DR. BOLÍVAR SAMANIEGO

LOJA, ECUADOR

2013

Loja, 28 de octubre del 2013

Dr. Bolívar Samaniego
DOCENTE – DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA.

Que el presente trabajo de investigación, elaborado por la estudiante: ISABEL SOFÍA CUENCA PARRA, se ha dirigido, asesorado y revisado de modo íntegro por el suscrito, por lo que he podido confirmar que posee todos los requisitos de fondo y de forma establecidos por la Universidad Nacional de Loja y por el Área de la Salud y Titulación de Médico, por lo que autorizo su presentación.

Lo Certifico.



Dr. Bolívar Samaniego

DOCENTE – DIRECTOR DE TESIS

AUTORIA

Yo, Isabel Sofia Cuenca Parra, declaro ser autora del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja, y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual



.....
AUTORA: Isabel Sofia Cuenca Parra

CÉDULA: 1104361801

OCTUBRE-2013

CARTA DE AUTORIZACION DE TESIS

Yo, Isabel Sofía Cuenca Parra, declaro ser autora de la tesis titulada: "NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE VULVOVAGINITIS Y DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN LAS MADRES DE NIÑAS DE 8 A 11 AÑOS DE EDAD DE LA ESCUELA FISCOMISIONAL "EDUVIGES PORTALET" 2012-2013 ", como requisito para optar al grado de: Medica General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tengan convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización en la ciudad de Loja, a los 4 días del mes de noviembre del 2013, firma el autor:



AUTORA: Isabel Sofía Cuenca Parra

CÉDULA: 1104361801

DIRECCION: Loja, L. Borja, 15-25 y A. Bello, El Panecillo.

DIRECCION ELECTRONICA: isofiscplojaecuad@hotmail.com

TELEFONO: 2579829 CELULAR: 0995145753

DIRECTOR DE TESIS: Dr. Bolívar Samaniego

TRIBUNAL DE GRADO: Dra. Ana Puertas

Dr. Washington Orellana

Dr. Marco Ruiz

DEDICATORIA

Dedico mi trabajo de Tesis a Dios por no desampararme, haciéndome sentir su amor infinito y protección, obteniendo así la fuerza necesaria para alcanzar mis metas.

A mi familia, que su amor y apoyo ha sido mi impulso para caminar sin desfallecer.

A mi madre amada, la mujer más valiente y a la vez cariñosa del mundo, mi ejemplo de vida, que con su amor infinito siempre tuvo la palabra precisa para ayudarme a seguir adelante.

A mi padre y hermanos que han sido mis amigos y compañeros de vida, que juntos hemos podido sobrellevar cualquier dificultad.

A Vladimir, mi revolucionario amor, quien ha caminado junto a mí, siendo mi sustento y aliento para hacer realidad mis sueños, así como a Zoilita, un ángel que lo acompaña.

Quiero también dedicar a mis profesores, amigos, compañeros, en fin a todas las personas que con su granito de arena y de manera sincera contribuyeron a que obtenga un logro más de mi vida.

Sofía Cuenca

AGRADECIMIENTO

Mi gratitud va hacia a Dios por haberme guiado y protegido durante cada día de camino a lo largo de mis estudios y de mi vida.

A la Universidad Nacional de Loja, prestigiosa institución que por medio de la Escuela de Medicina, me abrió sus puertas para formarme como una profesional íntegra, además a los docentes que, de manera desinteresada, sin egoísmo y con su mano amiga supieron transmitir sus saberes y experiencias.

Agradezco al Dr. Bolívar Samaniego por la dirección de este trabajo de tesis, por su apoyo, paciencia y consejos que guiaron mi proyecto, y fueron necesarios para la culminación del último peldaño de mis estudios.

Agradecer a los directivos de la “Escuela Eduviges Portalet” porque una vez más contribuyen en mi formación educativa, además agradezco por su colaboración a todas las madres de las niñas estudiantes de mi querida escuela

Agradezco a mi madre, padre y hermanos, por brindarme su amor y apoyo ilimitado, en especial a mi mamá, mi mejor amiga y ejemplo de amor, lucha y perseverancia.

Quiero agradecer a Vladimir, mi amor, mejor amigo y compañero, que con su ayuda y consejos, pude concluir la elaboración de este trabajo.

Además expresar mi gratitud a todas esas personas que como ángeles, Dios ubicó en mi camino y que de una u otra manera han favorecido en mi formación académica.

Sofía Cuenca

TITULO

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE VULVOVAGINITIS Y DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN LAS MADRES DE NIÑAS DE 8 A 11 AÑOS DE EDAD DE LA ESCUELA FISCOMISIONAL “EDUVIGES PORTALET” 2012-2013”

Autor:

ISABEL SOFÍA CUENCA PARRA.

Tutor:

Dr. Bolívar Samaniego

RESUMEN:

La presente investigación tiene como objetivo establecer el nivel de conocimiento sobre vulvovaginitis y su práctica en medidas de prevención por parte de las madres de las niñas prepúberes de la Escuela Eduvigés Portalet, en el periodo 2012-2013.

La investigación es de tipo descriptiva, de corte transversal y retrospectiva. La población de estudio la conformaron las madres de las niñas entre 8 a 11 años estudiantes de la escuela Fiscomisional “Eduvigés Portalet” en el periodo lectivo 2012-2013, que fueron en total 70 personas. La recolección de datos fue a través del Cuestionario por Entrevista. Los resultados obtenidos fueron tabulados para posteriormente ser analizados e interpretados utilizando métodos estadísticos descriptivos e inferenciales.

Los resultados de esta investigación demostraron que dentro del conocimiento que presentan las madres acerca del concepto de vulvovaginitis, el 48% de las entrevistadas no sabe sobre la patología o poseen un concepto equivoco. La relación entre nivel de escolaridad y medidas de prevención tomadas por las madres frente a la vulvovaginitis en sus hijas, son dependientes, donde observamos que las madres con un nivel de educación superior, dieron recomendaciones preventivas específicas y acertadas. Se evidencio el bajo conocimiento sobre las medidas de prevención frente a la vulvovaginitis, en donde el 36 % de las madres no sabe cómo realizar adecuadamente la limpieza de los genitales, así como el 37 % de las madres indico no conocer ni emplear medidas preventivas de ningún tipo. El 34% de las madres no ha recibido información sobre vulvovaginitis, teniendo relación dependiente con las medidas preventivas que realiza.

Esta investigación pudo analizar el nivel de conocimiento de las madres de niñas escolares sobre vulvovaginitis, demostrando que los signos, síntomas y causas que saben acerca de esta patología son pocos, errados y en gran porcentaje

niegan conocer la enfermedad, de este modo las medidas preventivas adoptadas por las madres entrevistadas son insuficientes, confirmando la deficiente información que existe sobre la patología.

Palabras clave: vulvovaginitis, vulvovaginitis en niñas, conocimiento de vulvovaginitis en madres.

ABSTRACT:

To determine the level of knowledge about vulvovaginitis and the practice of preventive measures by the mothers of the prepubertal girls in 'EduvigesPoralet' school, during the period 2012-2013.

The present investigation is descriptive, transversal and retrospective.

The population of the study was conformed by the mothers of the girls whose ages range from 8 to 11 years old in the 'EduvigesPortalet' Fiscomisional School during the 2012-2013 school year, which involved a total number of 70 people. The data collection was achieved by using the Survey by Interview. The resulting data were tabulated in order to be later analyzed and interpreted using descriptive and inferential statistical methods.

Within the knowledge presented by the mothers about the concept of vulvovaginitis, it can be demonstrated that 48% of the subjects don't know anything about the pathology or have a wrong concept of it. The relation between the level of schooling and the preventive measures taken by the mothers concerning vulvovaginitis, are dependent, we can observe that mothers with a higher level of education gave specific and accurate preventive recommendations to their daughters. A low knowledge of the possible measures of prevention of vulvovaginitis was presented, 36% of the mothers don't know how to properly clean the genital areas, and also, 37% of the mothers indicated they don't know any preventive measures at all. 34% of the subjects has never received information about vulvovaginitis, which has a dependent relation with the number of preventive measures they apply.

This research project was able to analyze the level of knowledge that the mothers of scholar girls about vulvovaginitis, proving that the signs, symptoms and causes that are known about the pathology are little, wrong or non-existent; therefore, making the preventive measures taken by the mothers insufficient confirming the deficient information existing about the pathology.

Keywords: vulvovaginitis, vulvovaginitis in girls, vulvovaginitis knowledge of mothers.

INTRODUCCIÓN

Las niñas escolares que poseen edades que comprenden entre los 6 a 11 años, etapa de su vida en la que dejan su pensamiento mágico para comenzar con uno lógico, se tornan más objetivas, tienden a ser más independientes, comienzan a vestirse solas y pasan más tiempo en la escuela y con los amigos. Es una época donde reciben toda la información de su entorno almacenándola como aprendizaje, una fase de crecimiento y desarrollo de suma importancia, en la cual los padres, en especial las madres serán su principal protección y guía, razón necesaria para tener conocimientos esenciales para asegurar su bienestar.

La vulvovaginitis, proceso inflamatorio de la vulva y vagina, es una de las causas más frecuentes de consulta en las unidades de ginecología infantil y en la práctica médica general. Su frecuencia tiene relación con falta de las medidas de prevención en los accionares diarios de las madres hacia sus niñas, la mayoría de veces por falta de conocimiento de esta patología.

La vulvovaginitis se refiere a la inflamación del tracto genital femenino externo que cursa habitualmente con distintos grados de eritema, prurito, disuria, sangrado o secreción vaginal.

Según diversos estudios, solo un tercio de los casos de las vulvovaginitis en la infancia es producido por bacterias específicas, siendo la mayoría de los casos a esta edad, inespecíficas secundarias a estímulos físicos o químicos¹

La presencia de obesidad y sobrepeso, así como aseo genital inadecuado o escaso, uso de prendas de vestir de nylon o de lana que favorecen la humedad de la zona genital, el uso de sustancias que pueden provocar dermatitis y parasitosis, también contribuyen al desarrollo de vulvovaginitis.²

Ante esta realidad y tomando en cuenta la vulvovaginitis como un importante problema de salud, es ineludible elevar nuestro interés, motivo que estimuló a realizar el siguiente estudio:

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE VULVOVAGINITIS Y DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN LAS MADRES DE NIÑAS DE 8 A 11 AÑOS DE EDAD DE LA ESCUELA FISCOMISIONAL “EDUVIGES PORTALET” 2012-2013”.

Como estudiante de medicina de la Universidad Nacional de Loja, es mi deber contribuir a la sociedad lojana, investigando el nivel de conocimiento de las madres de nuestra comunidad sobre la vulvovaginitis e indagando las medidas de prevención que ejecutan en sus niñas escolares. Por esta razón los objetivos de este trabajo investigativo son los siguientes: determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre la vulvovaginitis mediante el reconocimiento de signos y síntomas en las niñas; conocer las medidas de prevención que realizan las madres ante la vulvovaginitis; comprobar si existe una relación entre las medidas de prevención ejecutadas por las madres frente vulvovaginitis con su nivel de escolaridad y según la fuente de información e intervenir mediante charlas educativas sobre promoción y prevención de vulvovaginitis en las madres de las alumnas de la Escuela Eduvigés Portalet.

Es indudable que las medidas de prevención que aplican las madres están estrechamente ligadas con la presencia de la enfermedad, radicando en este punto la importancia de la presente investigación, ya que pretende conocer dudas y conocimientos equívocos que posean las madres de las niñas escolares sobre la vulvovaginitis dentro de esta etapa de crecimiento, con el propósito de educar y eliminar mitos sobre los factores de riesgo y sus medidas de prevención e impulsar la prevención como la mejor elección para evitar enfermedades, en especial, esta patología tan común en las niñas escolares.

En cuanto a lo científico corresponde, se recogió los datos a través de una entrevista personal, se los tabuló y los resultados se los analizaron estadísticamente; para cumplir el tercer objetivo se utilizó la prueba estadística para variables cualitativas "Chi-Cuadrado" utilizando el paquete estadístico R-Project. Obteniendo de esta manera los siguientes datos:

Dentro de este trabajo de investigación se pudo analizar el bajo nivel de conocimiento de las madres de las niñas estudiantes de la escuela “Eduviges Portalet”, sobre vulvovaginitis, demostrando que los signos y síntomas que saben acerca de esta patología son pocos, errados y en un porcentaje considerable, 48% de las entrevistadas, niegan conocer la enfermedad.

Las madres, al tener conocimiento insuficiente sobre las causas que producen vulvovaginitis en sus hijas (37% desconoce), toman medidas de prevención escasas, mismas que aplican en su accionar cotidiano como manejo adecuado de la ropa interior, no usar piscinas ni baños públicos, aseo genital, mismo que en un 36% manifiestan no saber cómo realizarlo, mientras que un 37% de las entrevistadas no realiza ninguna medida de prevención. Esto refleja la deficiente información que existe sobre la patología.

Al concluir con este trabajo investigativo es importante exhortar a la Escuela de Medicina a la realización de programas educativos que vayan orientados hacia la familia lojana, especialmente a las madres que son el miembro del núcleo familiar más ligado a sus hijas, fortaleciendo los lazos con la comunidad y cumpliendo la misión de nuestra carrera y Universidad.

MARCO TEÓRICO

- **SISTEMA GENITAL FEMENINO**
 - Órganos Genitales Externos O Vulva
 - Órganos Genitales Internos

- **VARIABLES EN LA ANATOMÍA DE LOS GENITALES EN LA NIÑA**

- **ASPECTOS FISIOLÓGICOS Y HORMONALES**

- **VULVOVAGINITIS**
 - Factores predisponentes
 - Flora vaginal normal
 - Etiología
 - Vulvovaginitis inespecífica
 - Cuerpo extraño
 - Clínica
 - Diagnóstico
 - Tratamiento

SISTEMA GENITAL FEMENINO

El aparato genital femenino se compone de órganos internos y externos. Los primeros están situados en el interior de la cavidad pelviana, son: dos ovarios, dos trompas, un útero y una vagina. Los órganos externos configuran la vulva, que están en estrecha relación con la desembocadura del recto y de la uretra en región perineal.³

Órganos Genitales Externos o Vulva

Con el nombre de vulva se denomina al conjunto de órganos genitales externos se hallan constituidos por:

- a) Repliegues cutáneomucosos, los labios mayores y menores.
- b) Espacio interlabial o hendidura vulvar.
- c) El aparato eréctil.

Formaciones labiales:

Los labios mayores: son dos pliegues cutáneos alargados simétricos. Por sus extremidades anteriores se unen formando la comisura anterior, que se continúa con el monte de Venus, y por las posteriores poco pronunciadas, la comisura posterior u horquilla.

En su cara externa presenta abundantes los folículos pilosos, así como las glándulas sebáceas y sudoríparas características de los labios mayores después de la adolescencia. La cara interna es lisa, húmeda, de color rosado.

Labios menores o ninfas. Son dos repliegues cutáneos ubicados dentro de los labios mayores. Sus dos caras, interna y externa son lisas, rosadas, húmedas, revestidas por un epitelio de transición carente de folículos adiposos y provistos de numerosas glándulas sebáceas.

Espacio interlabial.

Separando los labios vulvares, presenta a la observación una zona compuesta por diversas zonas formaciones anatómicas:

- a. Vestíbulo: es una pequeña superficie triangular ligeramente deprimida en sentido transversal, limitada a sus lados por los labios menores, contiene la desembocadura de la uretra, vagina y los conductos de las glándulas vestibulares mayores y menores.
- b. Meato urinario, redondeado, estrellado o en forma de hendidura. Situado en la línea media, a 2 cm aproximadamente del clítoris.⁴
- c. Himen, insertado por su borde adherente en el límite vulvo vaginal, se presenta como una membrana transversal perforada; el orificio himenial es de dimensiones variables, los que condiciona los distintos tipos de himen y anomalías: en collar, anular, semilunar, bilabiado, cribiforme, etc., hasta el raro caso de imperforación.⁵
- d. Orificios glandulares de vestíbulo, en las proximidades del meato uretral se puede observar en la mayoría de las mujeres dos orificios, uno de cada lado, que corresponden a la desembocadura de los conductos excretores de las glándulas parauretrales.
Entre las glándulas vestibulares propiamente dichas se distinguen las menores, o de Huguier, que son pequeñas glándulas mucosas del revestimiento vestibular, y las mayores, más conocidas con el nombre de Bartholin, situadas a cada una de ellas en la zona posterolateral del introito.³

Formaciones eréctiles

Están constituidos por:

Clítoris.

El clítoris es corto, es una estructura cilíndrica eréctil, de 2 cm aproximadamente de longitud, está situado en la parte anterior de la comisura labial, parcialmente oculta entre los segmentos anteriores de los labios menores.

Formaciones Bulbovestibulares

Las formaciones bulbovestibulares se componen de dos masas alargadas de tejido eréctil situado a cada lado del orificio vaginal, cada uno mide aproximadamente 2,5 cm de longitud.⁶

Órganos Genitales Internos

Vagina

Es un órgano hueco, impar, muy elástico, cavidad virtual por adosamiento de sus paredes.

Por su extremo superior se inserta alrededor del cuello uterino, su extremo inferior se abre en la vulva mediante el orificio vulvovaginal (introito), que en la mujer virgen se halla parcialmente cerrado por la membrana himeneal o himen.

La pared vaginal está constituida por tres capas: la capa externa, formada por la fascia vaginal. La capa media está constituido por fibras musculares lisas que se disponen en una capa interna con haces en dirección circular y otra externa que orienta sus haces longitudinalmente. La capa interna o mucosa está constituida por un epitelio plano estratificado que carece de glándulas.

Útero o matriz

Órgano muscular hueco en forma de pera que se compone de cuerpo y cuello uterino (cérvix) separados entre sí por un ligero estrechamiento denominado istmo uterino.

El útero no gestante se sitúa generalmente en la pelvis menor, con el cuerpo apoyado sobre la vejiga urinaria y su cuello entre esta y el recto.

El útero es una estructura muy dinámica, cuyo tamaño y proporciones cambian con los diversos cambios vitales.⁷

Trompas Uterinas.

Las trompas uterinas son dos conductos que se extienden a lo largo del borde superior de los ligamentos anchos del útero, desde los cuernos del útero hasta la superficie de ovario.

Ovarios.

Los ovarios son los órganos productores de los ovocitos. Contienen también los elementos de una glándula de secreción interna. Son dos, uno derecho y otro izquierdo. Están situados en la cavidad pélvica, posteriores a los ligamentos anchos del útero, y aplicados a la pared lateral de la cavidad pélvica.

VARIABLES EN LA ANATOMÍA DE LOS GENITALES EN LA NIÑA

Infancia Tardía.

Etapa denominada por algunos autores “el despertar hormonal”, va desde los 7 a 10 años. El monte de venus y los labios mayores se rellenan con suave acolchado de tejido adiposo, los labios menores se redondean. El himen se engruesa y su orificio mide 0,7 cm. La vagina mide 8cm, su mucosa se engruesa, reaparecen los pliegues y su distensibilidad aumenta. La relación cuello: cuerpo se iguala 1:1. El útero inicia su descenso hacia la pelvis, acompañado de ambos anexos. En esta

etapa se inicia el crecimiento miometrial. En esta etapa y bajo la influencia de los estrógenos, el himen se transforma, se hace más grueso, elástico, toma cuerpo y su orificio llega a medir 1 cm aproximadamente.

Perimenarquia y adolescencia.

La vulva es más posterior y horizontal. Los labios mayores se engruesan y los menores se pigmentan e hipertrofian; cubren el vestíbulo conjuntamente con los labios mayores. El himen se engruesa más y su orificio alcanza 1 cm de diámetro. Las mucosas son pálidas y húmedas por la secreción de las glándulas vestibulares, parauretrales y de Bartolino.

La vagina mide entre 10 cm y 12 cm de longitud. Presenta una secreción blanca mucosa por la existencia de lactobacilos, conocida como leucorrea fisiológica. La relación cuerpo: cuello es de 2:1. El cuello uterino aumenta de tamaño y protruye en la vagina. El cuerpo permanece sin flexión hasta la menarquia. Las trompas aumentan su espesor y su luz. Los ovarios aceleran su crecimiento, su forma se redondea, se ubica en la pelvis y alcanza un peso de 4g.⁸

ASPECTOS FISIOLÓGICOS Y HORMONALES

El eje hipotálamo-hipófisis-gónadas (HPG) actúa de manera activa en el feto, el recién nacido y el lactante. Sus impulsos provienen de neuronas del hipotálamo que secretan “pulsos” de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH). En este lapso, basta la secreción de gonadotropina para estimular la maduración de los folículos primordiales, por lo común sólo en la fase de folículos primarios (preantrales).

Ante la inhibición parcial por parte de los centros superiores del sistema nervioso central (SNC), el “generador de pulsos” de la GnRH actúa a un nivel bajo al final de la lactancia y comienzo de la niñez. Las concentraciones de hormonas foliculoestimulante (FSH) y luteinizante (LH) aumentan en forma mensurable en los primeros dos a tres años de vida. En consecuencia, los ovarios producen cantidades pequeñas de estrógeno hasta esas fechas; de los dos a los ocho años

de edad se advierte una supresión mayor aunque incompleta del eje HPG por parte del SNC.

Incluso durante este periodo “inactivo” hay liberación pulsátil de cantidades pequeñas de GnRH; se secretan LH y FSH estimuladas por GnRH y aumenta la secreción nocturna de LH. La desinhibición al comenzar la pubertad hace que aumenten la amplitud y frecuencia de los pulsos de GnRH y así se estimula la producción de gonadotropinas que activan la pubertad y la capacidad de reproducción. Las glándulas suprarrenales aumentan su secreción de los andrógenos dehidroepiandrosterona (DHEA) y de su sulfato (DHEA-S) en fase peripuberal también. ⁶

Efectos de los estrógenos sobre el útero y sobre los órganos sexuales externos femeninos.

Durante la niñez solo se secretan íntimas cantidades de estrógenos, pero en la pubertad, la cantidad de estrógenos secretados en la mujer bajo la influencia de las gonadotropinas hipofisarias aumentan 20 veces o más. En este momento, los órganos sexuales femeninos infantiles se convierten en los de una mujer adulta. Los ovarios, las trompas de Falopio, el útero y la vagina aumentan varias veces de tamaño. También crecen los genitales externos, con depósito de grasa en el monte de Venus y los labios mayores, y aumentan el tamaño de los labios menores.

Además los estrógenos transforman el epitelio vaginal de cúbico a estratificado, que es considerablemente más resistente a los traumatismos e infecciones que el epitelio cúbico prepuberal. Las infecciones vaginales de las niñas pueden curarse mediante la administración de estrógenos simplemente debido a que aumentan la resistencia del epitelio vaginal.

Durante los primeros años de la pubertad, el tamaño del útero aumenta de dos a tres veces, pero más importante que el aumento de tamaño de útero son los cambios que se producen en el endometrio bajo la influencia de los estrógenos. Estas hormonas producen una llamativa proliferación del estroma endometrial y un

gran desarrollo de las glándulas endometriales, que serán utilizadas para colaborar a la nutrición del ovulo implantado.⁹

VULVOVAGINITIS

La vulvovaginitis es entendida como la inflamación de la vulva y/o vagina en respuesta a una variedad de noxas, que generalmente se manifiesta por secreción vaginal a través de los genitales externos; su coloración varía de acuerdo con el germen etiológico. Por su parte la vulvitis se presenta como una congestión importante en la vulva, acompañada generalmente de prurito y disuria, pero sin flujo.

La vagina en condiciones normales tiene un medio ácido. El bacilo de Dóderlein es el responsable de acidificar el medio puesto que produce ácido láctico haciendo que el pH sea de 4 en la mujer en edad fértil. En la deficiencia de estrógenos (p. ej.: en la menopausia), el pH suele ser superior a 6. La flora vaginal normal está constituida por microorganismos aerobios y anaerobios. En ella es posible encontrar microorganismos que son patógenos bajo ciertas circunstancias, como E. coli, Bacteroides fragilis, S. aureus, Streptococcus del grupo B y especies de Candida.

En los días periovulatorios de la mujer en edad fértil, en la púber y en la postmenopáusica, el pH asciende, permitiendo la génesis de las infecciones vaginales graves.¹⁰

Los síntomas vulvovaginales son extremadamente comunes, llegando a constituir el 25% de los motivos de consulta en mujeres en general. Las causas de dicha sintomatología pueden deberse a infecciones e inflamación de la vagina, cérvix o del tracto genital superior y en numerosas ocasiones a causas no infecciosas, tales como reacciones a alérgenos, irritantes, deficiencia de estrógenos, etc.¹¹

En la niña, la vulvovaginitis es el motivo de consulta ginecológica más frecuente. Genera una angustia importante en la madre, que lleva a buscar ayuda especializada. La etiología y manejo de esta afección es diferente a la de la paciente adulta.¹²

Existen factores que favorecen la instalación de la vulvovaginitis en las niñas y son conocidos como factores predisponentes.

Factores predisponentes.

Factores no modificables:

- Labios mayores con poco tejido adiposo
- Labios menores pequeños
- Piel vulvar delgada
- Ausencia de vello púbico
- Vulva cercana al ano
- Epitelio hipoestrogénico
- pH vaginal neutro por ausencia del bacilo de Doderlein

Factores modificables:

- Inadecuada técnica de higiene
- Aseo vulvar excesivo
- Uso de jabones irritantes
- Juegos en arena y tierra
- Enfermedades respiratorias o gastrointestinales
- Estados de inmunodeficiencia
- Uso de ropa ajustada
- Abuso sexual

Flora vaginal normal

Tenemos que tener presente que la vagina de la niña carece de gérmenes las primeras 24 a 48 horas luego de su nacimiento; posteriormente, después de sus primeras evacuaciones, prácticamente es colonizada por flora intestinal.¹³

Así tenemos; como flora habitual de la vagina:

En lactantes y preescolares:

- Flora mixta.
- Predominio de gérmenes entéricos
- Escherichia coli, diptheroides, bacteroides, staphylococcus y streptococcus.

En escolares y perimenárgicas:

- Flora de Doderlein.
- Escherichia coli, diptheroides, bacteroides, staphylococcus y streptococcus.

Etiología

Según su etiología, la vulvovaginitis puede ser:

- Específica: cuando la causa puede ser bien identificada al aislar el germen que ocasiona la infección. Como: Bacterianas secundarias infecciones del tracto gastrointestinal, respiratorio, piel, e infecciones urinarias. Virales por condilomas acuminados, herpes simple, molusco contagioso.
- Inespecífica: cuando no se puede identificar un germen causante de la infección. Que puede deberse: higiene deficiente, agentes irritantes (jabones, ropa), cuerpos extraños, malformaciones congénitas.

Estudios de investigación sobre vulvovaginitis han demostrado en repetidas ocasiones que la causa más frecuente de infección genital en la prepúber es la contaminación de sus genitales por mal aseo, por lo que es frecuente ver esta patología cuando la niña va al colegio y disminuye el cuidado de los genitales por parte de su madre o de quien la cuida.¹⁴

Vulvovaginitis específica

Los agentes etiológicos más comunes de la vulvovaginitis de la infancia son *Streptococcus pyogenes*, *Haemophilus influenzae* y *Escherichia coli*.

S. pyogenes (*estreptococo betahemolítico del grupo A*) es una bacteria grampositiva, que es causa frecuente de faringitis en las niñas de edad escolar. Un serotipo diferente es el agente etiológico del impétigo. Varias investigaciones señalan que la infección vaginal puede derivar de un foco cutáneo o faríngeo.

La mayoría de las cepas de *Haemophilus influenzae* son gérmenes oportunistas que provocan la infección cuando están presentes diversos factores que la propician (infecciones virales o alteraciones de la respuesta inmune).

Otra causa de vulvovaginitis es la infestación por parásitos intestinales. El interrogatorio y los datos que aporta el paciente son más útiles que las pruebas para detectar la presencia de huevos.

La vulvovaginitis por *Candida albicans* o *Candida glabrata* es más frecuente en los lactantes que usan pañales o en los niños con factores predisponentes, por ejemplo, los que realizaron recientemente tratamientos con antibióticos o corticoesteroides o son diabéticos.

En las regiones donde las infecciones por *Yersinia enterocolitica* o *Shigella flexneri* son endémicas, es común que los cuadros disentéricos que provocan estas bacterias se acompañen del compromiso vaginal.

En los cultivos vaginales de las niñas sintomáticas también es habitual el crecimiento de *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus agalactiae*. Ambos gérmenes son bacterias saprófitas que actúan como patógenos oportunistas cuando disminuyen transitoriamente las defensas inmunitarias del huésped. El primero está presente en la piel de la región perineal, la nariz y la faringe, y puede provocar la infección cuando se asocia con otros factores, como la dermatitis atópica o la deficiencia de hierro. *S. agalactiae* coloniza el intestino y las vías urinarias.

Los microorganismos que sugieren la transmisión por contacto sexual (abuso infantil) son:

N. gonorrhoeae, una bacteria presente en el flujo purulento, aunque la infección compromete otros sitios, por lo que también se deben tomar muestras para cultivo del recto y de la orofaringe. Se debe investigar la posibilidad de abuso infantil, debido a que el contagio a partir de objetos contaminados es inusual.

Chlamydia trachomatis, que puede provocar una infección vulvovaginal sintomática o asintomática. El método diagnóstico de elección en este caso es el cultivo de las secreciones vaginales y rectales. En las niñas prepúberes la penetración sexual es la vía de contagio más probable.

Trichomonas vaginalis. En las niñas mayores de 1 año el aislamiento de este germen incrementa la sospecha de abuso sexual.¹⁵

Papilomavirus o herpesvirus. En el caso de la infección por papilomavirus, la presencia de verrugas en la región anal debe alertar acerca de la posibilidad de abuso sexual, sobre todo en las niñas mayores (prepúberes). No obstante,

existen otras vías de contagio (transmisión vertical, lesiones cutáneas en las personas a cargo del menor, autoinoculación, etc.).

Las lesiones herpéticas pueden ser provocadas por el VHS tipo 1 o tipo 2. La infección se adquiere por el contacto directo con las lesiones cutáneas de cualquier parte del cuerpo; por lo tanto, la transmisión puede ser sexual o no.

En las niñas prepúberes, el efecto de los estrógenos puede alterar el ambiente vaginal y favorecer el crecimiento de lactobacilos, *Gardnerella vaginalis*, *Mobilunculus*, *Mycoplasma hominis* y *Ureaplasma urealyticum*. En este grupo de pacientes no existen indicios que avalen que las bacterias se adquieren por vía sexual.

Cuerpo extraño

Los cuerpos extraños vaginales en niñas pueden causar vulvovaginitis aguda o crónica. Esta causa flujo vaginal crónico maloliente, y en ocasiones sangrado. Restos de toallitas o papel higiénico son los cuerpos extraños más comúnmente aislados en estas niñas, aunque en ocasiones se encuentran otros objetos como monedas, tapones de botellas o pequeños juguetes. Si el cuerpo extraño es visible y la paciente colabora, se puede extraer por irrigación con agua templada o con ayuda de una cureta plástica, aunque en ocasiones esta maniobra puede requerir sedación para su realización. Asimismo, cuando tratamos a niñas con cuerpos extraños vaginales debemos descartar el abuso sexual como causa de esta entidad.⁶

Vulvovaginitis inespecífica

Según diversos estudios, solo un tercio de los casos de las vulvovaginitis en la infancia es producido por bacterias específicas, siendo la mayoría de los casos a esta edad vulvovaginitis inespecíficas secundarias a estímulos físicos o químicos con flora bacteriana mixta en los aislamientos microbiológicos. Hay autores que incluso argumentan que esta entidad debería considerarse una

variante de dermatitis atópica, ya que algunas niñas son especialmente sensibles a una serie de irritantes, como jabones, mala higiene o ropa ajustada, y el prurito vulvar sería la manifestación de esta dermatitis. Típicamente, en estas vulvovaginitis el flujo es mucoso, no purulento, de pequeña cuantía e inodoro². En la mayoría de los casos no se precisa tratamiento antibiótico sistémico, y la correcta aplicación de una serie de normas higiénicas llevará a la mejoría del cuadro clínico¹⁵

Clínica

Los principales signos y síntomas de la vulvaginitis son:

- Secreción vaginal o flujo es el síntoma más frecuente, importante, de gran preocupación para la madre y la paciente y constituye el principal motivo de consulta.
Puede deber a causas no microbianas, con la posibilidad de presencia de oxiuros, o inserción de cuerpos extraños que es poco frecuente. En cuanto a las causas bacterianas es frecuente encontrar a Streptococo del grupo A, Haemófilus influenzae y Cándida albicans. También resulta habitual la presencia de flora intestinal.
- Fetidez.
- Prurito: sensación que propicia el rascado.
- Sangrado genital, se debe sospechar causa de traumatismo accidental, abuso sexual o por causa del rascado.¹⁶
- En el examen físico se pueden apreciar signos irritación vulvar o inflamación (eritema del introito), existe enrojecimiento difuso de la mucosa vulvar a causa del prurito o escozor, además como consecuencia puede observarse úlceras con secreción por posible sobreinfección.¹⁷

La hiperemia de la región perianal es bien marcada en las infecciones por estreptococos, aunque también puede estar relacionada con candidiasis, con parásitos intestinales o irritantes externos (ropa interior

sintética, detergentes de ropa). Así como signos de excoriación del área genital por rascado. ¹⁸

Diagnóstico

Historia clínica:

Interrogar sobre posible puerta de entrada. Precisar si ha tenido infección previa, como gripes, diarreas, infección de piel, etc.

Durante el interrogatorio se recomienda indagar acerca de los siguientes aspectos: antecedentes de atopia, alergia o dermatitis por contacto; hábitos de higiene y evacuación; actividades físicas (ciclismo, equitación, natación); infecciones urinarias previas o recurrentes; trastornos intestinales o gastroenteritis recientes; enuresis o encopresis; enfermedades infectocontagiosas recientes (varicela, parotiditis); tratamientos recientes con antibióticos o corticosteroides. Además, se deben investigar los síntomas (prurito, quemazón, ardor, leucorrea, disuria), su localización y el momento del día en que empeoran. Es importante establecer su entorno social y, sobre todo, quiénes se encargan de su cuidado durante el día.

Examen físico:

Examen general que constate la presencia de otro signo clínico que ayude a confirmar presencia de puerta de entrada.

Examen genital que constate integridad de los elementos que forman la vulva, características del flujo y signos concomitantes.

Al evaluar a las pacientes se debe realizar el examen físico general para descartar la presencia de afecciones dermatológicas (por ejemplo, reacciones alérgicas o dermatitis). La inspección de la zona anogenital debe efectuarse con la paciente en posición de rana, para poder visualizar las regiones anal, perineal y vulvar, y el introito vaginal. Durante el examen se debe registrar la localización de las áreas hiperémicas e inflamadas, y la

presencia de lesiones por rascado, úlceras o vesículas, placas blanquecinas, sangrado, flujo vaginal y adhesiones de los labios, además de establecer el grado de estrogenización y de buscar anomalías anatómicas y del himen. La hiperemia de la región perianal es bien marcada en las infecciones por estreptococos, aunque también puede estar relacionada con candidiasis o con parásitos intestinales.

El objetivo principal de este examen es poder distinguir entre la inflamación vulvar y vaginal inespecífica de tipo no infecciosa, observada en la mayoría de los casos; y el compromiso vaginal más profundo por gérmenes patógenos específicos (vulvovaginitis específica), que se caracteriza por la inflamación pronunciada y la presencia de flujo vaginal

Cultivo y antibiograma del canal vaginal.

El examen bacteriológico del flujo vaginal y antibiograma utilizando medios adecuados para los gérmenes que producen vulvovaginitis en pediatría. La flora endógena aerobia en la niña prepúber es similar a la de la piel circundantes constituida fundamentalmente por microorganismos grampositivos (*Staphylococcus coagulasa negativo*, *Streptococcus* del grupo viridans y rara vez enterobacterias en bajo inóculo). El material para el cultivo debe extraerse del fondo del saco vaginal.

En las niñas prepúberes se puede realizar el hisopado uretral con un hisopo embebido con solución salina estéril.

En las más pequeñas se recomienda introducir una sonda estéril en el introito vaginal para recolectar la secreción vaginal mediante la aspiración simple o luego de colocar una pequeña cantidad de solución salina en el vestíbulo vaginal. La tinción de Gram es el procedimiento diagnóstico más simple. La presencia de leucocitos en la secreción vaginal es un indicador de desarrollo bacteriano altamente sensible, pero con una especificidad del

59%. Por este motivo, el cultivo de la muestra es el método diagnóstico de elección.

En los casos en los que predomina el prurito nocturno se debe solicitar el examen parasitológico y, en las niñas con antecedentes de diarrea, el cultivo de materia fecal. También en algunos casos puede ser útil el urocultivo.

Realizar radiografía simple de pelvis ante la sospecha de cuerpo extraño en vagina.

Realizar vaginoscopia bajo sedación cuando: no responda a la antibioticoterapia, presencia de sangrado genital y el germen etiológico no cause sangrado genital, o cuando el sangrado se acompañe de fetidez y se piense de cuerpo extraño, cuando exista sospecha de malformación tipo uréter ectópico.

También hay que buscar lesiones compatibles con infecciones virales: verrugas provocadas por el papilomavirus, vesículas, erosiones y úlceras por el virus del herpes simple (VHS) y pápulas rosadas o perladas en forma de domo de *Molloscum contagiosum*. En algunos casos pueden ser útiles las pruebas de amplificación de ácidos nucleicos para aclarar el diagnóstico.⁹

Tratamiento

Vulvovagitis inespecífica

Se debe hacer hincapié en las medidas de higiene vulvovaginal. Se debe instruir a la niña y a la madre para que eviten el uso de desodorantes y jabones perfumados durante el aseo de la zona genital, como también los baños de burbujas o geles para ducha.

Se aconseja secar bien la zona anogenital luego del baño diario o la práctica de natación y después de cada micción limpiar siempre dicha zona de adelante hacia atrás con papel higiénico blanco.

Otras medidas útiles son el lavado frecuente de manos y el uso de ropa interior de algodón clara, que se debe lavar con jabón blanco sin perfume. También se recomienda abrir bien las piernas durante la micción.

El uso de cremas emolientes puede aliviar los síntomas. La indicación de agentes tópicos antimicrobianos se debe indicar ante la sospecha de sobreinfección bacteriana. Las cremas con corticoesteroides en dosis bajas pueden ser útiles para interrumpir el ciclo de prurito y rascado.

Vulvovaginitis específica

El tratamiento específico contra la infección por *S. pyogenes* (confirmado por cultivo o por el cuadro clínico) es la amoxicilina por vía oral en dosis de 50 mg/kg dividida en 3 tomas por un lapso de 10 días. En caso de recurrencia se debe descartar el estado de portador asintomático en la paciente o un miembro de la familia. También la amoxicilina es el tratamiento de elección en la infección provocada por *H. influenzae*, aunque en los casos de cepas productoras de betalactamasas se debe aconsejar el tratamiento con amoxicilina-clavulánico.

La terapéutica estándar de los parásitos intestinales es el mebendazol por vía oral en dosis de 100 mg, que se debe repetir a los 15 días. Un tratamiento alternativo es el pamoato de pirantel en una dosis única de 10 mg/kg. En estos casos se debe lavar minuciosamente la ropa interior y de cama.

En las infecciones por *Candida* el tratamiento principal son las cremas tópicas con antimicóticos (cotrimazol y miconazol) por 6 días, junto con el lavado de la zona afectada con soluciones alcalinas. En las pacientes con

alergia a los derivados de los imidazoles, se puede optar por las preparaciones de ácido bórico. En las niñas inmunosuprimidas, en los casos de recaídas o tratamientos que facilitan el desarrollo de levaduras, se indica la terapia con fluconazol en una dosis única de 20 mg/kg por vía oral.

En los casos sintomáticos provocados por gérmenes oportunistas como *S. aureus* se puede optar por la aplicación tópica de mupirocina al 2%, 3 veces por día, en las zonas de piel afectada. Cuando se requiera tratamiento por vía oral se debe usar amoxicilina-clavulánico.

En la infección gonocócica se debe prescribir el tratamiento con cefixima por vía oral (dosis única de 10 mg/kg). También se puede emplear la azitromicina en dosis única de 20 mg/kg (dosis máxima de 1 g). Esta última también se puede usar en la infección por *Chlamydia trachomatis*, aunque el tratamiento de elección es la eritromicina en dosis de 50 mg/kg/d durante 14 días.

En las niñas con tricomoniasis, el metronidazol por vía oral por 5 días es el tratamiento de primera línea.

En los casos de herpes genital se indica el tratamiento con antivirales por vía oral (aciclovir, famciclovir o valaciclovir) por un período de 7 a 10 días.

En los casos de vulvovaginitis recurrente o que no responden al tratamiento se debe volver sobre la historia clínica, los hábitos de evacuación y otros trastornos. Además, hay que considerar el estado general de la paciente y excluir la posibilidad de reacciones alérgicas contra la medicación tópica, de abuso infantil o la presencia de un cuerpo extraño en la vagina. Si las recurrencias se relacionan con *S. pyogenes* o bacterias del género *Haemophilus* se debe descartar el estado de portador por colonización faríngea.⁹

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

La presente investigación fue de tipo descriptiva, de corte transversal ya que las variables se midieron una sola vez en un periodo de tiempo determinado utilizando una entrevista, que se adaptó específicamente al tema de investigación; de tipo retrospectivo porque los datos a medirse fueron a base del conocimiento y la experiencia de la muestra poblacional.

Área de Estudio

Se tiene como lugar de estudio La escuela Fiscomisional “Eduviges Portalet”. Ubicada en la ciudad de Loja, en la provincia del mismo nombre, Barrio El Panecillo, calles Gonzales Suarez y Andrés Bello.

Universo

Madres de las 147 niñas estudiantes de la escuela Fiscomisional “Eduviges Portalet”

Muestra

Madres de las 70 niñas entre 8 a 11 años estudiantes de la escuela Fiscomisional “Eduviges Portalet”.

Criterios de estudio.

- **Criterios de Inclusión:**
 - Madres de niñas entre 8 a 11 años estudiantes de la escuela Fiscomisional “Eduviges Portalet” en el periodo lectivo 2012-2013

- **Criterios de Exclusión:**
 - Madres de las niñas que no desearon colaborar con la entrevista.

Técnica

- El método de muestreo que se empleó para la recolección de datos fue el método no probabilístico denominado “Muestreo por Cuotas”, en este caso se seleccionó la muestra considerando las siguientes características: edad de las niñas de 8 a 11 años, parentesco de la persona entrevistada con la niña, específicamente la madre.
- **Observación.** se utilizó la forma de observación sistemática, regulada o controlada, en la que se dispuso de un instrumento estructurado (la encuesta) para medir las variables en una manera uniforme.
- **Entrevista.** Fue una entrevista dirigida, que se realizó mediante visita domiciliaria, lo que permitió detectar ideas, necesidades, preferencias, hábitos de uso, etc., utilizando como instrumento de recolección de datos **la encuesta por entrevista**, que nos permite obtener información uniforme de nuestro grupo poblacional.
- **Encuesta.** Contiene un listado de preguntas estandarizadas y estructuradas que se han de formular de idéntica manera a todos los entrevistados. Está conformada por 2 preguntas dicotómicas de escala nominal y 8 preguntas abiertas cuya información, al momento de tabular, se agruparan en indicadores policotómicos de escala nominal.

Procedimiento

▪ Fase I.

Se pidió el permiso correspondiente a la Directora de la Institución para enviar un comunicado con las niñas seleccionadas a sus madres, identificándome, explicando el motivo del estudio y pidiendo que remitan su dirección y número telefónico para realizar la entrevista domiciliaria.

- **Fase II.**

Validación: La validación del instrumento de recolección de datos se realizó a través de 2 criterios: Validación de Contenido y Validación por expertos.

La validación de contenido se la realizó mediante una profunda revisión bibliográfica en donde se analizaron varios estudios acerca de la Vulvovaginitis y los factores que determinan su presencia en la edad prepuberal, con lo que se aseguró la representatividad de cada ítem de la encuesta.

La validación por expertos se realizó a través del análisis crítico ejercido por el director de este proyecto, que evaluó de manera independiente la relevancia, coherencia, suficiencia y claridad con que fueron elaborados los diferentes componentes del instrumento, concluyendo que cada uno de los ítems incluidos en él, están claramente relacionados con los objetivos de esta investigación.

Entrevista: Se realizó la entrevista domiciliaria a las madres de las niñas, de manera personal, abarcando con todo la muestra en dos semanas.

Se la realizó con consentimiento informado de modo que a todas las madres se les hizo conocer el motivo de la investigación y los beneficios de la misma.

Se efectuó la primera entrevista como prueba, misma que fue revisada por el director de esta tesis, con el fin de determinar su calidad y realizar ajustes para que cumpla con los objetivos planteados.

- **Fase III.**

- Plan de tabulación**

- Se considerará las siguientes fases:

- Revisión de los datos**

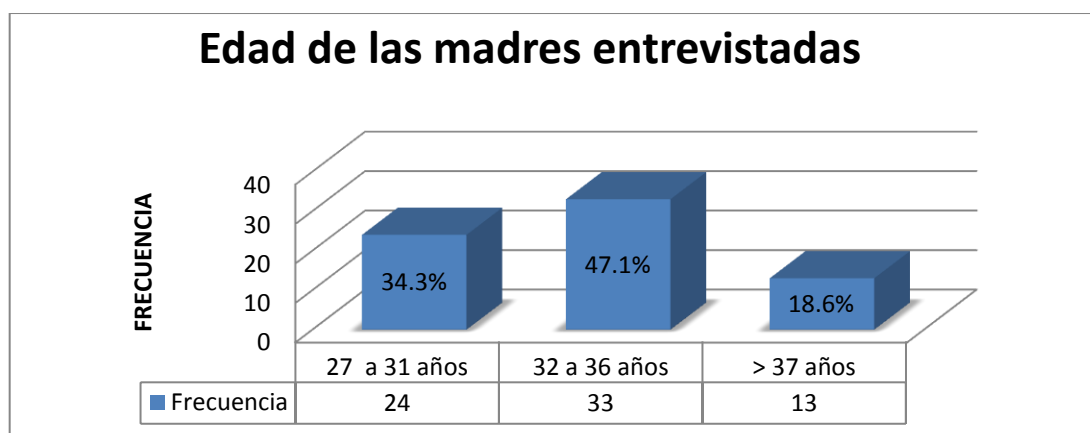
- a) **Procesamiento de los datos.-** Se realizó una base de datos utilizando el programa MicrosoftExcel 2010, registrando en orden los datos recolectados.
- b) **Organización y presentación de los datos.-** Para el análisis estadístico descriptivo, se utilizó el programa MicrosoftExcel 2010, elaborando cuadros unidimensionales con sus respectivos gráficos, mientras que para el análisis estadístico inferencial, se utilizó el paquete estadístico R-Project, realizando tablas de contingencia para la elaboración de las pruebas estadísticas correspondientes. La organización y presentación de los datos se realizó en orden correlativo según los objetivos establecidos de la investigación.
- c) **Análisis estadístico.-** En el análisis estadístico descriptivo, se determinó las frecuencias y porcentajes de las tablas unidimensionales realizadas, elaborando graficas de barras de estas frecuencias; para el análisis estadístico inferencial, se realizó la prueba estadística Chi-Cuadrado en base a las tablas de contingencia.

RESULTADOS E INTERPRETACIONES

TABLA N° 1 Edad de las madres entrevistadas

Edad de las madres encuestadas	Recuento	Porcentaje
27 a 31 años	24	34.30%
32 a 36 años	33	47.10%
> 37 años	13	18.60%
Promedio: 33 ±6 años		
Total	70	100%

FUENTE: Entrevista realizada a las madres de las niñas estudiantes de la escuela "Eduviges Portalet"
ELABORADO POR: Isabel Sofía Cuenca Parra



INTERPRETACION

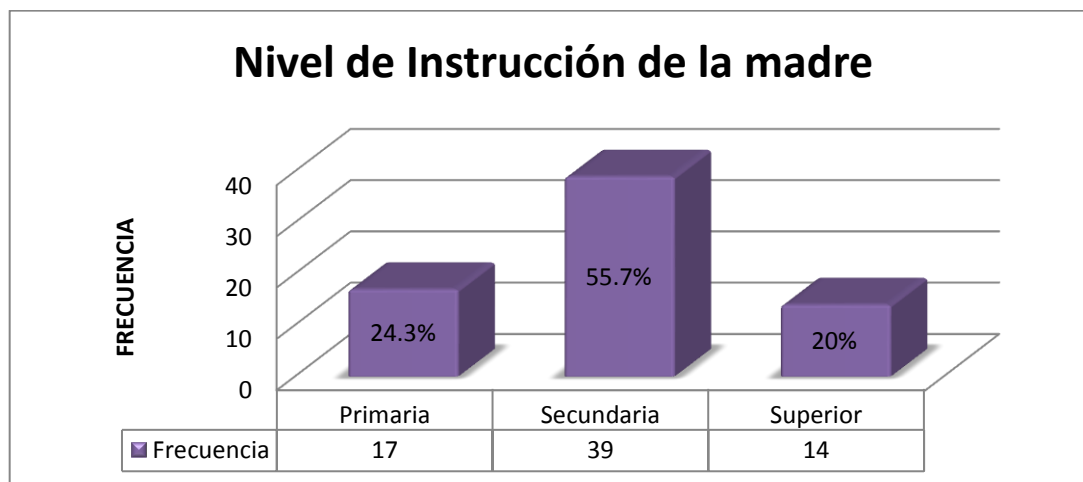
El total de madres que fueron entrevistadas (70 mujeres), se pudo reflejar que el 47% (33 mujeres) se encuentran entre una edad de 27 a 31 años, el 34% (24 mujeres) se encuentra entre una edad de 32 a 36 años y el 19% (13 mujeres) tienen una edad mayor a 37 años.

Tabla N° 2 Nivel de Instrucción de las Madres entrevistadas

Nivel de Instrucción	Número de respuestas	Porcentaje
Primaria	17	24,3%
Secundaria	39	55,7%
Superior	14	20%
Total	70	100%

FUENTE: Entrevista realizada a las madres de las niñas estudiantes de la escuela "Eduviges Portalet"

ELABORADO POR: Isabel Sofía Cuenca Parra



INTERPRETACIÓN

Del total de madres entrevistadas (70 madres), se pudo observar que el 56% (39 madres) tienen instrucción secundaria, el 24% (17 madres) se poseen instrucción primaria y el 20% (14 madres) tienen educación superior.

RESULTADO POR OBJETIVOS

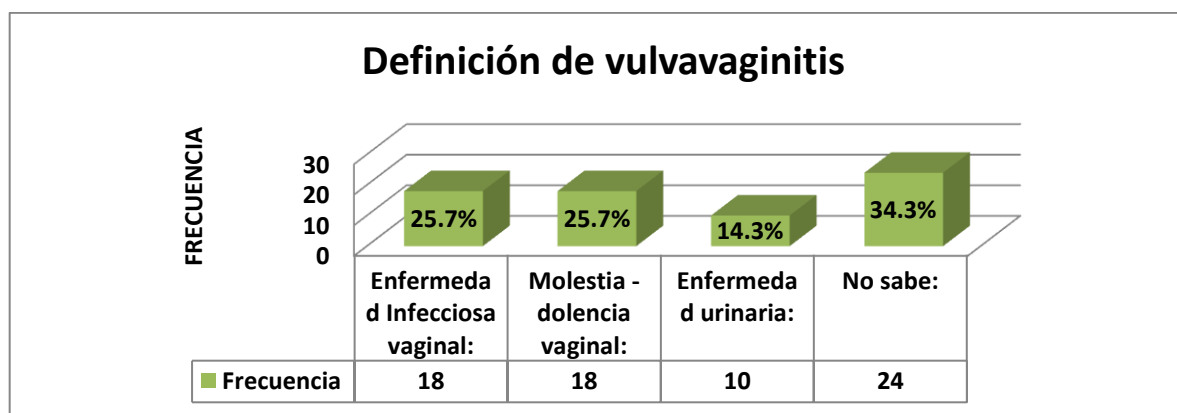
PRIMER OBJETIVO

Determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre la vulvovaginitis, mediante reconocimiento de signos y síntomas.

TABLA N° 3 Definición de las madres sobre Vulvovaginitis

DEFINICIÓN	Frecuencia	Porcentaje
Enfermedad Infecciosa vaginal:	18	25.7%
Molestia – dolencia vaginal:	18	25.7%
Enfermedad urinaria:	10	14.3%
No sabe:	24	34.3%
Total	70	100%

FUENTE: Entrevista realizada a las madres de las niñas estudiantes de la escuela "Eduviges Portalet"
ELABORADO POR: Isabel Sofía Cuenca Parra



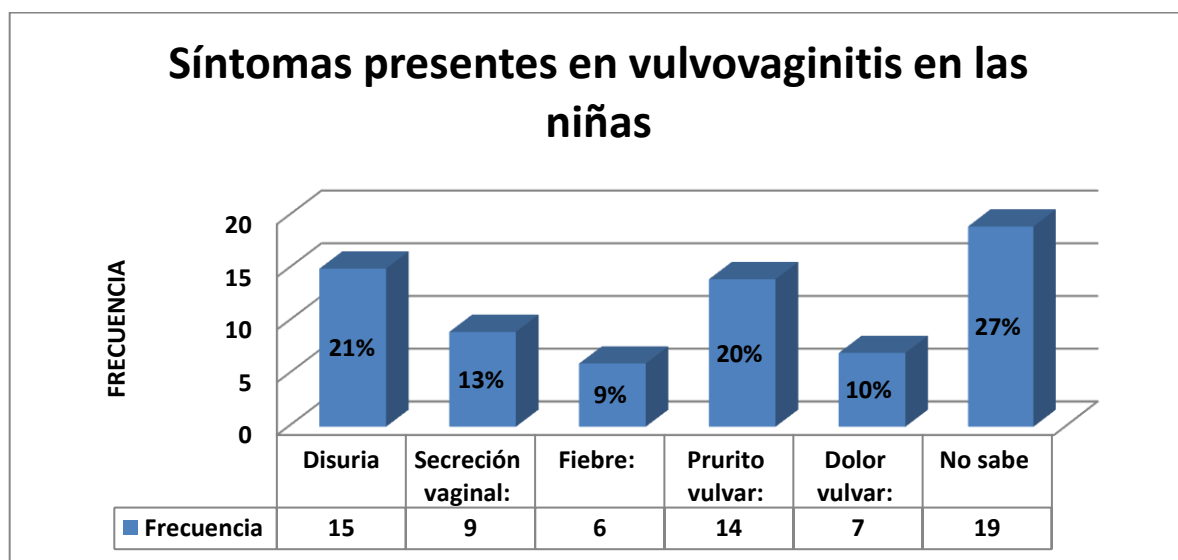
INTERPRETACIÓN

Del total de madres entrevistadas (70 madres), se pudo evidenciar que el 34.3 % (24 madres) indicaron que no saben el significado de vulvovaginitis, el 25.7% (18 madres) se refieren a la vulvovaginitis como una enfermedad infecciosa a nivel vaginal, en igual porcentaje 25.7% (18 madres) describen a la vulvovaginitis como molestia o dolencia a nivel vaginal y el 14.3% (10 madres) la refieren como una enfermedad urinaria.

Tabla N° 4 Síntomas presentes en Vulvovaginitis en las niñas

Síntomas presentes en una vulvovaginitis	Frecuencia	Porcentaje
Disuria	15	21.4%
Secreción vaginal:	9	12.9%
Fiebre:	6	8.6%
Prurito vulvar:	14	20,00%
Dolor vulvar:	7	10,00%
No sabe	19	27.1%
Total	70	100%

FUENTE: Entrevista realizada a las madres de las niñas estudiantes de la escuela "Eduviges Portalet"
 ELABORADO POR: Isabel Sofía Cuenca Parra



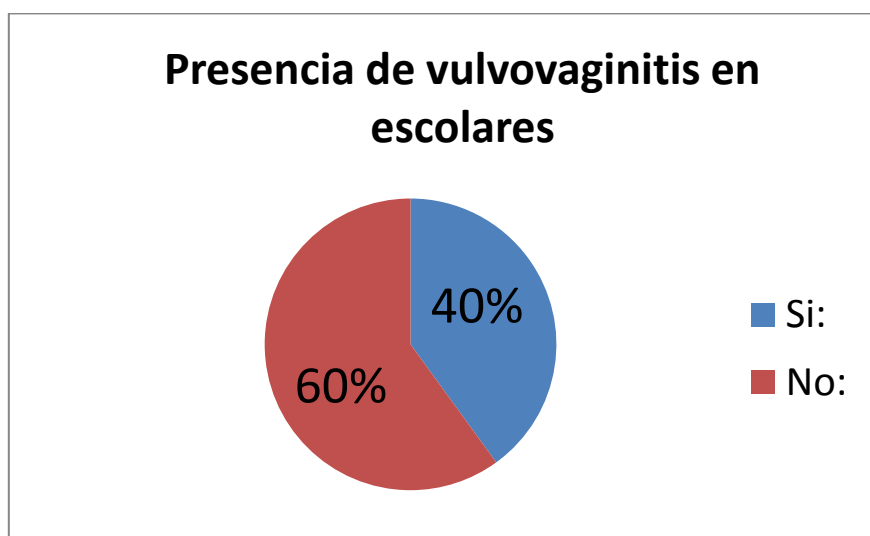
INTERPRETACIÓN

Del total de madres entrevistadas (70 madres), se pudo comprobar que el 27% (19 madres) afirman que no saben sobre la sintomatología de vulvovaginitis, el 21% (15 madres) refieren a la disuria como el principal síntoma de la vulvovaginitis, el 20% (14 madres) indicaron prurito vulvar, un 13% (9 madres) mencionan la secreción vaginal, el 10% (7 madres) tienen como síntoma al dolor vulvar y el 9% (6 madres) refieren como síntoma a la fiebre.

Tabla N° 5 Presencia de vulvovaginitis en hijas escolares de madres entrevistadas.

Presencia de vulvovaginitis en hijas escolares de madres entrevistadas	Número de Respuestas	Porcentaje
Si:	28	40%
No:	42	60%
Total	70	100%

FUENTE: Entrevista realizada a las madres de las niñas estudiantes de la escuela "Eduviges Portalet"
ELABORADO POR: Isabel Sofía Cuenca Parra



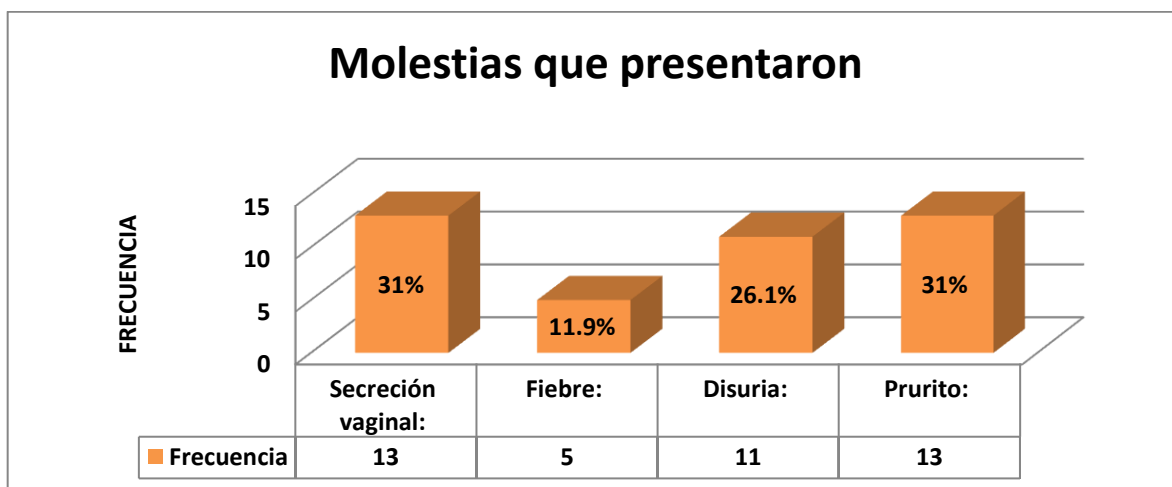
INTERPRETACIÓN

Del total de madres entrevistadas (70 madres), el 40% (28 madres) refieren que sus hijas han presentado algún episodio de vulvovaginitis, mientras que el 60% (42 madres) niegan la presencia de la patología en sus niñas.

Tabla N° 6 Sintomatología que refirieron en niñas que presentaron vulvovaginitis

Sintomatología	Frecuencia	Porcentaje
Secreción vaginal:	13	31.0%
Fiebre:	5	11.9%
Disuria:	11	26.1%
Prurito:	13	31.0%
Total	42	100%

FUENTE: Entrevista realizada a las madres de las niñas estudiantes de la escuela "Eduviges Portalet"
ELABORADO POR: Isabel Sofía Cuenca Parra



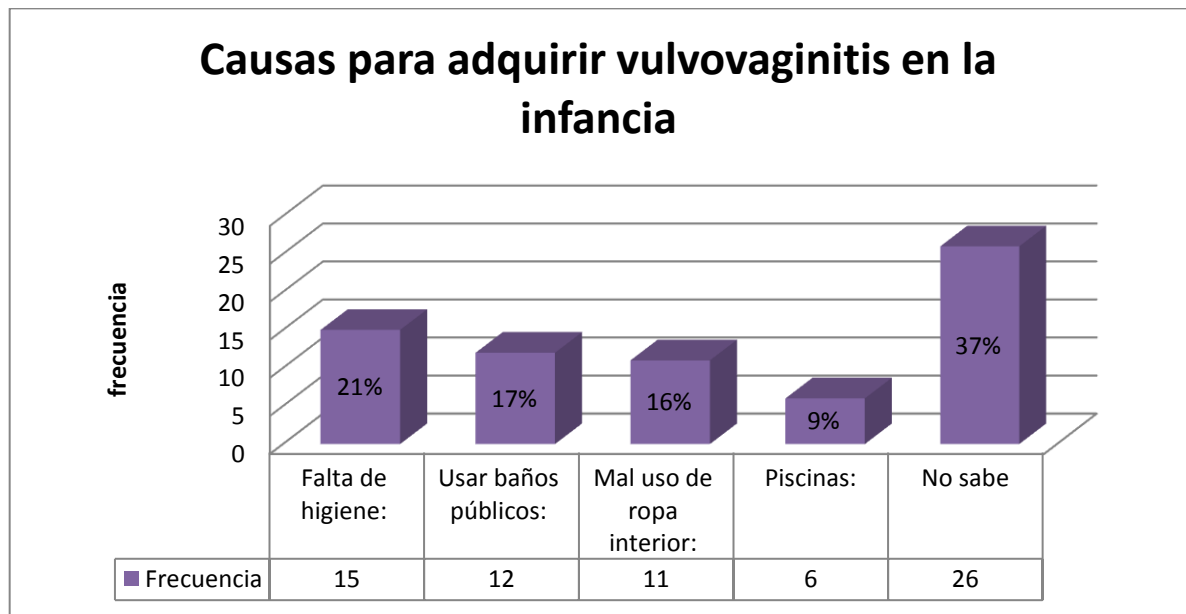
INTERPRETACIÓN

De las 42 madres entrevistadas que afirmaron algún episodio de vulvovaginitis en sus hijas, refirieron que observaron cómo sintomatología: secreción vaginal al igual que el prurito en un 31% (13madres), disuria en 26% (11 madres) y fiebre en un 12% (5 madres).

Tabla N° 7 Causas para adquirir vulvovaginitis en la infancia

Causas de Vulvovaginitis	Frecuencia	Porcentaje
Falta de higiene:	15	21.40%
Usar baños públicos:	12	17.10%
Mal uso de ropa interior:	11	15.70%
Piscinas:	6	8.60%
No sabe	26	37.20%
Total:	70	100.00%

FUENTE: Entrevista realizada a las madres de las niñas estudiantes de la escuela "Eduviges Portalet"
ELABORADO POR: Isabel Sofía Cuenca Parra



INTERPRETACIÓN

Del total de madres entrevistadas (70 madres), se pudo evidenciar que el 37% (26 madres) niegan conocer la causa de vulvovaginitis en las niñas, refieren a la falta de higiene como el principal causante de la vulvovaginitis con un 21% (15 madres), mientras que en un 9 % (6 madres) indicaron como causa al uso de piscinas.

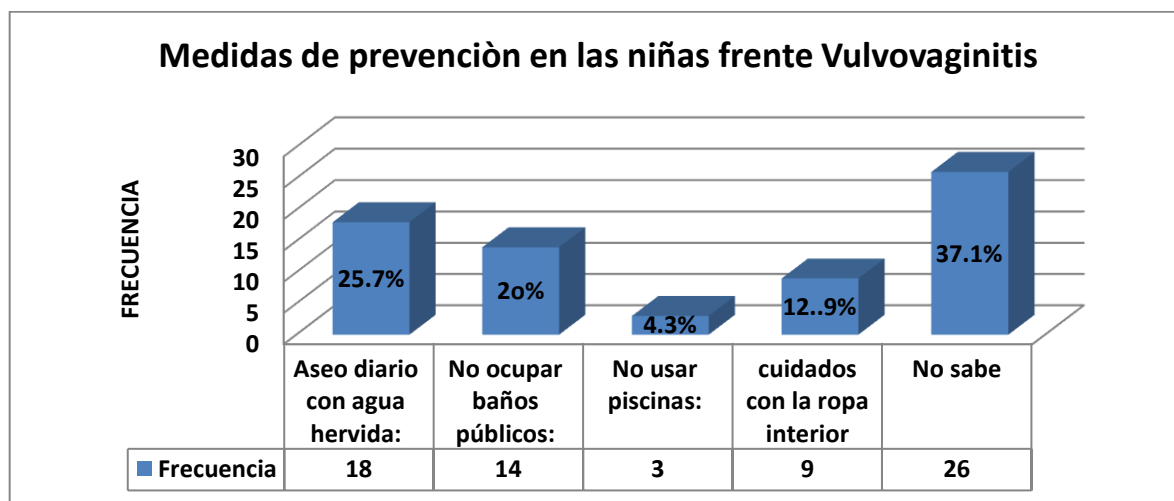
SEGUNDO OBJETIVO ESPECÍFICO

Evidenciar las medidas de prevención que realizan las madres ante la vulvovaginitis.

Tabla N° 8. Medidas de prevención tomadas frente a la vulvovaginitis en las niñas

Medidas de prevención	Frecuencia	Porcentaje
Aseo diario con agua hervida:	18	25.7%
No ocupar baños públicos:	14	20,00%
No usar piscinas:	3	4.3%
cuidados con la ropa interior	9	12.9%
No Realiza	26	37.1%
Total:	70	100%

FUENTE: Entrevista realizada a las madres de las niñas estudiantes de la escuela "Eduviges Portalet"
ELABORADO POR: Isabel Sofía Cuenca Parra



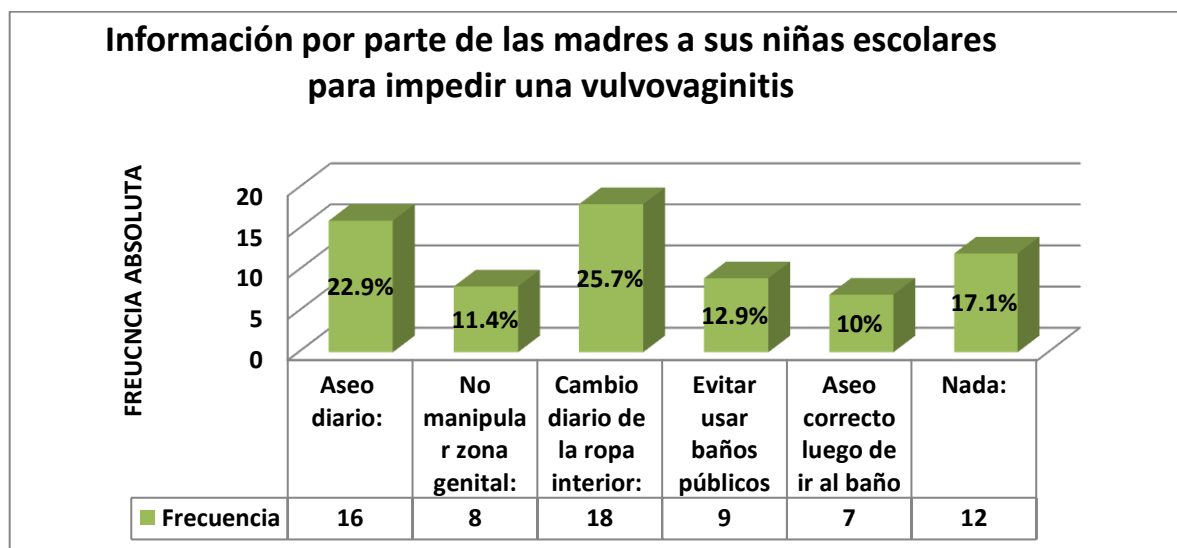
INTERPRETACIÓN

Del total de madres entrevistadas (70 madres), se pudo comprobar que las medidas de prevención que toman para evitar una vulvovaginitis son: el 26% (18 madres) aseo diario con agua hervida, un 20% (14madres) no ocupar baños públicos, el 13% (9 madres) indicaron cuidados de la ropa interior, el 4% (3 madres) refieren no usar de piscinas, mientras que 37% (26 madres) no saben qué acciones de prevención tomar.

Tabla N° 9. Información por parte de las madres a sus niñas escolares para impedir una vulvovaginitis

Información	Frecuencia	Porcentaje
Aseo diario:	16	22.9%
No manipular zona genital:	8	11.4%
Cambio diario de la ropa interior:	18	25.7%
Evitar usar baños públicos	9	12.9%
Aseo correcto luego de ir al baño	7	10,00%
Nada:	12	17.1%
Total:	70	100,00%

FUENTE: Entrevista realizada a las madres de las niñas estudiantes de la escuela "Eduviges Portalet"
ELABORADO POR: Isabel Sofía Cuenca Parra



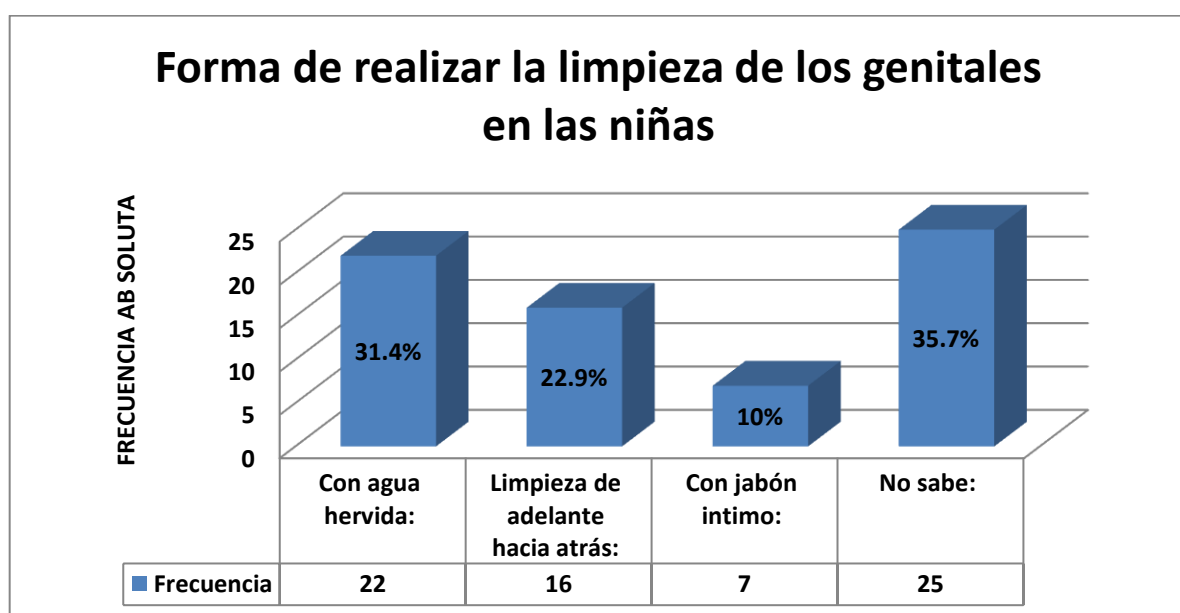
INTERPRETACIÓN

Del total de madres entrevistadas (70 madres), se pudo observar que la información sobre prevención que dan a sus hijas para evitar vulvovaginitis consisten en cambio diario de ropa interior como porcentaje más alto con un 28% (18 madres), mientras que solo un 10% (7 madres) informan el aseo correcto de los genitales.

Tabla N° 10. Forma de realizar la limpieza de los genitales en las niñas

limpieza de los genitales en las niñas	Frecuencia	Porcentaje
Con agua hervida:	22	31.4%
Limpieza de adelante hacia atrás:	16	22.9%
Con jabón íntimo:	7	10.00%
No sabe:	25	35.7%
Total:	70	100%

FUENTE: Entrevista realizada a las madres de las niñas estudiantes de la escuela "Eduviges Portalet"
 ELABORADO POR: Isabel Sofía Cuenca Parra



INTERPRETACIÓN

Del total de madres entrevistadas (70 madres), manifestaron que se debe realizar la limpieza de los genitales en las niñas de la siguiente manera: con agua hervida el 31% (22 madres), limpieza de los genitales de adelante hacia atrás un 23% (16madres), con jabón íntimo el 10% (7 madres), el 35.7% (25 madres) indicaron no saber una forma de limpieza particular.

TERCER OBJETIVO ESPECÍFICO

Comprobar si existe una relación entre las medidas de prevención ejecutadas por las madres frente a la vulvovaginitis con su nivel de escolaridad y fuente de información.

Tabla N° 11. Relación entre medidas de prevención tomadas por las madres frente a la vulvovaginitis en sus hijas y con el nivel de escolaridad de las madres.

	Medidas de prevención tomadas por las madres frente a la vulvovaginitis en sus hijas.				
Nivel de escolaridad	Aseo diario con agua hervida	No ocupar baños públicos	No usar piscinas	Cuidados con la ropa interior	No Realiza
primaria	2 (2.85%)	0 (0%)	3 (4.3 %)	0 (0%)	12 (17.14%)
secundaria	10 (14.2%)	12 (17.14%)	0 (0%)	3 (4.3 %)	14 (20%)
superior	6 (8.75%)	2 (2.85%)	0 (0%)	6 (8.75%)	0 (0%)

FUENTE: Entrevista realizada a las madres de las niñas estudiantes de la escuela "Eduviges Portalet"

ELABORADO POR: Isabel Sofía Cuenca Parra

Prueba estadística Chi-Cuadrado χ^2

$\alpha = 0.05$; GL = 8; χ^2 critico = 15,07; χ^2 Observado = 41,26; p-valor= 1,86e-06

INTERPRETACION:

► χ^2 observado > χ^2 Critico

χ^2 Observado (41,26) > χ^2 Critico (15,07)

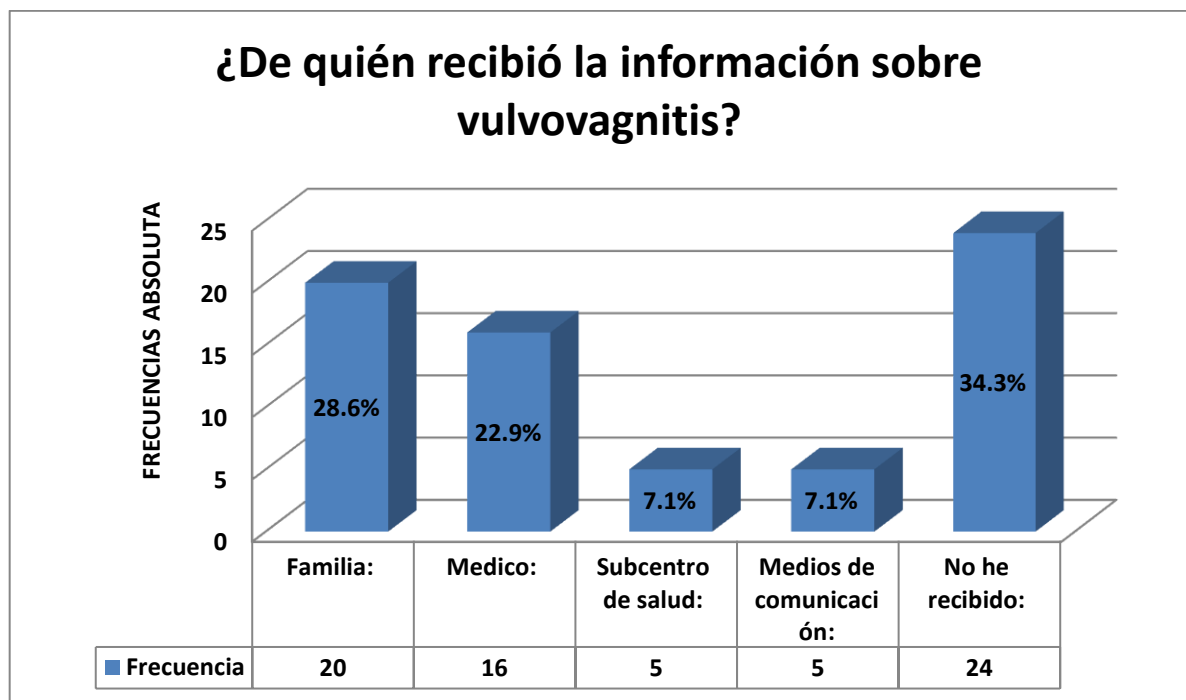
En base a la prueba estadística Chi-Cuadrado, las dos variables, **Nivel de escolaridad y Medidas de prevención tomadas por las madres frente a la**

vulvovaginitis en sus hijas, no son independientes. Es decir, Las medidas de prevención adoptadas por las madres frente a la vulvovaginitis dependen del nivel de escolaridad que ellas poseen. Esto lo evidenciamos en la tabla de datos, en donde observamos que las madres con un nivel de educación superior, dieron recomendaciones preventivas específicas y acordes con las indicaciones recomendadas por la literatura científica actual. Además, se puede evidenciar que de toda la muestra poblacional, el porcentaje de madres que indicaron que no tienen conocimientos sobre medidas preventivas ante vulvovaginitis, 17.14% poseían un nivel de escolaridad “Primario”, 20 % poseían un nivel de escolaridad “Secundario” y 0 % en el nivel de escolaridad “Superior”.

Tabla 12. Fuente de información de las madres entrevistadas sobre vulvovaginitis

Fuente la información	Frecuencia	Porcentaje
Familia:	20	28.6%
Medico:	16	22.9%
Subcentro de salud:	5	7.1%
Medios de comunicación:	5	7.1%
No he recibido:	24	34.3%
Total:	70	100%

FUENTE: Entrevista realizada a las madres de las niñas estudiantes de la escuela "Eduviges Portalet"
 ELABORADO POR: Isabel Sofía Cuenca Parra



INTERPRETACIÓN

Del total de madres entrevistadas (70 madres), declararon que obtuvieron información sobre vulvovaginitis de las siguientes fuentes: su familia el 29% (20 madres), de parte de un médico un 23% (16madres), subcentro de salud el 7% (5 madres) y 34% (24 madres) indicaron no haber recibido información.

Tabla N° 13. Relación entre medidas de prevención tomadas por las madres frente a la vulvovaginitis en sus hijas y con la fuente de información sobre lapatología

FUENTE DE INFORMACIÓN	MEDIDAS DE PREVENCIÓN TOMADAS POR LAS MADRES FRENTE A LA VULVOVAGINITIS EN SUS HIJAS.				
	Aseo con agua hervida:	No ocupar baños públicos:	No usar piscinas:	cuidados con la ropa interior	No realiza.
Familia	8	6	0	6	0
Médico	8	5	1	2	0
Centro de Salud	1	1	2	1	0
Medios de Comunicación	1	2	0	0	2
No ha recibido	0	0	0	0	24

FUENTE: Entrevista realizada a las madres de las niñas estudiantes de la escuela "Eduviges Portalet"
 ELABORADO POR: Isabel Sofía Cuenca Parra

Prueba estadística Chi-Cuadrado χ^2

$\alpha = 0.05$; GL = 16; χ^2 Crítico = 26,29; χ^2 Observado = 85.7623; p-valor= 0.0004998

INTERPRETACION:

▶ χ^2 observado > χ^2 Crítico

χ^2 Observado (85.7623) > χ^2 Crítico (26,29)

En base a la prueba estadística Chi-Cuadrado, las dos variables, **Medidas de prevención tomadas por las madres frente a la vulvovaginitis en sus hijas y la fuente de información**, son dependientes. Es decir, las medidas de prevención empleadas por las madres están relacionadas con la fuente de información.

DISCUSIÓN

En el presente trabajo de investigación se realizó una entrevista a 70 madres de niñas escolares con edades comprendidas entre los 8 a 11 años, estudiantes de la escuela “Eduviges Portalet” una institución fiscomisional de la zona urbana de la ciudad de Loja, para determinar el nivel de conocimiento acerca de la vulvovaginitis y sobre las medidas de prevención que toman hacia sus hijas frente a esta patología.

Dentro del conocimiento que presentan las madres acerca del concepto de vulvovaginitis, se puede demostrar que gran porcentaje de encuestadas no sabe sobre la patología o poseen un concepto equivoco (48%), y que el resto no tiene claro en su totalidad en que consiste la patología, lo que concuerda con un estudio realizado por el Dr. Martínez Leiva en el HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE “DR. ANTONIO LUACES IRAOLA” CIEGO DE ÁVILA en Cuba, en el cual entrevisto a 149 madres de niñas escolares que acudieron a consulta externa en el periodo de septiembre de 2009 a septiembre de 2010, donde se evidencia el pobre conocimiento sobre vulvovaginitis que poseían el 98.7% de las madres, mientras que sólo un 1.3% tenía noción de la misma.¹⁹

En nuestro estudio, al indagar en las madres cual es la principal sintomatología presente en episodios de vulvovaginitis en sus niñas nos refirieron que observaron secreción vaginal y prurito (31%), en menor porcentaje lo relacionan con disuria (26%) y fiebre (12%), lo que concuerda con un artículo publicado en el 2008 en la página electrónica de la Universidad Andrés Bello en Chile, donde la Dra. Lilian Carrasco, afirma que “Las madres traen a sus niñas porque notan un flujo persistente que mancha la ropa interior”. Además, está en relación con un estudio realizado por J. Varona, et. al., en la Habana Cuba, sobre Vulvovaginitis en 100 niñas y adolescentes, donde reporta que el flujo genital es el signo con mayor frecuencia con 84%, otros síntomas y signos frecuentes son el prurito vulvar (36 %), el eritema vulvar (32 %) y la fetidez (24 %).¹²

La vulvovaginitis, es una de las causas más frecuente de consulta en las unidades de Ginecología Infantil y en la práctica médica general. En países como en Cuba algunos estudios reportan que la vulvovaginitis es el principal motivo de consulta ginecológica tanto en niñas prepúberes como en adolescentes, alcanzando una frecuencia de más del 50% de las consultas según Lugones M. en el artículo “Atención Ginecológica a la Niña” publicado en la Revista Cubana de Obstetricia y ginecología en el 2002,²⁰ pudiendo relacionar así con el presente estudio en que el 40% de las niñas hijas de las entrevistadas, han presentado esta enfermedad a pesar de que todas las madres no tenían el pleno conocimiento de la patología y de su sintomatología.

En este estudio, el nivel de escolaridad y medidas de prevención tomadas por las madres frente a la vulvovaginitis en sus hijas, son dependientes, donde observamos que las madres con un nivel de educación superior, dieron recomendaciones preventivas específicas y acertadas. El mayor porcentaje de madres que indicaron que no tienen conocimientos sobre medidas preventivas ante vulvovaginitis, poseían un nivel de escolaridad primario, seguidas por la instrucción secundaria, lo que se relaciona con el estudio del Dr. Martínez Leiva que refleja que del total de las madres encuestadas (149), el 77.2% (115 madres) poseen nivel de instrucción secundaria, condición que se asocia al bajo nivel de conocimiento sobre la enfermedad.

En nuestro estudio, se evidenció el bajo conocimiento sobre las medidas de prevención empleadas por las madres hacia sus hijas para evitar la vulvovaginitis. El 35.7 % de las madres encuestadas manifestó no saber cómo realizar adecuadamente la limpieza de los genitales, sumado a esto, el 37.1 % de las madres encuestadas indico no conocer ni emplear medidas preventivas de ningún tipo. Las medidas de prevención impartidas por las madres a sus hijas, así como el crear una cultura de buenos hábitos higiénicos, disminuyen significativamente la predisposición de las niñas a poseer vulvovaginitis. Relacionamos el estudio de G. Barbosa y M. Olgú, “Caracterización de la vulvovaginitis prepuberal en una

comunidad urbana” en la Unidad de Ginecología Pediátrica en Santiago de Chile, 2005, en donde manifiesta que los parásitos y la falta de higiene han sido citados como mayor causa de vulvovaginitis.²¹ A esto podemos agregar el registro del estudio realizado por Cuadros, et al, en el que demostró que entre los principales agentes causales de vulvovaginitis, las bacterias de las vías aéreas respiratorias representen un alto porcentaje. Este hecho es fácilmente relacionable con una posible auto inoculación, que es una de las hipótesis más postuladas en la literatura actual.

CONCLUSIONES

1. Dentro de este trabajo de investigación se pudo analizar el bajo nivel de conocimiento de las madres de las niñas estudiantes de la escuela “Eduviges Portalet” sobre vulvovaginitis, demostrando que los signos y síntomas que saben acerca de esta patología son pocos, errados y en un porcentaje considerable (48% de las entrevistadas) niegan conocer la enfermedad. De las madres de las niñas que presentaron vulvovaginitis, 31% reconocieron a la secreción vaginal junto con el prurito como sintomatología principal, seguido por la disuria en 26%, reflejando que la mayoría de las madres cuyas hijas han pasado por un episodio de vulvovaginitis son capaces de reconocer señales de alarma específicas referentes a la patología.
2. Las madres, al tener conocimiento insuficiente sobre las causas que producen vulvovaginitis en sus hijas (37% desconoce), toman medidas de prevención escasas, mismas que aplican en su accionar cotidiano, como manejo adecuado de la ropa interior, no usar piscinas ni baños públicos, aseo genital, mismo que en un 36% manifiestan no saber cómo realizarlo, mientras que un 37% de las entrevistadas no realiza ninguna medida de prevención.
3. Se relacionó el nivel de escolaridad con las medidas de prevención que adoptan las madres, pudiendo evidenciar que estas variables son dependientes (Nivel de significancia = 0,05), se observa así que las madres con educación superior acogían medidas preventivas más acertadas en comparación con las de educación secundaria y primaria que en gran número (37%) siguen medidas con menor efectividad o no saben qué acciones aplicar.

4. Al realizar la entrevista a las madres de las niñas se comprobó que hay una escasa información sobre vulvovaginitis o que esta proviene de fuentes poco confiables, con un porcentaje de 70%. Este resultado, al relacionarlo con las medidas de prevención realizadas por parte de las madres nos muestra que son dependientes (Nivel de significancia = 0,05); al no haber información no aplican prevención.

5. Se realizó una formación básica sobre vulvovaginitis y sus medidas de prevención en las madres de las alumnas de la Escuela Eduviges Portalet, mediante charlas educativas que incluían concepto, causas, sintomatología y prevención, elevando su aprendizaje para bienestar de sus hijas y de la comunidad.

RECOMENDACIONES

1. La vulvovaginitis en niñas escolares se presenta con gran frecuencia, debido principalmente a que la familia desconoce de la patología, en especial la madre, miembro generalmente más cercano a sus hijas, es por eso que se exhorta a realizar programas de intervención educativa en unidades educativas y unidades de salud por parte de los alumnos de la escuela de Medicina de la Universidad Nacional de Loja.
2. Como estudiantes de medicina es necesario conocer los principales problemas de salud que enfrenta nuestra comunidad, siendo muy frecuente la vulvovaginitis en niñas prepúberes es imperioso incluir en nuestra planificación de estudio este tema, ya que como hemos observado, la vulvovaginitis en las niñas tiene causas, tratamiento y prevención de distinto modo que en la mujer adulta.
3. Se recomienda al Ministerio de Salud junto con el Ministerio de Educación, la creación de programas educacionales que vayan orientados hacia las niñas en las escuelas, puesto que en esta etapa de desarrollo convierten toda experiencia en aprendizaje, además pasan gran parte de su tiempo en sus establecimientos educativos, ya que la mejor manera de combatir una enfermedad es con su prevención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stricker T, Navratil F, Sennhauser FH. Vulvovaginitis in prepubertal girls. Arch Dis Child. 2003;88(4):324-6.
2. Fernández-Cuesta Valcarce MA. Vulvovaginitis. Guía-ABE. Infecciones en pediatría 2007. Disponible en: <http://infodoctor.org/gipi/>
3. GORI J, GORI R, LORUSSO A. GINECOLOGIA DE GORI. 2nd ed. BUENOS AIRES: EL ATENEO; 2008
4. USANDIZAGA j, DE LA FUENTE P. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. 1st ed. MADRID: MARBAN; 2010.
5. Velasquez N, Brines N, Delgado R. HIMEN. Rev. Obstet. Ginecol. Venez. 2012 Marzo; 72(1).
6. Farage M, Maibach H. The Vulva, Anatomy, Physiology and Pathology. Primera ed. New York: informa healthcare; 2006.
7. Moore K, Dalley A, Agur A. Anatomia con Orientacion Clinica. Sexta ed. Barcelona: Wolters Kluwer Health; 2010.
8. Sánchez de la Cruz B. Ginecología Infantojuvenil. 1st ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2011.
9. Guyton A, Hall J. Tratado de fisiología. Duodécima ed. Barcelona: Elsevier; 2011.
10. Grupo CTO. Manual CTO de Medicina y Cirugía. 8th ed. Madrid: C.T.O. MEDICINA S.L.; 2011.
11. Jimenez L, Escribano J, Martin V. GINECOLOGIA Y ATENCIÓN PRIMARIA. Primera ed. Madrid: Bayer; 2012.
12. Varona J, Alminaque M, Borrego J, Formoso M. Vulvovaginitis en niñas y adolescentes. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2010 Septiembre; 36(1).
13. Cuadros J, Gonzalez P, Orden B, Mazon A, Gil-Setas A, Gomez P, et al. The aetiology of paediatric inflammatory vulvovaginitis. 2003 Diciembre.
14. Ortiz R, Acevedo M. Vulvovaginitis Infantil. PEDIATRIA ATENCIÓN PRIMARIA. 2013 Abril-Junio; XV(58).

15. Dei M, Di Maggio F, Di Paolo G, Bruni V. Bago. [Online].; 2010 [cited 2013 Agosto. Available from: <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/ginecoweb550.htm>.
16. Greydanus D, Feinberg A, Patel D, Homnick. EXAMINACIÓN DIAGNOSTICA PEDIATRICA. Primera ed. Mexico D.F.: McGRAW-HILL; 2008.
17. Drife J, Magowan B. Ginecología y Obstetricia Clinicas. 1st ed. Barcelona: ELSEVIER; 2005.
18. Smith R. NETTER Obstetricia, Ginecología y Salud de la Mujer. 1st ed. Barcelona: MASSON; 2005
19. L. Martínez, O. Carrera, Y. López, O. Menéndez. Programa de intervención educativa sobre el conocimiento que poseen las madres de niñas en edad escolar acerca de los factores de riesgo de las vulvovaginitis. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2011; 17(Supl. 2).
20. M. Lugones, M. Calzada, Atención Ginecológica a la Niña, Rev Cubana Pediatr v.74 n.2 Ciudad de la Habana ener-abr. 2002

ANEXOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

GUIA DE ENTREVISTA SOBRE: EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA VULVOVAGITIS Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN LAS MADRES DE NIÑAS ESCOLARES

- **Edad de la niña: Añoescolar:.....**
- **Edad de la madre: Nivel de Instrucción de la madre:.....**

1. ¿Qué es para usted una Vulvovaginitis?

.....
.....
.....

**2. ¿Qué síntomas o molestias cree usted que puede presentarse en una
vulvovaginitis en las niñas?**

.....
.....
.....

3. ¿Su hija ha tenido vulvovaginitis alguna vez?

Si.....

No.....

4. ¿Si la ha tenido que molestias presento?

.....
.....
.....

5. ¿Cuál cree que es la causa para adquirir una vulvovaginitis en la infancia?

.....
.....
.....

6. ¿Qué medidas debería tomar para evitar vulvovaginitis en su hija y en las niñas en general.

.....
.....
.....

7. ¿Qué información le da a su hija para evitar una vulvovaginitis?

.....
.....
.....

8. **¿Cómo cree que se debe realizar la limpieza de los genitales en las niñas?**

.....
.....
.....

9. **¿De dónde ha recibido información sobre vulvovaginitis?**

.....
.....
.....

10. **¿Cómo cree que los estudiantes de medicina de la UNL pueden colaborar con la comunidad frente a este problema?**

.....
.....
.....

OBSERVACIONES:

.....
.....
.....

GRACIAS POR SU COLABORACION.

PREVENCIÓN



Asno correcto de los genitales: de adelante hacia atrás



Manejo de la ropa interior: hecha de algodón, limpia, bien enjugada para evitar restos de jabón.



Evitar ropa ajustada esta favorece a que se retenga humedad.

Evitar jabones para el lavado genital, cambian el pH favoreciendo a la vulvovaginitis.

Educar a la niñas.

Sus hijas están en la etapa del desarrollo donde su aprendizaje es rápido y para toda la vida



¡Recuerde! el mejor tratamiento contra una enfermedad es la prevención, la salud de su hija está en sus manos.

Por: Sofía Cuenca, estudiante de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional de Loja.



Vulvovaginitis en Niñas

Los niños son el recurso más importante del mundo y la mejor esperanza para el futuro.



Vulvovaginitis infantil

Que es vulvovaginitis?

Se conoce como vulvovaginitis a la inflamación de las estructuras externas del aparato genital femenino, es decir: vulva y la vagina.

El problema ginecológico más frecuente en las niñas escolares.



Causas

- **Anatómicas:** cercanía ano genital, escaso desarrollo genital externo.
- **Fisiológicas:** en la niñez hay disminución de hormonas como los estrógenos.
- **Hábitos personales:** técnica de aseó genital, ropa interior sintética, uso jabones irritantes a nivel genital.
- **Otros:** parásitos, defensas bajas.



Se manifiesta



Irritabilidad



A nivel genital:

- ⇧ Enrojecimiento
- ⇧ Comezón.
- ⇧ Dolor al orinar.
- ⇧ Secreción que mancha la ropa interior



Loja, a 26 de junio de 2013.

Hna.

Floricelda Vanegas.

DIRECTORA DE LA ESCUELA FISCOMISIONAL "EDUVIGES PORTALET".

Ciudad.

De mi consideración.

Permítaseme por la presente hacer llegar un cordial saludo a usted y a todos quienes conforman esta prestigiosa institución de la cual fui parte, segura que seguirá con la misma mística de formación tanto intelectual como cristiana, como ha sido su característica, lo que nos a dado a quienes hemos pasado por sus aulas la firmeza y fortaleza para conseguir las metas trazadas.

Estimada hermana, la suscrita, ex alumna de esta institución, actualmente alumna de la Universidad Nacional de Loja e Interna del Hospital Isidro Ayora; al ser un requisito para culminar con mis estudios, realizar mi tesis y a la vez cumplir mi compromiso médico social con la comunidad lojana, y de manera especial a esta institución a la cual me debo. Por lo que solicito se me de las facilidades necesarias para este fin.

Esperando ser atendida favorablemente, reitero a usted y a toda la familia que constituye la escuela, mis sentimientos de consideración y estima.

Atentamente.



Isabel Sofía Cuenca Parra.
C.I. 1104361801

Para Floricelda Vanegas
Directora







Contenido

▪ TITULO.....	1
▪ RESUMEN:.....	2
▪ ABSTRACT:	4
▪ INTRODUCCIÓN.....	6
▪ MARCO TEÓRICO	9
SISTEMA GENITAL FEMENINO	10
Órganos Genitales Externos O Vulva	10
Órganos Genitales Internos	12
VARIABLES EN LA ANATOMÍA DE LOS GENITALES EN LA NIÑA	13
ASPECTOS FISIOLÓGICOS Y HORMONALES	14
VULVOVAGINITIS	16
Factores predisponentes.....	17
Flora vaginal normal.....	18
Etiología	18
Cuerpo extraño	21
Clínica	22
Diagnóstico	23
Tratamiento.....	25
▪ MATERIALES Y MÉTODOS	28
Tipo de estudio.....	28
Área de Estudio.....	28
Universo	28
Muestra	28
Criterios de estudio.	28
Técnica.....	29
Procedimiento	29
▪ RESULTADOS E INTERPRETACIONES.....	32
▪ DISCUSIÓN.....	46

- CONCLUSIONES..... 49
- RECOMENDACIONES..... 51
- BIBLIOGRAFÍA..... 52
- ANEXOS..... 54