Universidad Nacional de Loja
Área de la Salud Humana
Carrera de Medicina Humana

Título:

"PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VULVOVAGINITIS EN PACIENTES GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA"

Tesis previa a la obtención del título de Médico General

Autora:

Lisbeth del Rocío Jumbo Jadán

Director:

Dr. Marco Leopoldo Medina Sarmiento, Esp.

Loja- Ecuador

2017

CERTIFICACIÓN

Loja, 25 de Enero del 2017

Dr. Marco Leopoldo Medina Sarmiento, Esp.

DIRECTOR DE TESIS

Certifico que la presente tesis titulada **"PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VULVOVAGINITIS EN PACIENTES GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA"** realizada por Lisbeth del Rocío Jumbo Jadán, ha sido elaborada bajo mi dirección, la misma que cumple con los requisitos técnicos y legales que la institución exige por lo que autorizo su presentación al Tribunal correspondiente.

.....

Dr. Marco Leopoldo Medina Sarmiento, Esp.

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Lisbeth del Rocío Jumbo Jadán, estudiante de la Carrera de Medicina Humana del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, declaro ser la autora de la presente tesis previo a la obtención de título de Médico General, que bajo los conceptos, ideas, procedimientos y resultados vertidas en la misma son de absoluta responsabilidad del autor, quien la ha realizado a base de recopilación bibliográfica.

Asumo la responsabilidad de la originalidad de la misma y el cuidado respecto a remitirse a las fuentes bibliográficas respectivas para fundamentar el contenido expuesto.

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

Autora: Lisbeth del Rocío Jumbo Jadán

Firma:.....

Cédula: 1105029480

Fecha: 25 de Enero del 2017

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Lisbeth del Rocío Jumbo Jadán declaro ser autora de la tesis titulada: **"PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VULVOVAGINITIS EN PACIENTES GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA"** como requisito para optar por el grado de: Médico 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 tenga 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 veinticinco días del mes de enero del dos mil diecisiete, firma el autor.

Firma:

Autor: Lisbeth del Rocío Jumbo Jadán

Cédula: 1105029480

Dirección: Ciudadela "Daniel Álvarez" Miguel Morelos y José Martí

Teléfono: 2111471 **Celular:** 0990147685

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director de Tesis: Dr. Marco Leopoldo Medina Sarmiento, Esp.

Tribunal de grado: Presidente: Dr. Richard Orlando Jiménez, Mg. Sc.
Vocal: Dr. Bolívar Eduardo Samaniego Cárdenas, Mg. Sc.
Vocal: Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova, Esp.

DEDICATORIA

A mis padres, Víctor y Olga quienes han sido mi pilar fundamental, recibiendo siempre el cariño y apoyo incondicional con el cual logré culminar un escalón de mi vida profesional, siendo una de mis metas durante esta etapa de mi vida.

A mis hermanos, Iván y Anabel y primo Diego por toda la confianza que depositaron en mí y fueron el apoyo continuo en este largo caminar, brindándome ánimos para no desfallecer jamás ante cualquier adversidad.

A mi Abuelita, tíos, novio y amigos por creer en mí y darme fuerzas para culminar una de mis metas tan anheladas.

Lisbeth del Rocío Jumbo Jadán

AGRADECIMIENTO

A Dios por ser mi guía y fortaleza, y por ser partícipe en cada nueva etapa de mi vida tanto en el ámbito personal como profesional.

A la Universidad Nacional de Loja, por abrirme las puertas y permitirme ser parte de la Carrera de Medicina, a mis queridos docentes de quienes he adquirido valiosos conocimientos y enseñanzas los mismos que supieron impartir día a día sus saberes en pos de mi profesionalización.

Al Dr. Marco Medina Sarmiento, quien durante este tiempo se ha desempeñado como mi guía, orientándome en el desarrollo de mi tesis, brindándome su generosidad y la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia.

Al Dr. Byron Guerrero, Gerente del Hospital Isidro Ayora de Loja, por darme la apertura a la institución y facilitarme la información que fue un punto clave para el desarrollo de mi trabajo investigativo.

Lisbeth del Rocío Jumbo Jadán

ÍNDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN ii
AUTORÍA iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN iv
DEDICATORIA v
AGRADECIMIENTO vi
ÍNDICE GENERAL vii
ÍNDICE DE CUADROS ix
1. TÍTULO: 1
2. RESUMEN 2
SUMMARY 3
3. INTRODUCCIÓN 4
ABREVIATURAS 7
4. REVISIÓN DE LA LITERATURA 8
4.1 RECUENTO FISIOLÓGICO DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO 8
4.1.1 Composición de la flora vaginal normal 8
4.1.2 Interacción entre los microorganismos propios de la flora vaginal y la pared vaginal 11
4.1.3 Interacción entre bacterias, epitelio vaginal y otros 12
4.1.4 Interacción de la flora vaginal con el sistema inmune 13
4.2 VULVOVAGINITIS 13
4.2.1 Definición 13
4.2.2 Datos Epidemiológicos 14
4.2.3 Factores de riesgo que favorecen el desarrollo de Vulvovaginitis en el embarazo 15
4.2.4 Consideraciones acerca de la Vulvovaginitis durante el embarazo 16
4.2.5 Formas etiológicas más frecuentes de Vulvovaginitis en el embarazo 17
4.3 TRATAMIENTO 22
4.4 COMPLICACIONES 25
4.5 PREVENCIÓN DEL RIESGO DE INFECCIÓN VAGINAL EN EL EMBARAZO ... 25
5. METODOLOGÍA 28
5.1 TIPO DE ESTUDIO 28
5.2 ÁREA DE ESTUDIO 28
5.3 POBLACIÓN Y MUESTRA 28

5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN 28
5.5 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES. 28
5.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS 29
6. RESULTADOS 30
7. DISCUSIÓN 36
8. CONCLUSIONES 38
9. RECOMENDACIONES 39
10. BIBLIOGRAFÍA 40
11. ANEXOS 44

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO Nº 1. Prevalencia de Vulvovaginitis en Gestantes 30
CUADRO Nº 2. Caracterización de Gestantes con Vulvovaginitis 32
CUADRO Nº 3. Factores de Riesgo Asociados a Vulvovaginitis 35

1. TÍTULO:

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VULVOVAGINITIS EN PACIENTES GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA

2. RESUMEN

El presente estudio de investigación se realizó con el objetivo de determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados a vulvovaginitis que presentaron las pacientes gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja. Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo en un total de 308 pacientes que cumplen con los criterios de inclusión. De acuerdo con los resultados, la prevalencia de Vulvovaginitis corresponde al 6,17%, de las cuales el 62.66% correspondieron a Candidiasis vulvovaginal, el 27.92% a Vaginosis bacteriana y el 9.42% a Tricomoniasis vaginal. Éste tipo de infecciones se presentó con mayor frecuencia en edades comprendidas entre 14 a 25 años representando el 50.65% y el 41.23% entre 26 a 35años; así mismo predomina en mujeres con una edad gestacional entre 28-41.6 semanas con un 53.25%, en multíparas con un 61.69%, en aquellas con actividad sexual sin protección con un 87,34%, uso de ropa íntima sintética en un 83,44% y ropa ajustada en un 68,51%, con un número de parejas sexuales de 2- 3 representado el 44,16%, que se realizaron duchas vaginales diarias de 2 a 4 veces 20,78%; con uso de jabones alcalinos íntimos 19,16%. Estos hallazgos muestran los principales factores de riesgo de Vulvovaginitis y la ausencia de medidas preventivas, los cuales pueden servir como marcadores clínicos que permitan detectar la enfermedad en estadios clínicos precoces y evitar su progresión hacia formas graves.

Palabras Clave: *Vulvovaginitis, prevalencia, factores de riesgo.*

SUMMARY

The following study investigation was carried out with the objective to determine the prevalence and risk factors associated with Vulvovaginal problems presented by hospitalized pregnant women in the Gynecological Obstetric Service from Isidro Ayora Hospital in Loja city. A retrospective, descriptive study was performed with a total of 308 patients who met the inclusion criteria. According to the results, the prevalence of Vulvovaginal problems belongs to a 6,17%, of which 62,66% corresponded to Vulvovaginal candidiasis, a 27, 92% to bacterial vaginitis and a 9,42% due to vaginal trichomoniasis. These type of infections were frequently presented in ages between 14 to 25 years of age representing a 50,65% and a 41,23% between 26 to 35 years also predominates in women with a gestational age between 28-41.6 weeks with a 53.25%, in multiparous women with a 61.69%, sexual activity without protection with an 87,34%, the use of synthetic underwear with 83,44% and tight clothes with a 68,51%, with a number of 2-3 sexual partners represented with a 44,16%, for those who took daily vaginal douches from 2 to 4 times with a 20,78; the use of intimate alkaline soaps 19.16%. These findings/results show the main risk factors for Vulvovaginitis and absence of preventive measures, which can serve as clinical markers that allow the detection of diseases in early clinical stages and avoid progression towards severe forms.

KEY-WORDS*: Vulvovaginitis, prevalence, risk factors.*

3. INTRODUCCIÓN

Se estima que alrededor del mundo se reportan 10 millones de consultas a las clínicas de ginecología secundarias a vulvovaginitis. La vulvovaginitis se define como la inflamación de la mucosa vaginal y de la piel vulvar. El promedio de infecciones vulvovaginales durante el embarazo se encuentra cercano al 37%, de las cuales la candidiasis vaginal es la más frecuente especialmente durante el tercer trimestre de gestación, siendo la Trichomona vaginalis la menos frecuente. (Cambranes, Alvarado, & Campos, 2013)

Según diferentes estudios Europeos, se estima que la prevalencia de Vulvovaginitis es del 33.1%; de ésta, el 70.2% corresponde a Candidiasis, el 22.3% a Vaginosis bacteriana y tan sólo el 7,5% a tricomoniasis vulvovaginal. (Trama, 2012)

El 90% de los cuadros de vulvovaginitis obedecen a procesos infecciosos y el 10% a otras causas como atrofia o alteraciones dermatológicas, alergias, enfermedades sistémicas, irritación por sustancias químicas o causas iatrogénicas. Dentro de la etiología infecciosa, las causas más frecuentes incluyen: Vulvovaginitis micótica, Vaginosis bacteriana y Vaginitis por Trichomona vaginalis. (Cambranes, Alvarado, & Campos, 2013).

La vulvovaginitis por Cándida, ocurre entre el 20 a 25% de los embarazos. Según la OMS, la prevalencia de vaginosis bacteriana en embarazadas oscila entre el 14% y el 21% en países occidentales. La prevalencia de tricomoniasis en el estudio realizado en el hospital Nacional Arzobispo Loaiza en Lima fue de 7.8%, mayor con respecto a otros estudios similares que muestran una prevalencia de 1.7% a 3.75%. (OMS, 2014)

Los datos existentes de vulvovaginitis en Latinoamérica varían según los países donde se han realizado los estudios, la prevalencia de estas infecciones oscila alrededor del 14% en los países de Perú, Argentina y Cuba según Medina (2014), Di Bartolomeo (2012) y Alemán (2015); pero con una marcada diferencia en Colombia que registra un 6,5% de prevalencia, según Salas en el 2013. (Castro, 2013)

En Ecuador según un estudio realizado por Paz Narváez en el 2013 sobre los "Microorganismos causales en las infecciones vaginales en las mujeres embarazadas" entre diciembre del 2012 y marzo del 2013, se encontró que el 29,8 % correspondió a Vulvovaginitis en las cuales se presentó un mayor porcentaje de vaginitis micótica 56.17% y 39.93% vaginosis bacteriana. Se encontró que las infecciones vaginales fueron más frecuentes en el tercer trimestre de embarazo correspondiente al 17.9%. Así mismo fueron más frecuentes en el grupo de edad de 20 a 39 años que representó el 67.8%. (Narváez, 2013).

Mientras que en nuestra ciudad en un estudio realizado por Quezada María en el 2010 a 290 pacientes, en los resultados obtenidos se determinó una prevalencia del 28.28% de casos positivos para vulvovaginitis candidiásica. En otro estudio realizado en la ciudad de Loja por Guamo, S. Gonzaga L., en 64 pacientes que participaron de la investigación, el 53% resultaron positivas para vulvovaginitis bacteriana. (Quezada, 2010)

Entre los principales factores de riesgo para la aparición del agente etiológico de infecciones vulvovaginales se destacaron; vida sexual activa sin uso de condón con el 65%, higiene vaginal diaria inadecuada 56%, uso de jabón perfumado para el aseo íntimo 55%, uso prolongado de pantalón ajustado 64%, uso de ropa íntima de lycra y sintética 44%. (Toledo, 2013)

Por lo expuesto anteriormente y por la poca información encontrada tanto a nivel nacional, provincial y más aún local sobre este tema, he creído conveniente abordar el estudio de ésta temática planteándome como objetivo general determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados a vulvovaginitis en pacientes gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital Isidro Ayora de Loja, y como objetivos específicos identificar la prevalencia, caracterizar al grupo de pacientes y establecer los factores de riesgo en las pacientes gestantes con diagnóstico de vulvovaginitis hospitalizadas en el Hospital Isidro Ayora de Loja durante el periodo enero – diciembre del 2015. Se procedió entonces a la recolección de datos mediante la revisión de las historias clínicas únicamente de las pacientes gestantes con

diagnóstico confirmado por laboratorio de Vulvovaginitis, los datos obtenidos se registraron en una tabla semiestructurada donde constaron parámetros que permitieron el cumplimiento de los objetivos planteados.

Es así que se encontró una prevalencia del 6.19% de vulvovaginitis, predominando en edades entre 14 a 35 años, en edad gestacional comprendida entre 28–41.6 semanas, en multigestas; entre los factores de riesgo más frecuentes predominaron actividad sexual sin protección, uso de ropa íntima sintética y ropa ajustada durante el período de enero – diciembre del 2015.

ABREVIATURAS

VB: Vaginosis Bacteriana

VVC: Vulvovaginitis Candidiásica

CVV: Candidiasis Vulvovaginal

LA: Lactobacillus Acidophilus

IgA-1: Inmunoglobulina A-1

pH: Potencial de Hidrógeno

IV: Infección Vaginal

ITS: Infección de Transmisión Sexual

RPM: Ruptura Prematura de Membranas

MSP: Ministerio de Salud Pública

OMS: Organización Mundial de la Salud

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

4.1 RECUENTO FISIOLÓGICO DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

4.1.1 Composición de la flora vaginal normal

La superficie vaginal presenta un epitelio plano multiestratificado, carente de glándulas, cuyo grosor varía en función de la secreción estrogénica de la mujer, de manera que tiene unas 40 capas de células durante la edad fértil pero es mucho más fino fuera de ese periodo. El epitelio vaginal se origina por división de las células del estrato basal, de manera que existe un reemplazamiento continuo de la capa superficial por las subyacentes (de aquí el nombre que se le da a veces de epitelio escamoso). (Suárez, 2012)

A pesar de no poseer glándulas, la mucosa vaginal está recubierta por una secreción que es producto de la exudación del propio epitelio y de la procedente del cuello del útero, que le da consistencia mucosa. Este líquido es muy rico en nutrientes como la glucosa y diversos aminoácidos que facilitan la colonización de la cavidad por las bacterias que constituyen la microbiota autóctona. Para evitar el establecimiento de microorganismos indeseables, presenta también concentraciones elevadas de fagocitos, linfocitos y factores solubles como defensinas, lactoferrina, proteínas del sistema complemento e inmunoglobulinas de tipo A. La abundancia del exudado también depende de la secreción estrogénica y, por lo tanto, es mayor durante la edad fértil, siendo asimismo estimulada su secreción por la presencia de organismos indeseables que son así arrastrados hacia el exterior. (Beltrán y Guerra, 2012)

El aparato genital femenino pasa por diversas etapas, controladas por la actividad endocrina, que va a condicionar la estructura y las condiciones imperantes en la cavidad vaginal. Así, los fetos reciben los estímulos de las hormonas maternas a través de la placenta, por lo que su vagina se colonizará con lactobacilos, posiblemente adquiridos durante su paso por el canal del parto, ya que, son absolutamente dominantes en la cavidad de las mujeres sanas en edad fértil. (Beltrán y Guerra, 2012)

En las niñas premenárquicas el sistema endocrino está en reposo, lo que supone que la vagina presentará una mucosa fina y poco húmeda en la que escasean los nutrientes. La microbiota residente será producto de la contaminación desde la piel y el intestino. La puesta en marcha de la producción de estrógenos que marca el inicio de la pubertad, provoca el incremento del espesor del epitelio vaginal y la secreción del exudado rico en nutrientes, lo que facilita la colonización por lactobacilos. El metabolismo fermentativo de estas bacterias genera ácidos orgánicos y agua oxigenada, que eliminarán a los contaminantes intestinales y controlarán la proliferación excesiva de Gardnerella vaginalis, Candida albicans y otros patógenos potenciales. El control es tan eficaz que en el 70% de las mujeres sanas solo se aíslan lactobacilos de su vagina. (Beltrán y Guerra, 2012)

El embarazo induce una cierta inmunosupresión para evitar el rechazo del embrión/feto, que expresará antígenos paternos y, por tanto, extraños para el sistema inmune materno. Este efecto se verá compensado por la disminución del pH vaginal, debido al aumento de la secreción de nutrientes y al incremento subsiguiente de la concentración de lactobacilos, sobre todo durante el tercer trimestre. La razón de estos cambios sería la protección de la mucosa vaginal frente al desarrollo patógenos vaginales o perinatales. (Suárez, 2012)

En las mujeres postmenopáusicas, la interrupción del ciclo estrogénico se acompaña de una gran disminución del volumen de exudado vaginal y de los nutrientes disponibles. Como consecuencia, la densidad microbiana disminuye hasta el 1% de los valores del periodo fértil y las bacterias intestinales y de la piel vuelven a ser la microbiota predominante. Sin embargo, casi el 50% de las mujeres conserva una población apreciable de lactobacilos y ese porcentaje puede incrementarse con terapia hormonal. (Suárez, 2012)

La composición de la flora depende del contenido de estrógenos. El estímulo hormonal determina la proliferación de las células epiteliales que aumentan su contenido de glucógeno.

Este es utilizado por Lactobacillus spp., siendo el ácido láctico el producto final del metabolismo que ocasiona un descenso importante del pH. (Shapova B., 2011)

La acidez resultante inhibe en muchas bacterias. En la mujer en edad genital activa predominan distintas especies de Lactobacillus, otros bacilos Gram positivos y menor número de cocos Gram positivos (Streptococcus spp., Enterococcus spp., etc.). También pueden encontrarse en bajo número Actinomyces, bacilos Gram negativos anaerobios como Bacteroides y distintas especies Enterobacterias. Streptococcus agalactiae (grupo B) se aísla en un porcentaje variable a esta edad. Si bien no suele producir enfermedad en la mujer, su presencia implica riesgo para el recién nacido, en el cual puede causar enfermedad severa. (Savransky Ricardo, 2011)

Durante la gestación, a medida que el embarazo progresa, aumenta la densidad de Lactobacillus y disminuyen los bacilos Gram negativos anaerobios y facultativos, el resultado es un mecanismo que reduce el riesgo de bacteriemia grave durante el parto y el puerperio. También puede aumentar la cantidad de levaduras y, eventualmente, pueden causar síntomas. (Asprea, 2015)

Las especies microbiológicas que se encuentran en la vagina de la mujer saludable en edad reproductiva tienen una gran importancia por la producción de peróxido de hidrógeno de los Lactobacillus spp. En la flora vaginal normal éstos se encuentran en concentraciones de hasta 10 millones de lactobacilos por mililitro de secreciones vaginales. Mientras que la Gardnerella vaginal puede aislarse en el 5 a 60 % de las mujeres sanas sexualmente activas, el Mycoplasma hominis en el 15-30 % y existen concentraciones balanceadas de organismos facultativos y anaerobios. Los bacilos producen ácido láctico a partir de la descomposición del glucógeno que se deposita en las células epiteliales de la vagina después de la pubertad. Este proceso hace que el pH normal de la vagina se ubique entre 4.5 y 5.0, excepto durante las menstruaciones, que

fomenta el crecimiento de lactobacilos acidofílicos (bacilos anaerobios y facultativamente Gram positivos). (MSP, 2012)

Los microorganismos de la vagina necesitan un mínimo de requerimientos: macro y micronutrientes, temperatura, humedad, pH y tensión de oxigeno adecuada. El epitelio vaginal proporciona estas condiciones. A continuación se presenta una clasificación más específica de microorganismos vaginales: (Pérez A., 2014)

Aerobios: Bacilos Gram Positivos: Lactobacilos 45-88%, Difteroides 14-72%, Gardenerella vaginales 2-58%. Cocos Gram Positivos: Staphylococcus epidermidis 34-92%, Staphylococcus aureus 1-32%, Staphylococcus Grupo B 6-22%, Staphylococcus Grupo D 32-36%, Streptococcus no hemolíticos no grupo D 14-33%, Streptococcus Alfa H no grupo D 17-36%. Bacilos Gram Negativos: Escherichia coli 20-28%, Otros: Proteus, Klebsiela, Enterobacter 2-10%.

Anaerobios: Bacilos Gram Positivos: Lactobacilos 10-43%, Eubacterias 0-7%, Bifidobacterias 8-10%, Propionibacterias 2-5%, Clostridium 4-17%. Cocos Gram Positivos: Peptococo 76%, Peptostreptococo 56%, Gafkya anaeróbica 5-31%, Bacilos Gram Negativos: Bacteroides bividus 34%, Bacteroides melaninogenicus 18%, Bacteroides fragilis 7-19%, Fusobacteria 7-19%, Cocos Gram (-): 2-27%.

Molicutos: Mycoplasma hominis: 0-22 %, Ureaplasma urealyticum 0-58%.

Levaduras: 15-30%

4.1.2 Interacción entre los microorganismos propios de la flora vaginal y la pared vaginal

Existe cierto antagonismo entre las diferentes sepas bacterianas que impide que una o varias puedan desarrollarse más que otras: (Shapova B., 2011)

a) Lactobacillus acidophylus. Pueden regularse a sí mismo en su multiplicación a través de la producción de lactocinas que inhiben su propio crecimiento y regulas el crecimiento de otras bacterias a través de la producción de endopeptidasas
b) Algunas bacterias producen una sustancia llamada candicina que inhibe el crecimiento de la cándida albicans. Esto se expresa claramente cuando se administra antibióticos de amplio espectro que elimina estas bacterias haciendo que inmediatamente se desarrollen las levaduras
c) La producción de peróxido de hidrogeno por algunas bacterias es un factor preservador del equilibrio de la vagina a través de la inhibición del crecimiento de otras bacterias. Esta situación tiene implicancias clínicas evidentes. Las pacientes con vaginosis bacteriana tienen solo un 23% de cepas productoras de peróxido de hidrógeno, comparado en un 78% en pacientes sin vaginosis
d) Interacción a través de la producción de nutrientes
e) Bacterias aeróbicas o anaeróbicas facultativas que consumen oxígeno, favoreciendo el desarrollo de otros microorganismos anaeróbicos estrictos. (Shapova B., 2011)

4.1.3 Interacción entre bacterias, epitelio vaginal y otros

Los estrógenos tienen un efecto estimulador del epitelio vaginal que se expresa en forma variable según el momento del ciclo menstrual o las diversas etapas fisiológicas de la vida de la mujer a través de su efecto en la producción de glicógeno: prepuberal, pubertad, edad fértil y menopausia. De todas la cepas de Lactobacillus, el L. acidophylus es aquel que tiene mejor poder defensivo del equilibrio vaginal bajando el pH y por medio de ello estimula el crecimiento de bacterias ácido tolerantes. Además, producen peróxido de hidrógeno, que actúa como bactericida sobre algunas bacterias patógenas. (Pérez A., 2014)

Se ha observado que la mujer durante la fase estrogénica del ciclo tiene en su vagina un 37% de bacteroides, los que disminuirán a un 27% en la fase lútea. Esto estaría directamente

relacionado con una mayor incidencia de infecciones en intervenciones quirúrgicas realizadas en la primera etapa del ciclo. (Pérez A., 2014)

4.1.4 Interacción de la flora vaginal con el sistema inmune

En la superficie del epitelio vaginal existen inmunoglobulinas que actuando como factor estabilizador impiden el pasaje de bacterias más allá de esa barrera. Estos anticuerpos (IgA-1 por ejemplo) pueden ser inactivados por proteasas bacterianas. Existe una gran variabilidad en la respuesta de la mujer a las infecciones, dicho de otro modo, una misma especie bacteriana no produce la misma respuesta en dos personas diferentes, lo cual implica un factor inmunológico y genético importante. La candidiasis recurrente está asociada a defectos importantes de la inmunidad celular. (Pérez A., 2014)

4.2 VULVOVAGINITIS

4.2.1 Definición

Se estima que alrededor del mundo se reportan 10 millones de consultas a las clínicas de ginecología secundarias a vulvovaginitis. La vulvovaginitis se define como la inflamación de la mucosa vaginal y de la piel vulvar, caracterizándose por uno o más de los siguientes síntomas: flujo, prurito vulvar, ardor, irritación, disuria, dispareunia y fetidez vaginal, determinados por la invasión y multiplicación de cualquier microorganismo en la vagina y como resultado de una alteración ambiental en el ecosistema vaginal. Prurito, escozor o dolor (vulvodinia) resultan más patentes en la VVC y tricomoniasis que en VB. (Ramírez B. L., 2010)

El 90% de los cuadros de vulvovaginitis obedecen a procesos infecciosos y el 10% a otras causas como atrofia o alteraciones dermatológicas, alergias, enfermedades sistémicas, irritación por sustancias químicas o causas iatrogénicas. Dentro de la etiología infecciosa, las causas más frecuentes incluyen: Vulvovaginitis micótica, Vaginosis bacteriana y Vaginitis por Trichomona vaginalis. (Cambranes, Alvarado, & Campos, 2013).

4.2.2 Datos Epidemiológicos

En la práctica médica las infecciones vulvovaginales representan un problema de salud frecuente ya que el 95% de las pacientes consultan por flujo vaginal. Se estima que alrededor del mundo se reportan 10 millones de consultas a las clínicas de ginecología secundarias a vulvovaginitis. El promedio de infecciones vaginales durante el embarazo se encuentra cercano al 37% de las cuales la candidiasis vaginal es la más frecuente especialmente durante el tercer trimestre de gestación, siendo la Trichomona vaginalis la menos frecuente. Algunos autores sugieren que las infecciones por C. Trachomatis se incrementan durante el embarazo. Dentro de la etiología infecciosa, las causas más frecuentes incluyen: Vaginosis bacteriana, Vulvovaginitis micótica y Vaginitis por Trichomona vaginalis. (MSP, 2012)

La mujer embarazada es más susceptible de contraer vaginitis por Cándida Albicans, ocurriendo entre el 20 a 25% de los embarazos. Según la OMS, la prevalencia de vaginosis bacteriana en embarazadas oscila entre el 14% y el 21% en países occidentales. La prevalencia de tricomoniasis en el estudio realizado en el hospital Nacional Arzobispo Loaiza en Lima fue de 7.8%, mayor con respecto a otros estudios similares que muestran una prevalencia de 1.7% a 3.75%. (OMS, 2014)

Entre los factores asociados para la aparición del agente etiológico de infecciones vulvovaginales se han destacado; vida sexual activa con el 65%, uso de jabón perfumado para el aseo íntimo 55%, uso prolongado de pantalón ajustado 64%, uso de ropa íntima de lycra y sintética 44%; higiene vaginal diaria 56%. (Toledo, 2013).

4.2.3 Factores de riesgo que favorecen el desarrollo de Vulvovaginitis en el embarazo

4.2.3.1 Duchas vaginales diarias

Las múltiples investigaciones que han realizado los especialistas en la materia en torno a las duchas vaginales no han encontrado que sean efectivas para la limpieza vaginal. De hecho, los resultados han demostrado lo contrario:

- Las duchas vaginales alteran el pH vaginal, razón por la que se genera un ambiente propicio para las infecciones vaginales
- Los especialistas han demostrado que el uso de duchas vaginales tienen un riesgo de más del 70% de presentar un embarazo. (Yamel, 2010)

4.2.3.2 Uso de jabones alcalinos

Los jabones más alcalinos pueden afectar el pH ácido de vulva y vagina y también alterar el manto ácido de pH que tiene normalmente la piel y que es la principal barrera de defensa del cuerpo, por lo que se considera que al igual que las duchas vaginales, pueden provocar reacciones alérgicas, irritación y un ambiente propicio para las infecciones vaginales. (Flores, 2013)

4.2.3.3 Ropa íntima ajustada

La Asociación Estadounidense del Embarazo (American Pregnancy Association) sugiere que el uso de ropa ajustada aumenta el riesgo de infecciones vaginales por hongos. Las mujeres embarazadas experimentan un aumento en las secreciones vaginales durante el embarazo. Esto, combinado con la ropa interior apretada, puede crear el ambiente perfecto para que los hongos que se encuentran naturalmente en la vagina se produzcan en exceso y causen una infección. (Villamonte Wilfrido, 2011)

4.2.3.4 Número de parejas sexuales

Las mujeres que han tenido más de un compañero sexual tienen mayor riesgo de contraer infecciones vulvovaginales. El riesgo aumenta aún más debido a que no se sabe con certeza cuántas parejas han tenido cada compañero sexual antes de la paciente, a menos que exista una excelente comunicación. (Botell Lugones Miguel, 2010)

4.2.3.5 Paridad

La paridad es un factor que mide riesgo obstétrico y eventuales resultados adversos en el recién nacido. Diferentes estudios han demostrado que la primiparidad o el primer embarazo tuvieron una alta correlación con vulvovaginitis; esta se potencia cuando interactúa el embarazo en mujeres mayores de 36 años. (Villamonte Wilfrido, 2011)

De igual manera, la multiparidad también ha sido asociada a resultados adversos explicados principalmente por presencia de infecciones vulvovaginales. (Viggiano, 2010)

4.2.3.6 Actividad sexual no protegida con preservativo

Las relaciones sexuales no protegidas pueden alterar el equilibrio vaginal, tanto por la elevación transitoria del pH durante la eyaculación como por el estrés mecánico de la penetración, que puede alterar la solución de continuidad de la mucosa, así como por la entrada de nuevos patógenos**.** (Corrales A., 2012)

4.2.4 Consideraciones acerca de la Vulvovaginitis durante el embarazo

Cuando las infecciones vaginales están presentes en la paciente embarazada las consecuencias son significativas para la salud de la madre y el feto. La detección temprana es importante ya que las alteraciones fisiológicas maternas pueden disimular la infección y dificultar el manejo así como el cuidado del feto puede complicar el tratamiento adecuado. Las infecciones del tracto vaginal durante el embarazo, pueden tener efectos en la salud fetal exponiéndole al daño fetal indirecto siendo una condición que predispone al parto prematuro

así como a la ruptura prematura de membranas. El clínico debe considerar que muchas de las IV son asintomáticas.

La prevalencia documentada en relación a IV durante el embarazo, está ampliamente descrita y los factores de riesgo más conocidos son aquellos como raza, nivel socio-económico, antecedentes de salud de la madre y localización geográfica.

El 90% de los cuadros de vulvovaginitis obedecen a procesos infecciosos y el 10% a otras causas como atrofia o alteraciones dermatológicas, alergias, enfermedades sistémicas, irritación por sustancias químicas o causas iatrogénicas. Dentro de la etiología infecciosa, las causas más frecuentes incluyen: Vaginosis bacteriana, Vulvovaginitis micótica y Vaginitis por Trichomona vaginalis. (Cambranes, Alvarado, & Campos, 2013)

4.2.5 Formas etiológicas más frecuentes de Vulvovaginitis en el embarazo

4.2.5.1 Vaginosis Bacteriana (VB)

El nombre de Vaginosis Bacteriana o vaginitis no específica fue denominado por un grupo de bacterias que son las causantes etiológicas del cuadro, sin la asociación de una respuesta inflamatoria. Este síndrome clínico se debe al excesivo crecimiento de bacterias que normalmente pudiesen estar en la vagina en menor número que el habitual. Numerosos estudios han mostrado la relación entre Gardnerella vaginalis con otras bacterias como causantes de VB, como son Lactobacillus principalmente L.gasseri - Prevotella y anaerobios que incluyen Mobiluncus, Bacteroides, Peptostreptococcus, Fusobacterium, Veillonella y Eubacterium. Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum, Streptococcus viridans y Atopobium vaginae también has sido asociados con VB. (Gordon, et al., 2013)

Es un síndrome que puede ser diagnosticado clínica y microbiológicamente. Los criterios diagnósticos son los mismos para mujeres embarazadas y no embarazadas. Es la causa más común de flujo vaginal anormal en mujeres en edades reproductivas y embarazadas. (Martínez, 2010)

La prevalencia varía y puede ser influenciada por el comportamiento de los factores sociodemográficos. En Estados Unidos, la tasa de VB en embarazadas es de aproximadamente un 16%, siendo diferente este número según grupo racial: 23% en mujeres afroamericanas, 6% en mujeres asiáticas y 4% en mujeres blancas. En Chile, su prevalencia varía entre 27 y 32% en la población general, cifra que se duplica en mujeres con parto prematuro o enfermedad inflamatoria pélvica. La infección puede ser transmitida al feto a través de la placenta, causando en casos extremos la muerte fetal. (Lillo, 2010)

Puede remitir espontáneamente y se caracteriza por un crecimiento excesivo de organismos anaerobios mixtos que sustituyen a los lactobacilos normales, dando lugar a un aumento del pH vaginal (mayor a 4,5). Los signos y síntomas típicos se presentan de manera variable. VB puede ser asintomática en un grupo de pacientes, pero sus manifestaciones clínicas habituales son flujo vaginal anormal, con olor desagradable como a pescado, especialmente después de relaciones sexuales. El flujo se describe como blanco o grisáceo, y puede ir acompañado de ardor miccional o leve prurito alrededor de la vagina. La Gardnerella vaginalis se encuentra comúnmente en las mujeres con VB, pero la presencia de este microorganismo solo es insuficiente para constituir un diagnóstico de VB, ya que se encuentra en el 30% a 40% de forma asintomática. (MSP. 2014)

En las gestantes, los estudios han documentado tasas de prevalencia similares a los observados en poblaciones que no gestantes, que van del 6% al 32%. La VB en el embarazo es más común entre las mujeres afroamericanas, mujeres de bajo nivel socioeconómico y mujeres multíparas. Los estudios han documentado una asociación entre la VB y el resultado adverso en el embarazo con parto prematuro. En embarazadas, la VB y la tricomoniasis pueden presentar complicaciones como ruptura prematura de membranas y parto pretérmino. Las mujeres en riesgo de padecer estas afecciones deben ser evaluadas independientemente de sus síntomas. (MSP. 2014)

Según un metanaálisis realizado en 2007, VB presenta doble riesgo de parto prematuro en pacientes asintomáticas y en pacientes con síntomas de parto prematuro. También aumenta el riesgo de aborto tardío e infección materna en pacientes asintomáticas. (Pradenas, 2014)

4.2.5.2 Candidiasis vulvovaginal (CVV)

La vulvovaginitis por Cándida es una de las afecciones vulvovaginales más frecuente. Al menos el 75% de las mujeres referirá un cuadro único de candidiasis vulvovaginal y entre 40 y 45% podrá presentar dos o más episodios en su vida. (Sobel, 2012)

Su agente causal, en el 90% de los casos, corresponde a Cándida albicans, en cuadros únicos o recurrentes, existiendo además otras especies menos frecuentes causantes de esta afección (Cándida glabrata, cándida parapsilosis y Cándida tropicalis). C. albicans es una de las levaduras saprofíticas que puede estar presente en el 25 al 30% de las mujeres sexualmente activas. (Duff, 2014)

El embarazo por su parte, debido a los cambios hormonales caracterizados por aumento de la producción de estrógenos que producen a su vez mayor concentración de glicógeno vaginal, junto con la supresión de la inmunidad celular, se asocia no solamente con altos índices de colonización, sino que también con altos índices de infección y recurrencias. Como infección propiamente tal, es la segunda después de VB (15% de las embarazadas) y sólo en casos excepcionales puede causar una infección sistémica (pacientes con sepsis o inmunosupresión importante). (Force, et al., 2014)

El factor clave a considerar en la patogénesis de Candidiasis Vaginal, es que de ser un microorganismo comensal puede evolucionar a agente causal de vulvovaginitis, con cuadros excepcionales invasivos o diseminados, en cuyos casos sigue la misma vía de infección que cualquier otro microorganismo: colonización y adhesión de C. albicans a la piel o mucosa, penetración de la mucosa y barrera epitelial, infección local y diseminación. El cuadro clínico es bastante característico, siendo los síntomas principales prurito y ardor vaginal, los que se

pueden exacerbar posterior a actividad sexual o durante la micción. Los hallazgos clínicos incluyen edema y eritema de vestíbulo, labios mayores y menores, con la presencia de flujo vaginal blanco, sin olor, espeso, similar a leche cortada o cuajada, que se desprende en forma fácil de las paredes vaginales. (Nyirjesy, 2011)

La presencia de cándida en la zona vulvovaginal no requiere necesariamente tratamiento, a no ser que sea sintomática. Esto ocurre entre 10% y 20% de las mujeres que tienen colonización vulvovaginal. (MSP. 2014)

4.2.5.3 Tricomoniasis vaginal

La vaginitis por tricomonas está causada por Trichomonas vaginalis, un protozoo flagelado unicelular que se contagia fundamentalmente por transmisión sexual. Habitualmente es asintomática en el hombre y supone el 20% de todas las vulvovaginitis. (MSP, 2014)

Hasta hace unos años se afirmaba que era una infección de transmisión sexual (ITS) con un elevado número de nuevos casos cada año. Sin embargo, los hallazgos clínicos de la última década demuestran que es una infección que está en franca disminución tanto en prevalencia como en incidencia al menos en los países occidentales manteniéndose estable en los países en desarrollo. (MSP, 2014)

En la embarazada, se asocia a parto pretérmino, recién nacido de bajo peso y ruptura prematura de membranas (RPM). Esta asociación es importante en mujeres sintomáticas.

Es necesario realizar estudios adicionales para demostrar el efecto del tratamiento de la tricomoniasis en la prevención de los resultados adversos en el embarazo. (MSP, 2014)

Tabla 1. Signos y síntomas de infección vulvovaginal según su etiología

Signos y Síntomas	VB	CVV	Tricomoniasis
Secreción	Mínima	Abundante, blanca	Escasa, espesa
Olor	Sugiere a pescado	No mal olor	Fétido
Prurito	Ninguno	Prurito vulvar	Prurito vulvar

Otros síntomas posibles		Dolor, dispareunia, disuria	Disuria, dolor abdominal
Signos visibles	Secreción vaginal y vestíbulo, no inflamación vulvar	Hallazgos normales o eritema vulvar, edema, fisuras, lesiones satélites	Secreción amarilla-espumosa, vulvitis, vaginitis, cervicitis
Test de pH vaginal	Mayor a 4,5	Menor o igual a 4,5	Mayor a 4,5

Fuente: MSP, 2014
Elaborado por: Lisbeth del Rocío Jumbo Jadán

a) Diagnóstico de laboratorio de infección vulvovaginal en el embarazo

Siendo el diagnóstico inicial de tipo sindrómico o clínico, en casos de riesgo de infección vulvovaginal, para el tratamiento adecuado, se deben tomar en consideración las siguientes recomendaciones basadas en evidencia científica:

Tabla 2. Detección de Vaginosis Bacteriana

Criterios clínicos de Amsel y tinción de Gram

Estudio diagnóstico	Categoría
Criterios de Amsel (3 de 4 presentes es diagnóstico)	a) Características del flujo: homogéneo, delgado y blanco b) Presencia de células guía al microscopio c) pH del flujo vaginal >4,5 d) Olor a pescado con KOH al 10%
Tinción de Gram (evaluada con los criterios de Hay & Ison)	1. Grado 1 (normal): predominio de lactobacilos 2. Grado 2 (intermedio): flora mixta con algunos lactobacilos presentes, pero se observan morfotipos de Gardnerella y/o Mobiluncus 3. Grado 3 (vaginosis bacteriana): predominan morfotipos de Gardnerella y/o Mobiluncus. Hay otros grados adicionales que no se han correlacionado con la clínica características: • Grado 0 No hay bacterias presentes • Grado 4 predominan coco Gram positivos.

Índice de Nugent	Se deriva de estimar las proporciones relativas de morfotipos bacterianos para asignar un valor entre 0 y 10. Un valor <4 es normal, de 4-6 es intermedio y >6 es VB.

Fuente: MSP, 2014
Elaborado por: Lisbeth del Rocío Jumbo Jadán

b) Diagnóstico de laboratorio para detección de Cándida albicans y Trichomona vaginalis

El estudio microscópico de rutina es la prueba estándar para el diagnóstico CVV. El cultivo debe realizarse ante la sospecha de CVV complicada.

La observación directa de Trichomona vaginalis en frotis en fresco tiene una sensibilidad aproximadamente 70% en mujeres y de 30% en hombres. La lectura del frotis para la búsqueda de Trichomona vaginalis debe realizarse lo más rápido posible luego de la toma de la muestra, ya que la movilidad del parásito disminuye conforme pasa el tiempo. (MSP, 2014)

4.3 TRATAMIENTO

El tratamiento de VB antes de las 20 semanas de gestación en mujeres con antecedentes de parto pretérmino previo pueden reducir los resultados adversos en el embarazo, pero actualmente hay pocas pruebas de que la detección y el tratamiento universal de mujeres con VB asintomática puedan evitar un parto pretérmino. El tratamiento oral o vaginal es aceptable para lograr curación en mujeres embarazadas con VB sintomática que tienen bajo riesgo de resultados obstétricos adversos. El Metronidazol oral está recomendado como primera línea de tratamiento para la VB y, es más seguro que la Clindamicina por vía oral, ya que este último se ha asociado con colitis pseudomembranosa. El tratamiento alternativo con Clindamicina se puede considerar para las mujeres que experimentan efectos secundarios con el Metronidazol oral, tales como sabor metálico y síntomas gastrointestinales. (MSP, 2014)

Tabla 3. Terapia farmacológica para VB

	Terapias orales	Terapias Intravaginales
Medicamento de elección	**Metronidazol:** 500mg dos al día durante siete días **Metronidazol:** 250mg tres veces al día durante siete días	**Metronidazol:** un óvulo de 500mg diario intravaginal por siete días
Medicamento alternativo	**Clindamicina:** 300mg dos veces al día por siete días	**Clindamicina:** aplicar 5gramos (un aplicador lleno) de la crema profundamente en la vagina por la noche, durante siete días

Fuente: MSP, 2014
Elaborado por: Lisbeth del Rocío Jumbo Jadán

Las mujeres con CVV en el embarazo pueden ser tratadas con azoles tópicos. El tratamiento con dosis única es menos eficaz que regímenes más largos de hasta siete días, en casos no complicados. La CVV puede ser complicada o no complicada. Ambas se tratan de igual manera, pero el tiempo de tratamiento en casos complicados es de hasta 14 días. (MSP, 2014)

Durante el embarazo deben evitarse tratamientos por vía oral. En el tratamiento con los comprimidos vaginales durante las últimas 4 - 6 semanas del embarazo se recomienda prescindir del empleo del aplicador, introduciendo el comprimido directamente con el dedo, previo lavado cuidadoso de las manos. Los azoles tópicos (intravaginales) como Clotrimazol son eficaces en mujeres embarazadas con CVV. No hay evidencia de ningún efecto adverso en el embarazo. (MSP, 2014)

Tabla 4. Terapia farmacológica para CVV No complicada

	Terapias orales	Terapias Intravaginales
Medicamento de elección	La medicación intravaginal es de primera elección	**Clotrimazol** 1% crema. Aplicar 5g (un aplicador lleno) de la crema profundamente en la vagina y en la vulva por la noche por 7 días, o **Clotrimazol** 2% crema**.** Aplicar 5g (un aplicador lleno) de la crema

		profundamente en la vagina y en la vulva por la noche por 3 días
Medicamento alternativo	**Fluconazol,** 150mg una tableta en dosis única	**Miconazol** crema al 2%. Aplicar 5g (un aplicador lleno) de la crema profundamente en la vagina y en la vulva por la noche por 7 días, o **Miconazol** crema al 4%. Aplicar 5g (un aplicador lleno) de la crema profundamente en la vagina y en la vulva por la noche por 3 días, o **Miconazol** 100mg. Un supositorio vaginal por 7 días, o **Miconazol** 200mg. Un supositorio vaginal por 3 días

Fuente: MSP, 2014
Elaborado por: Lisbeth del Rocío Jumbo Jadán

Tabla 5. Terapia farmacológica para CVV recurrente o complicada

	Terapias orales	**Terapias Intravaginales**
Medicamento de elección	La medicación intravaginal es de primera elección	**Clotrimazol 2% crema.** Aplicar 5 g (un aplicador lleno) de la crema profundamente en la vagina y en la vulva por la noche por 14 días,
Medicamento alternativo	**Fluconazol,** 150mg una tableta cada 3 días (día 1, 3 y 7)	**Miconazol** crema al 2% o al 4%. Aplicar 5g (un aplicador lleno) de la crema profundamente en la vagina y en la vulva por la noche por 14 días

Fuente: MSP, 2014
Elaborado por: Lisbeth del Rocío Jumbo Jadán

En cuanto al tratamiento de la tricomoniasis vaginal, el Metronidazol es eficaz en el tratamiento. Más del 90% de embarazadas tienen curación luego del tratamiento con Metronidazol, pero no está claro si esto tiene algún impacto en los resultados del embarazo. Las parejas sexuales actuales de las mujeres con diagnóstico de tricomoniasis deben recibir tratamiento. La tricomoniasis vaginal recurrente por lo general se debe a la reinfección, pero se tendrá en cuenta la posibilidad de resistencia a los medicamentos. Cuando haya falla del

tratamiento, se debe valorar: incumplimiento del tratamiento por efectos secundarios como vómito; posibilidad de reinfección; pareja sin tratamiento. (MSP, 2014)

Tabla 6. Terapia farmacológica para Tricomoniasis vaginal

	Terapias orales
Medicamento de elección	**Metronidazol** 2g en dosis única a cualquier momento del embarazo, o **Metronidazol** 500mg, dos veces al día por siete días
Medicamento alternativo	En caso de falla del tratamiento o recurrencia, repetir **Metronidazol** 500mg por siete días más, hasta completar los 14 días

Fuente: MSP, 2014
Elaborado por: Lisbeth del Rocío Jumbo Jadán

4.4 COMPLICACIONES

La vulvovaginitis independientemente de su tipo, causa varias complicaciones que representan un notable riesgo para el bienestar del binomio madre-hijo. (Prieto & Rubio, 2011)

Muchas de estas infecciones pueden producir: aborto tardío, infección de la cavidad amniótica, ruptura prematura de membranas, amenaza de parto pretérmino, prematuridad y recién nacido de bajo peso, esto se debe a que la bacteria prolifera ampliamente en la placenta infectando al feto y colocándolo a riesgo de muerte, lo cual ocurre en el 22% de los casos debido a la infección fetal generalizada llamada granulomatosis infantoséptica, que provoca partos prematuros, malformaciones cerebrales, cicatrices, corioretinitis y retardo del crecimiento intrauterino (RCIU). (Soong & Einarson, 2010)

4.5 PREVENCIÓN DEL RIESGO DE INFECCIÓN VAGINAL EN EL EMBARAZO

La prevención primaria de las infecciones vulvovaginales en el embarazo es la meta principal; sin embargo, ésta aún no es efectiva. Por ello, se deben tomar en cuenta la siguiente recomendación:

En toda infección vulvovaginal que pueda relacionarse con ITS se debe cumplir con las siguientes cuatro actividades (según la OMS):

1. Educación de los individuos en riesgo sobre las modalidades de transmisión de la enfermedad y los medios para reducir el riesgo de transmisión.
2. Detección de infección en sujetos asintomáticos y en sujetos que presentan síntomas, pero que probablemente no consulten servicios diagnósticos y terapéuticos.
3. Tratamiento efectivo de los individuos infectados que acuden a consulta.
4. Tratamiento y educación de las parejas sexuales de individuos infectados.

En infección por Gardnerella vaginalis

Los criterios de diagnóstico son iguales para mujeres embarazadas y no embarazadas. Se consideran mujeres de bajo riesgo de parto prematuro las que no tengan ningún parto pretérmino anterior u otros factores de riesgo de parto pretérmino (a menudo mujeres nulíparas).

Se consideran mujeres de alto riesgo de parto prematuro a las que tuvieron un parto pretérmino anterior, pertenecen al grupo étnico afroamericano, tienen índice de masa corporal menor a 20kg/m, sangrado vaginal, cuello uterino corto (menor a 2,5cm) o infección pélvica.

La detección y el tratamiento oportuno de VB pueden ser beneficiosos en mujeres con alto riesgo de parto prematuro. La VB se asocia con la presencia de endometritis posterior a cesáreas u otros procedimientos obstétricos, por lo que se debe dar tratamiento a las mujeres con factores de riesgo, aunque estén asintomáticas. (MSP, 2014)

En infección por Cándida albicans

Los factores de riesgo inherentes al huésped son diabetes mellitus no controlada, inmunodeficiencia, hiperestrogenismo y alteración de la flora vaginal normal secundaria al uso de antibióticos de amplio espectro. (MSP, 2014)

En pacientes con CVV severa o recurrente, se debe investigar la presencia de factores de riesgo inherentes al huésped incluida la detección específica de diabetes mellitus.

Las mujeres que experimentan flujo vaginal deben ser advertidas de evitar las duchas vaginales y los irritantes locales como parte de la higiene personal. Se consideran como factores

de riesgo para el desarrollo de CVV el uso de ropa sintética y ajustada así como los irritantes locales (lociones, sustancias y jabones perfumados), (MSP, 2014)

En infección por Trichomona vaginalis

Se consideran como factores de alto riesgo para el desarrollo de vulvovaginitis por Trichomona a la embarazada con historia sexual de cambio de pareja, con más de una pareja sexual en el último año o un diagnóstico de infección por clamidia en los últimos 12 meses.

En pacientes con infección vaginal severa o recurrente, se debe investigar la presencia de factores de riesgo inherentes al huésped incluida la detección específica de diabetes mellitus.

La vaginitis por Trichomona vaginalis es una ITS por lo que se deben evitar las relaciones sexuales, incluyendo el sexo oral, hasta que la mujer y su pareja hayan completado el tratamiento y seguimiento. Si la mujer va a tener relaciones sexuales, se debe sugerir el uso de condón y se debe tratar a la pareja o parejas de los últimos seis meses. (MSP, 2014)

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo retrospectivo, descriptivo, transversal.

5.2 ÁREA DE ESTUDIO

La presente investigación se efectuó en el Hospital Isidro Ayora de Loja - Ecuador, servicio de Gineco-Obstetricia.

5.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Universo: lo constituyeron todas las pacientes gestantes hospitalizadas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora de Loja durante el periodo de enero – diciembre del 2015 y que comprendieron un total de 4986 pacientes.

Muestra: lo constituyeron todas las pacientes gestantes con diagnóstico confirmado por laboratorio de vulvovaginitis hospitalizadas en el Servicio de Gineco-Obstetricia durante el periodo enero – diciembre del 2015 con un total de 308 pacientes.

5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todas las pacientes gestantes con diagnóstico confirmado por laboratorio de vulvovaginitis, de ≥ 4 a ≤ 41,6 semanas de gestación, de ≥ 14 a ≤ 45 años de edad y primigestas y multigestas ingresadas al Hospital Isidro Ayora de Loja durante el periodo enero – diciembre 2015.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.

Para la realización del presente estudio se obtuvo la autorización correspondiente de las autoridades del centro hospitalario involucrado, de esta manera se procedió a la recolección de datos mediante la revisión de las historias clínicas únicamente de las pacientes gestantes con diagnóstico confirmado por laboratorio de vulvovaginitis. Además los datos de cada paciente fueron marcados con código numérico, preservando así la identidad de las mismas.

5.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se utilizaron para este proyecto investigativo fueron la Historia Clínica, y material bibliográfico.

1. Para la recolección de datos se solicitó la autorización del Director del Hospital Isidro Ayora de Loja, el mismo que mediante oficio emitido al departamento de docencia de dicha casa de salud. (Anexo 2)

2. Los datos obtenidos de la Historia Clínica fueron clasificados mediante una tabla semiestructurada de donde se obtuvieron los siguientes parámetros: Número de Historia clínica, Edad cronológica, Edad Gestacional, diagnóstico confirmado por laboratorio de vulvovaginitis (vaginosis bacteriana, vulvovaginitis micótica y vaginosis por Trichomona vaginalis) y Factores de Riesgo (número de duchas vaginales diarias, uso de jabones alcalinos, ropa ajustada, ropa íntima sintética, número de parejas sexuales, actividad sexual no protegida con preservativo); todo esto para el cumplimiento de los objetivos planteados. (Anexo 1)

3. Se tomó únicamente la información de aquellos casos que cumplieron con los criterios de inclusión, la información obtenida de los instrumentos fue procesada y resumida en tablas y gráficos estadísticos, de frecuencia y porcentaje para su ulterior análisis mediante el programa computarizado Microsoft Excel 2013, lo que permitió la elaboración de conclusiones y recomendaciones.

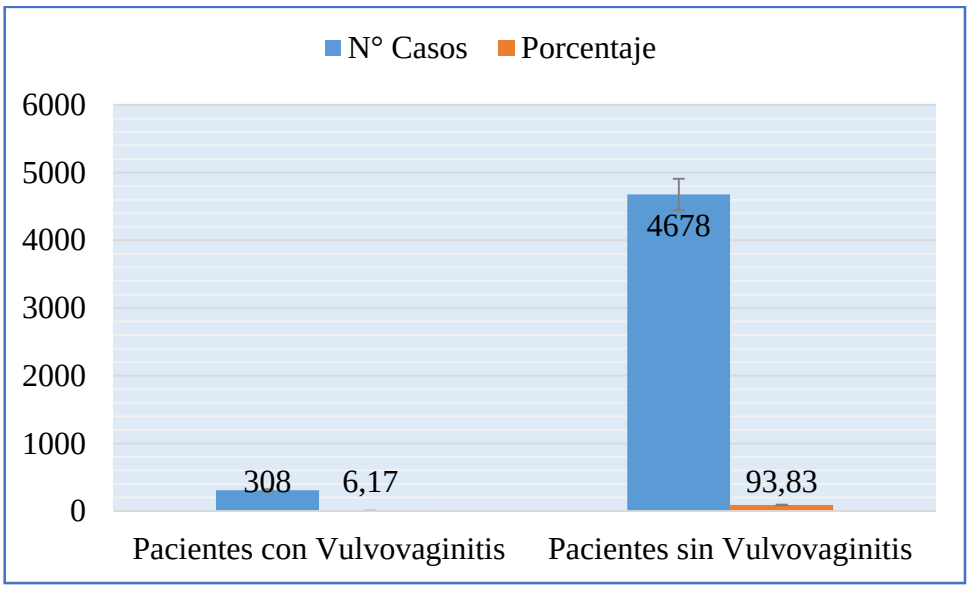
6. RESULTADOS

CUADRO N°1. PREVALENCIA DE VULVOVAGINITIS EN GESTANTES

DIAGNÓSTICO	N° DE CASOS	PORCENTAJE
Pacientes con Vulvovaginitis	308	6,17
Pacientes sin Vulvovaginitis	4678	93,83
Total	4986	100

Fuente: Historias Clínicas del Dpto. Estadística Hospital Isidro Ayora y Hoja de datos
Elaborado por: Lisbeth del Rocío Jumbo Jadán

GRÁFICO N°1. PREVALENCIA DE VULVOVAGINITS EN GESTANTES



Fuente: Cuadro 1
Elaborado por: Lisbeth del Rocío Jumbo Jadán

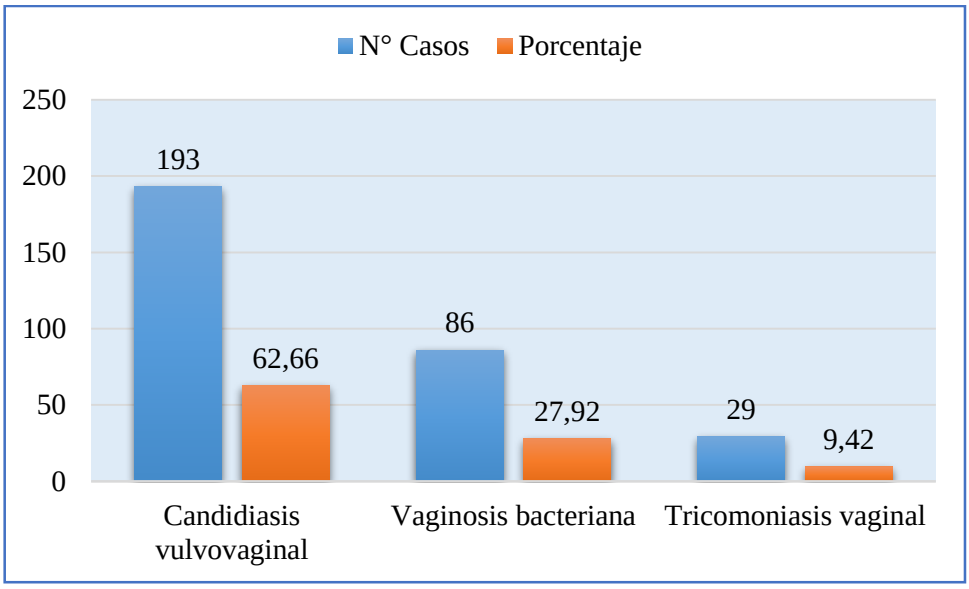
Interpretación de Resultados: Del total de pacientes embarazadas que ingresaron al Hospital Isidro Ayora al servicio de Gineco-Obstetricia, la prevalencia de casos de Vulvovaginitis correspondió al 6,17%.

CUADRO N°1.1. PREVALENCIA SEGÚN EL TIPO DE VULVOVAGINITIS

TIPO DE VULVOVAGINITIS	N° DE CASOS	PORCENTAJE
Candidiasis vulvovaginal	193	62,66
Vaginosis bacteriana	86	27,92
Tricomoniasis vaginal	29	9,42
Total	308	100

Fuente: Historias Clínicas del Dpto. Estadística Hospital Isidro Ayora y Hoja de datos
Elaborado por: Lisbeth del Rocío Jumbo Jadán

GRÁFICO N°1.1. PREVALENCIA SEGÚN EL TIPO DE VULVOVAGINITIS



Fuente: Cuadro 1.1.
Elaborado por: Lisbeth del Rocío Jumbo Jadán

Interpretación de Resultados: Según el tipo de Vulvovaginitis, se observó que la candidiasis vulvovaginal se presentó con mayor prevalencia, correspondiendo al 62,66% de los casos.

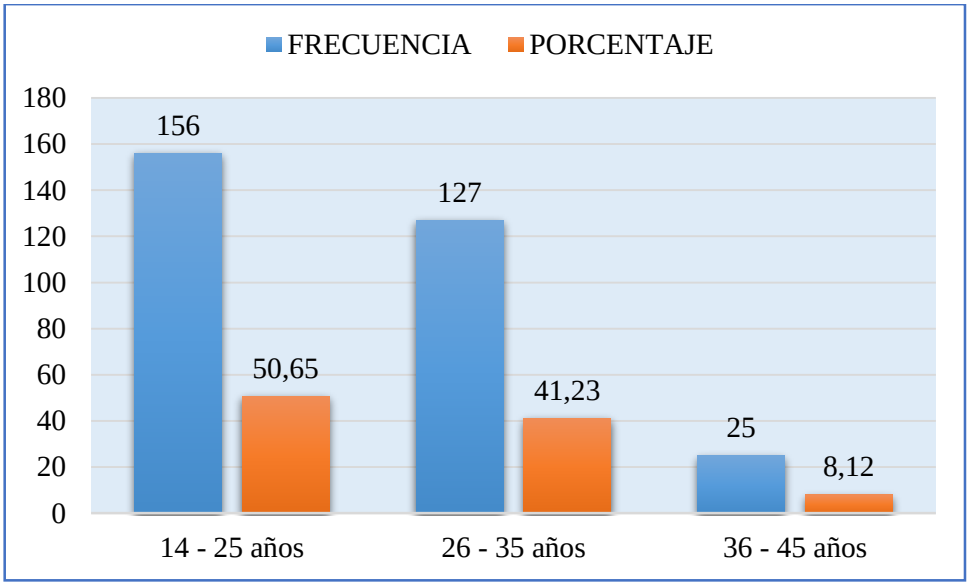
CUADRO N°2. CARACTERIZACIÓN DE GESTANTES CON VULVOVAGINITIS

2.1 EDAD CRONOLÓGICA

EDAD	FRECUENCIA	%
14 - 25 años	156	50,65
26 - 35 años	127	41,23
36 - 45 años	25	8,12
Total	308	100

Fuente: Historias Clínicas del Dpto. Estadística Hospital Isidro Ayora y Hoja de datos
Elaborado por: Lisbeth del Rocío Jumbo Jadán

GRÁFICO N°2.1 EDAD CRONOLÓGICA



Fuente: Cuadro 2.1
Elaborado por: Lisbeth del Rocío Jumbo Jadán

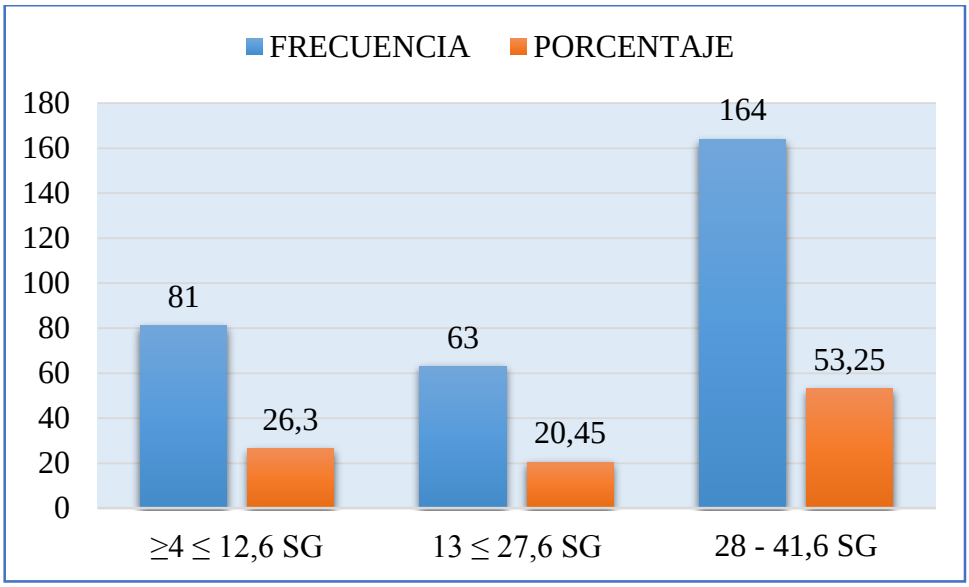
Interpretación de Resultados: De acuerdo a los resultados obtenidos se puede observar que el mayor número de casos que presentó Vulvovaginitis constituyeron edades comprendidas entre 14-25 y 26-35 años representando un 50,65% y 41,23% respectivamente, mientras que los valores que se presentan en menor porcentaje están entre 36-45 años con un 8,12%

CUADRO N°2.2 EDAD GESTACIONAL

EDAD GESTACIONAL	Frecuencia	%
≥4 ≤ 12,6 SG	81	26,3
13 ≤ 27,6 SG	63	20,45
28 - 41,6 SG	164	53,25
Total	308	100

Fuente: Historias Clínicas del Dpto. Estadística Hospital Isidro Ayora y Hoja de datos
Elaborado por: Lisbeth del Rocío Jumbo Jadán

GRÁFICO N°2.2 EDAD GESTACIONAL



Fuente: Cuadro 2.2
Elaborado por: Lisbeth del Rocío Jumbo Jadán

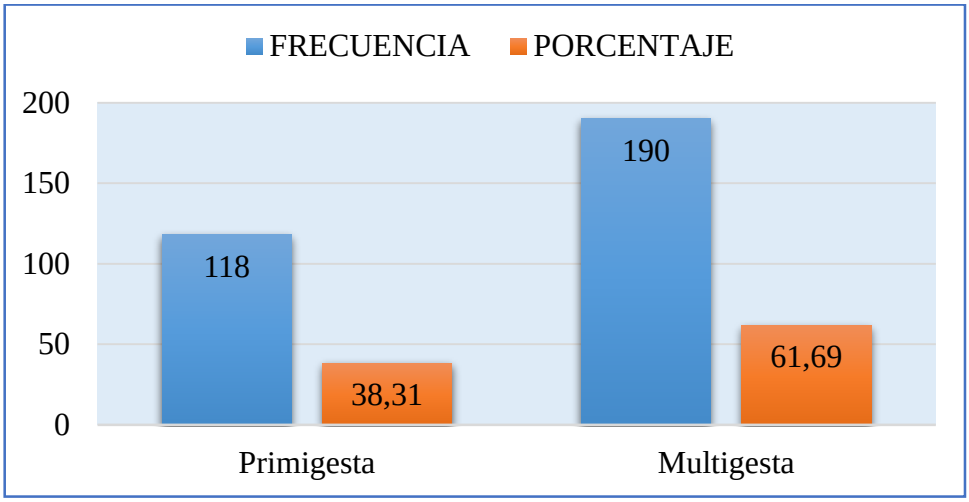
Interpretación de Resultados: En este cuadro se observa que el mayor número de casos que presentó Vulvovaginitis lo constituyó el grupo de 28-41,6 semanas de gestación representando el 53,25%; mientras que el grupo que presentó un menor porcentaje está entre las 13-27,6 semanas con un 20,45%.

CUADRO N°2.3 PARIDAD

PARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primigesta	118	38,31
Multigesta	190	61,69
Total	308	100

Fuente: Historias Clínicas del Dpto. Estadística Hospital Isidro Ayora y Hoja de datos
Elaborado por: Lisbeth del Rocío Jumbo Jadán

GRÁFICO N°2.3 PARIDAD



Fuente: Cuadro 2.3
Elaborado por: Lisbeth del Rocío Jumbo Jadán

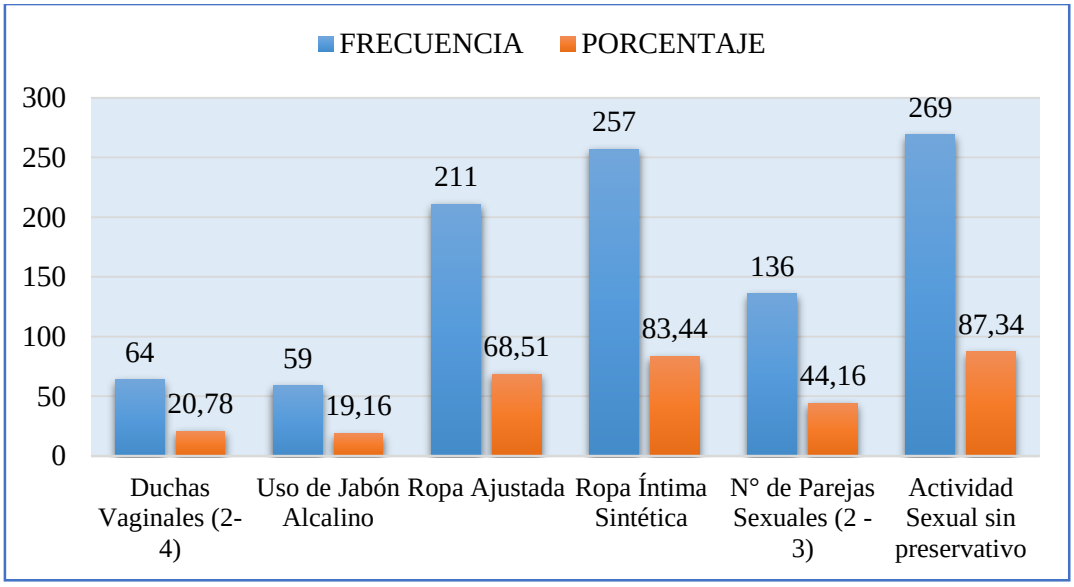
Interpretación de Resultados: De los resultados obtenidos se observó un mayor número de Vulvovaginitis en aquellas mujeres embarazadas multigestas con un porcentaje del 61,69% y en menor frecuencia las mujeres primigestas con un porcentaje del 38,31%.

CUADRO N°3 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VULVOVAGINITS

FACTORES DE RIESGO	Frecuencia	%
Duchas Vaginales (2-4)	64	20,78
Uso de Jabón Alcalino	59	19,16
Ropa Ajustada	211	68,51
Ropa Íntima Sintética	257	83,44
N° de Parejas Sexuales (2 - 3)	136	44,16
Actividad Sexual sin preservativo	269	87,34

Fuente: Historias Clínicas del Dpto. Estadística Hospital Isidro Ayora y Hoja de datos
Elaborado por: Lisbeth del Rocío Jumbo Jadán

GRÁFICO N°3 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VULVOVAGINITS



Fuente: Cuadro 3
Elaborado por: Lisbeth del Rocío Jumbo Jadán

Interpretación de Resultados: Los factores de riesgo que se presentaron con mayor frecuencia en la Vulvovaginitis, son aquellas pacientes gestantes que mantuvieron actividad sexual sin preservativo con el 87.34%, usaban ropa íntima sintética y ropa ajustada con el 83.44% y 68.51% respectivamente, aquellas con 2-3 parejas sexuales con 44.16%, que se realizaban de 2-4 duchas vaginales diarias con el 28.78% y usaban jabones alcalinos en el aseo íntimo con el 19.16%.

7. DISCUSIÓN

En el Hospital Gineco – Obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito, se realizó un estudio por Paz Narváez durante el periodo comprendido entre diciembre 2012 – marzo 2013, a través del cual se determinó una prevalencia de Vulvovaginitis del 29,8%; en el Hospital de Vilcabamba en Loja en un estudio realizado en el año 2013 por Quezada María, existió una prevalencia del 11.9%. En el presente estudio realizado en el Hospital Isidro Ayora de Loja durante el periodo enero – diciembre del 2015 se presentaron 308 casos de Vulvovaginitis correspondiendo a una prevalencia del 6.17%, datos que se correlacionan con los obtenidos en Vilcabamba – Loja; sin embargo discrepan con el estudio realizado en Quito. En cuanto al trimestre de gestación, según Narváez, el mayor porcentaje de Vulvovaginitis se presentó durante el tercer trimestre de embarazo correspondiendo al 17.9% de los casos, los mismos que coinciden con los resultados obtenidos en éste estudio, donde el 53.25% de Vulvovaginitis se presentó en los embarazos de 28-41,6 semanas de gestación, es decir durante el tercer trimestre.

Según Cambranes, Alvarado y Campos, en su trabajo investigativo realizado en el 2013, acerca de la Prevalencia de Trichomonas vaginalis, Cándida albicans y Gardnerella Vaginalis en la Habana – Cuba, determinaron que dentro de la etiología infecciosa, las causas más frecuentes de vulvovaginitis incluyen: Vulvovaginitis micótica representado un 56.17%, Vaginosis bacteriana con 39.93 % y Vaginitis por Trichomona vaginalis en un 7,8% de los casos. En nuestro estudio la candidiasis vulvovaginal (vulvovaginitis micótica) fue la infección más predominante representando el 62,66%, seguida de la vaginosis bacteriana en un 27,92% y finalmente la tricomoniasis vaginal en un 9.42%, datos que corroboran con el presente estudio.

Se ha relacionado al grupo de edad con la presencia de Vulvovaginitis; según Michelle Castro y Adriana González en su estudio de Prevalencia de Infecciones Vulvovaginales en la

Clínica Humanitaria Fundación Pablo Jaramillo Crespo de Cuenca en el 2013, determinaron que el mayor número de casos con este tipo de infecciones, fue el grupo comprendido entre 16 a 30 años de edad, representado el 47,9%. Paz Narváez en su trabajo investigativo en Quito en el 2013, dio a conocer que ésta patología, mostró mayor frecuencia en el grupo de edad de 20 a 39 años., representado el 67.8% de la población estudiada. Estos datos coinciden con el presente estudio, donde el 50.65% correspondió a grupos de edad entre el 14 a 25 años, y el 41.23% en edades entre 26 a 35 años. Así mismo, este tipo de infecciones fueron más frecuentes en embarazadas multigestas con un 61,69% a diferencia de las primigestas que representaron tan sólo el 33,1% de los casos.

El trabajo investigativo realizado por Alfredo Toledo en el Hospital "Kokichi Otani" de Vilcabamba en el 2013, determinó como principales factores de riesgo para la aparición del agente etiológico de infecciones vulvovaginales: vida sexual activa sin uso de condón con el 65%, higiene vaginal diaria 56%, uso de jabón perfumado para el aseo íntimo 55%, uso prolongado de pantalón ajustado 64%, uso de ropa íntima de lycra y sintética 44%. Nuestro estudio muestra datos similares, en donde se encontraron como factores de riesgo más frecuentes: el mantener actividad sexual sin protección con un 87,34%, seguido del uso de ropa íntima sintética en un 83,44% y ropa ajustada en un 68,51%; finalmente el número de parejas sexuales (2-3) 44,16%, duchas vaginales diarias de 2 a 4 veces en un 28.78%, uso de jabones alcalinos íntimos en el 19.16%, se establecieron como factores de riesgo menos frecuentes.

8. CONCLUSIONES

- En cuanto a la prevalencia se calcula el 6,17% de pacientes con diagnóstico de vulvovaginitis.

- Según el tipo de Vulvovaginitis, la Candidiasis Vulvovaginal se presentó con mayor prevalencia con el 62.66%, seguido de la Vaginosis Bacteriana en el 27.92% y finalmente la Tricomoniasis Vaginal con el 9.42%

- Según la caracterización de cada una de las pacientes que presentaron esta condición obstétrica, se pudo determinar que existió mayor predominio en las edades de 14-25 años y de 26 – 35 años; en multigestas y con edad gestacional comprendida entre 28 y 41,6 semanas de gestación.

- Entre los factores de riesgo más frecuentes de vulvovaginitis correspondieron: actividad sexual sin protección, seguido del uso de ropa íntima sintética y ropa ajustada; y entre los menos frecuentes se encontraron: el número de parejas sexuales, duchas vaginales diarias de 2 a 4 veces y el uso de jabones alcalinos en el aseo íntimo.

9. RECOMENDACIONES

- La vulvovaginitis es una patología que se modifica dependiendo de la población y de factores de riesgo que son alterables durante el embarazo por lo cual se deberían hacer controles más seguidos y estrictos con el objetivo de evitar sub-diagnósticos y poder disminuir su incidencia.
- Educar a las pacientes a través de charlas, acerca de la Vulvovaginitis y sus factores de riesgo, para que logren modificar conductas habituales inadecuadas y estilos de vida riesgosos para su salud.
- Se considera importante realizar un control exhaustivo en la realización de las historias clínicas las mismas que nos ayuden a caracterizar adecuadamente a las pacientes y de esta manera contar con los datos necesarios que nos permitan la recolección satisfactoria de los criterios a estudiarse.
- Se recomienda que otros investigadores de esta línea profundicen en el ámbito investigativo y epidemiológico en otras casas de salud para implementar un correcto estudio de detección precoz de factores relacionados con el diagnostico de vulvovaginitis y así obtener mejores medidas de atención logrando un programa óptimo en bienestar de la usuaria y comunidad en general.

10. BIBLIOGRAFÍA

Amaguaña, C. (2014). *Influencia de las Infecciones Vaginales en la Amenaza de Parto Pretérmino en Pacientes Atendidas en el Subcentro de Salud de la Parroquia Cunchibamba.* (Tesis de grado. Universidad Técnica de Ambato). Recuperado de: http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/8380/1/AMAGUA%C3%91A%20TOASA%20CARMEN%20MARIBEL.pdf

Beltrán, D. y Col. (2012). *Protocolo de Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones Vulvovaginales.* Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/257149225_Protocolo_Sociedad_Espanola_de_Ginecologia_y_Obstetricia_de_diagnostico_y_tratamiento_de_las_infecciones_vulvovaginales_Protocolo_actualizado_en_2012

Briceño, L. González, D. (2010). Vaginitis y Vaginosis en mujeres en edad fértil en la Población del Cantón Yacuambi. (Tesis de grado. Universidad Técnica Particular de Loja). Recuperado de: http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/8696/1/UTPL_Ligia_Gabriela_Brice%C3%B1o_Mogrovejo_1074415.pdf

Cancelo, María José. Beltrán, David. Y Col. (2012). *Protocolo Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia de diagnóstico y tratamiento de las infecciones vulvovaginales*. Progresos de Obstetricia y Ginecología. Vol. 56. Núm. 5. Recuperado de: http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-protocolo-sociedad-espanola-ginecologia-obstetricia-S030450131300006X

Cannoni, G. Bórquez, S. (2011). Vulvovaginitis E Infecciones de Transmisión Sexual Revista Médica Clínica Las Condes. Vol. 22. Núm. 1. Recuperado de: http://www.elsevier.es/pt-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-vulvovaginitis-e-infecciones-transmision-sexual-S0716864011703923

Coppolillo, E. Vay, C. Menghi, C. (2010). *Prevalencia de Infecciones vaginales en embarazadas sintomáticas y asintomáticas*. Rev. Medigrafic Artemisa. Recuperado de: http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/1867/3/UTPL_Guarnizo_Reascos_M%C3%B3nica_del_Roc%C3%ADo_1039464.pdf

E. Cambranes, J. Alvarado, E. Campos. (2013). *Manejo de la Vulvovaginitis*. Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia. No. 44. Recuperado de: http://www.igssgt.org/images/gpc-be/ginecoobstetricia/GPC-BE%2044%20Vaginitis.pdf

Garay, Gemma. Y Col. (2011). *Utilidad de la determinación del pH vaginal para el diagnóstico de las vulvovaginitis y su relación con la patología obstétrica.* Progresos de Obstetricia y Ginecología. Vol. 54. Recuperado de: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501311003335

Hospital Regional Del Líbano E.S.E (2012). *Infección Cervical - Vaginal en el Embarazo.* Guía de Práctica Clínica. Recuperado de: https://es.scribd.com/doc/168216895/GPC-Vaginitis-y-Embarazo

Marimon, E. Giménez, A. y Col. (2014). *La vulvovaginitis durante el embarazo.* Recuperado de: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2242359

MSP. (2014). *Diagnóstico y tratamiento de la infección vaginal en obstetricia*. Guía Práctica Clínica. Re cuperado de: http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/guias%202014/GPC%20Infeccion_vaginal_obstetrica.pdf

Murillo, Sandra. (2013). *Incidencia de candidiasis vaginal en mujeres gestantes entre las edades comprendidas de 20 a los 35 años de edad atendidas en el Hospital Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo.* (Tesis de grado. Universidad de Guayaquil). Recuperado de: http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/1786

Narváez, E. Paz, P. (2013). *Microorganismos Causales en las Infecciones Vaginales en las Mujeres Embarazadas y no Embarazadas.* (Tesis de grado. Pontificia Universidad Católica del Ecuador). Recuperado de: http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/10810/11.45.001107.pdf?sequence=4

Pérez, Emilia. (2010). *Urgencias del Tracto Genital Inferior*. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Recuperado de: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/urgencias_del_tracto_genital_inferior.pdf

Quezada, R. (2010). *Prevalencia de Vaginitis Micótica en Mujeres que Acuden al Laboratorio Clínico del Hospital Regional Isidro Ayora.* (Tesis de grado. Universidad Nacional de Loja). Recuperado de: http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/13878/1/UNIVERSIDAD%20NACIONAL%20DE%20LOJA.pdf

Schalkwyk, Julie. Vancouver, BC. Yudin, Mark. (2015). *Vulvovaginitis: Screening for and Management of Trichomoniasis, Vulvovaginal Candidiasis, and Bacterial Vaginosis.* Sogc Clinical Practice Guideline. Recuperado de: https://sogc.org/wp-content/uploads/2015/03/gui320CPG1504E.pdf

Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria. (2011). *Vulvovaginitis.* Recuperado de: http://www.svmfyc.org/fichas/f038/ficha038.pdf

Toledo, A. (2013). *Identificación del agente causal de Infección Vaginal y su relación con los Factores de Riesgo en mujeres en edad fértil que acuden al Hospital "Kokichi Otani".* (Tesis de grado. Universidad Nacional de Loja). Recuperado de: http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/13878/1/UNIVERSIDAD%20NACIONAL%20DE%20LOJA.pdf

Vázquez, Laura. Díaz, Cristina. (2011). *Vulvovaginitis*. Recuperado de: http://www.1aria.com/docs/sections/otras/ginecologia/vulvovaginitis/Vulvovaginitis-Tricomonas.pdf

Vega, María. (2015). *Vaginitis. Revisión de guías clínicas.* Servicio de Obstetricia y Ginecología. Recuperado de: http://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/revisionGuiasClinicas/2014-2015/sesion20150408_01.pdf

11. ANEXOS

ANEXO 1: HOJA DE REGISTRO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

TEMA: "PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VULVOVAGINITIS EN PACIENTES GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA"

Nº HCL	Edad	EG por trimestre	Paridad	Diagnóstico confirmado por laboratorio	Duchas vaginales diarias			Uso de jabones alcalinos		Ropa ajustada		Ropa íntima sintética		N° de parejas sexuales			Actividad sexual no protegida con preservativo	
					2-4	4-6	>6	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	2-3	>3	SI	NO

ANEXO 2:

Ministerio de Salud Pública

HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Of. Nro. 026-2016-DI-HIAL
Loja, 12 de noviembre de 2016

Sr. Dr.
Miguel Marín Gómez.
DIRECTOR DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNL.
Ciudad.-

De mi consideración:

Con un atento saludo me dirijo a Ud. en primer lugar para desearle éxito en el desempeño de tan delicadas funciones.

Luego, me permito ofrecer contestación al Memorando 02270-CCM-ASH-UNL de fecha 28 de octubre de 2016, mencionando que se autoriza el desarrollo del trabajo "PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VULVOGANITIS EN PACIENTES GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GÍNECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA", de autoría de la Srta. LISBETH DEL ROCIO JUMBO JADÁN, debido a que actualmente se está llevando a cabo un trabajo similar y en el mismo periodo de tiempo por un estudiante de la carrera de Medicina de la UNL, por lo que la estudiante podrá acceder a recolectar la información necesaria en los servicios de Gíneco-Obstetricia y Admisiones (Estadística).

Aprovecho para expresar mi sentimiento de consideración y estima.

Atentamente,

Dr. Daniel Pacheco M.,
Subdirector de Docencia e Investigación HIAL

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DOCUMENTO RECIBIDO
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
RECIBIDO POR: Teresa Ramírez
15-NOV-2016
FECHA: 14-NOV-2016
HORA:

Av. Manuel Agustín Aguirre y Juan José Samaniego
Teléfono: 2570540 ext. 7210
isidro.ayora@hial.gob.ec

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACION CARRERA DE MEDICINA

Oficio Nro.0945-C-CMH-ASH-UNL
Loja, 16 de Noviembre de 2016

Señorita
Lisbeth del Roció Jumbo Jadan.
ESTUDIANTE CARRERA DE MEDICINA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
Ciudad.-

De mi consideración:

Saludo a usted atentamente, a la vez que le comunico, que, por parte de la Subdirección de Docencia e Investigación del Hospital "Isidro Ayora" de Loja, se le aprobó el permiso necesario para que pueda realizar la recolección de datos tanto en los servicios de Neonatología, Gineco-Obstetricia y Admisiones (Estadística), por lo tanto puede continuar con su investigación de su trabajo de tesis, titulado: **"PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A VULVOGANITIS EN PACIENTES GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIOS DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA".**

Particular que me permito comunicarle.

Atentamente,

Universidad Nacional de Loja
Coordinación Carrera de Medicina

Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre. Mg. Sc.
COORDINADOR

Elaborado por: Tere O.
Cc archivo

ANEXO 3:

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Prof. Joan Morales Abad
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

C E R T I F I C A:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis titulada: "PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VULVOVAGINITIS EN PACIENTES GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA", autoría de la Srta. Lisbeth del Rocío Jumbo Jadán con número de cédula 1105029480, egresado de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 13 de Enero de 2017

FINE - TUNED ENGLISH CÍA. LTDA. LOJA - ECUADOR

Prof. Joan Morales Abad
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email venalfine@finetunedenglish.edu.ec | www.finetunedenglish.edu.ec

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Riofrío y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702
ZAMORA: Fine-Tuned Zamora, García Moreno y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2608169
CATAMAYO: Fine-Tuned Catamayo, Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo. Teléfono: 2678442

PROYECTO DE TESIS

TEMA:

"PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VULVOVAGINITIS EN PACIENTES GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA"

PROBLEMA:

¿Cuál es la prevalencia y factores de riesgo asociados a vulvovaginitis en pacientes gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora de Loja?

PROBLEMÁTICA

Se estima que alrededor del mundo se reportan 10 millones de consultas a las clínicas de ginecología secundarias a vulvovaginitis. El embarazo ofrece una oportunidad excelente para las infecciones vaginales ya que el ecosistema vaginal está potencialmente alterado o se encuentra ya infectado. El promedio de infecciones vaginales durante el embarazo se encuentra cercano al 37% de las cuales la candidiasis vaginal es la más frecuente especialmente durante el tercer trimestre de gestación, siendo la Trichomona vaginalis la menos frecuente. Algunos autores sugieren que las infecciones por C. Trachomatis se incrementan durante el embarazo.

El 90% de los cuadros de vulvovaginitis obedecen a procesos infecciosos y el 10% a otras causas como atrofia o alteraciones dermatológicas, alergias, enfermedades sistémicas, irritación por sustancias químicas o causas iatrogénicas.

Dentro de la etiología infecciosa, las causas más frecuentes incluyen: Vaginosis bacteriana, Vulvovaginitis micótica y Vaginitis por Trichomona vaginalis.

Según la OMS, la vaginosis bacteriana es relativamente común. La prevalencia informada en embarazadas oscila entre el 14% y el 21% en países occidentales. En Asia, la prevalencia informada de vaginosis bacteriana durante el embarazo es del 13.6% en mujeres japonesas, del 15.9% en las tailandesas y del 18% en las de Indonesia. La prevalencia de la vaginosis bacteriana es más alta que la de otras enfermedades infecciosas durante el embarazo (como la bacteriuria asintomática, Neisseria gonorrhoea, Chlamydia Trachomatis y Trichomonas vaginalis).

La vaginosis bacteriana es la principal causa de vulvovaginitis, aunque sólo el 50% da sintomatología, situación relevante durante el embarazo. En el estudio realizado en México en el año 2007, cuyo objetivo era estudiar la prevalencia de infecciones vaginales en embarazadas se encontró que el 21.5% de la población fue diagnosticada de vaginosis bacteriana. Las causas de esta alteración no se han dilucidado completamente, pero se han asociado diversos factores

como duchas vaginales, falta de lactobacilos productores de peróxido de hidrógeno, actividad sexual no protegida con condón, múltiples parejas sexuales o una nueva pareja sexual, y consumo de tabaco.

Se estudiaron a 890 mujeres con diagnóstico de vaginosis bacteriana, con el objetivo de clarificar los potenciales factores de riesgo sexuales y no sexuales para vaginosis bacteriana, en una clínica de salud sexual urbana en Australia. Los resultados mostraron que las mujeres separadas, divorciadas, viudas o desempleadas tenían más probabilidad de presentar VB (16%) que los controles (11%). Igualmente, las mujeres que reportaron haber tenido dos o más compañeros sexuales en los últimos tres meses y tres o más compañeros sexuales en los últimos 12 meses presentaron mayor probabilidad de presentar VB que aquellas que reportaron haber tenido pocos compañeros sexuales. Además el porcentaje de mujeres que reportaron usar el condón fue mayor entre el grupo de controles (26%) que en el grupo de los casos (19%).

La mujer embarazada es más susceptible de contraer vaginitis por Cándida Albicans, ocurriendo entre el 20 a 25% de los embarazos. (Cambranes, Alvarado, & Campos, 2013).

La prevalencia de tricomoniasis en el estudio realizado en el hospital Nacional Arzobispo Loaiza en Lima fue de 7.8%, mayor con respecto a otros estudios similares que muestran una prevalencia de 1.7% a 3.75%. En otro estudio, se tuvieron en cuenta 4039 mujeres de las cuales 68 estaban embarazadas, los resultados mostraron que los factores asociados a la presencia de tricomoniasis eran ausencia del uso del condón, estar casada y tener compañero sexual extramarital.

Las estadísticas en el Ecuador nos refieren un número de infecciones vaginales de 378536 mujeres por año. En el estudio realizado en Quito sobre los “Microorganismos causales en las infecciones vaginales en las mujeres embarazadas y no embarazadas de la consulta externa del Hospital Quito durante el periodo comprendido entre diciembre del 2012 y marzo del 2013”, se encontró que el 70.2 % corresponde a pacientes no gestantes con infección vaginal, en las

cuales encontraron un mayor porcentaje de vaginitis micótica 56.17% y 39.93 % vaginosis bacteriana. Se encontró que las infecciones vaginales fueron más frecuentes en el tercer trimestre de embarazo correspondiente al 17.9%. Las infecciones vaginales fueron más frecuentes en el grupo de edad de 20 a 39 años que representó el 67.8%. Por lo que la candidiasis vaginal es una de las infecciones más frecuentes de las pacientes embarazadas. (Narváez, 2013).

Según estudios realizados por la Universidad Central de Ecuador en el Hospital Gineco – Obstétrico Isidro Ayora de la Ciudad de Quito en el 2008, las infecciones en mujeres embarazadas (vaginosis vaginitis) en el año 2008 se reportaron 385 casos, en el año 2009 se reportaron 151 casos.

Mientras que en nuestra ciudad Loja – Ecuador en un estudio realizado por Q. R. María a 290, en los resultados obtenidos presentaron una prevalencia de 28.28% casos positivos para vaginitis causado por levaduras. En otro estudio realizado en la ciudad de Loja por Guamo, S. Gonzaga L. En 64 pacientes que participaron de la investigación, el (53%), resultaron positivas para Gardnerella vaginalis. (Quezada, 2010)

En 55 pacientes que participaron en un estudio realizado en el 2013 en el Hospital de Vilcabamba, se dio a conocer que la prevalencia de infecciones vaginales correspondieron al 69%, los mismo que se distribuyeron de la siguiente manera: infección bacteriana (Gardnerella vaginalis) 61%, levaduras 24%, Tricomoniasis 5%, e infecciones mixtas 11% (Gardnerella vaginalis y levaduras). Así mismo entre los factores de riesgo para la aparición del agente etiológico de infección vaginal se destacaron; vida sexual activa con el 65%, uso de jabón perfumado para el aseo íntimo 55%, uso prolongado de pantalón ajustado 64%, uso de ropa íntima de lycra y sintética 44%; Residencia rural 45%; higiene vaginal diaria 56%. (Toledo, 2013).

Durante esta revisión bibliográfica se constató que a nivel nacional y más aún provincial los estudios acerca de este tema son insuficientes, por tal motivo este estudio pretende identificar

cual es la prevalencia y factores de riesgo asociados a vulvovaginitis en gestantes; así mismo esta información servirá de base para en lo posterior realizar estudios comparativos con el fin de disminuir la prevalencia a nivel hospitalario.

JUSTIFICACIÓN

En el Ecuador las infecciones vaginales, principalmente las vulvovaginitis constituyen una de las razones más frecuentes de consultas prenatales; y son corresponsables de un importante porcentaje de morbilidad materna y morbimortalidad perinatal, sobre todo en lugares de escasos recursos. Las mujeres embarazadas desarrollan de manera fácil infecciones vaginales debido a cambios funcionales y hormonales

Es importante conocer los microorganismos más prevalentes causantes de las infecciones vaginales en mujeres embarazadas, ya que durante la gestación se presenta un aumento de la producción de moco en respuesta a la hiperestrogenemia, lo que produce aumento de los lactobacilos, los cuales hacen parte de la flora bacteriana normal de la vagina. Este tipo de infecciones se deben a malos hábitos higiénicos, alimentación inadecuada, uso de ropa sintética, climas cálidos y húmedos, el uso de duchas vaginales, cambios hormonales, tratamiento con antibióticos y otros medicamentos que alteran la flora y pH normal de la vagina, por ese motivo representan un problema de orden biosocial.

La importancia de este trabajo de investigación radica en el hecho de que mientras se realizaba la respectiva investigación sobre el tema se pudo notar que existe poca o ninguna estadística sobre esta patología en el país y especialmente a nivel local, por lo tanto con los resultados obtenidos de este trabajo que tiene como principal objetivo identificar la prevalencia y factores de riesgo asociados a vulvovaginitis en gestantes hospitalizadas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora de Loja, se busca tener un registro como una base de datos para conocer la realidad actual de prevalencia y factores de riesgo asociados a estas infecciones; y así planificar estrategias de prevención que den la importancia debida a la salud de las pacientes y de esta manera mejorar su calidad de vida; por lo que una vez terminado este estudio, los resultados del mismo serán entregados a las autoridades pertinentes del Hospital y de esta manera cumplir con los objetivos antes mencionados.

OBJETIVOS:

Objetivo General:

- ✓ Determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados a vulvovaginitis en pacientes gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora de Loja.

Objetivos Específicos:

- ✓ Identificar la prevalencia de vulvovaginitis en las pacientes gestantes hospitalizadas en el Hospital Isidro Ayora de Loja
- ✓ Caracterizar al grupo de pacientes gestantes con diagnóstico de vulvovaginitis hospitalizadas en el Hospital Isidro Ayora de Loja.
- ✓ Establecer los factores de riesgo en las pacientes gestantes con diagnóstico de vulvovaginitis hospitalizadas en el Hospital Isidro Ayora de Loja

ÍNDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN

AUTORÍA

AGRADECIMIENTO

DEDICATORIA

1. TÍTULO

2. RESUMEN

SUMMARY

ÍNDICE GENERAL

3. INTRODUCCIÓN

4. MARCO TEÓRICO

4.1. RECUENTO FISIOLÓGICO DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

4.1.1. Composición de la flora vaginal norma

4.1.2. Interacción entre los microorganismos propios de la flora vaginal y la pared vaginal

4.1.3. Interacción entre bacterias, epitelio vaginal y otros tejidos

4.1.4. Interacción de la flora vaginal con el sistema inmune

4.2. VULVOVAGINITIS

4.2.1. Definición

4.2.2. Datos epidemiológicos

4.2.3. Factores de Riesgo que favorecen el desarrollo de Vulvovaginitis en el embarazo

4.2.3.1. Duchas vaginales diarias

4.2.3.2. Uso de jabones alcalinos

4.2.3.3. Ropa ajustada

4.2.3.4. Ropa íntima sintética

4.2.3.5. Número de parejas sexuales

4.2.3.6. Actividad sexual no protegida con preservativo

4.3. Consideraciones acerca de la Vulvovaginitis durante el embarazo

4.4. Formas etiológicas más frecuentes de Vulvovaginitis en el embarazo

4.4.1. Vaginosis Bacteriana (VB)

4.4.2. Candidiasis Vulvovaginal (CVV)

4.4.3. Vaginitis por Trichomona Vaginalis

4.5. TRATAMIENTO

4.6. COMPLICACIONES

4.7. PREVENCIÓN DEL RIESGO DE INFECCIÓN VAGINAL EN EL EMBARAZO

5. METODOLOGÍA

5.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

5.2. ÁREA DE ESTUDIO

5.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

5.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

5.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

5.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

6. RESULTADOS

7. DISCUSIÓN

8. CONCLUSIONES

9. RECOMENDACIONES

10. BIBLIOGRAFÍA

11. ANEXOS

METODOLOGÍA

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Retrospectiva, descriptiva, transversal, de campo.

ÁREA DE ESTUDIO

La presente investigación se efectuará en el Hospital Isidro Ayora de Loja, servicio de Gineco-Obstetricia. Éste Centro de Salud está ubicado en las calles Av. Manuel Agustín Aguirre e Imbabura en la ciudad de Loja.

UNIVERSO

El universo lo constituirán todas las historias clínicas de las pacientes gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora de Loja durante el periodo enero – diciembre del 2015

MUESTRA

Será tomada en forma aleatoria de las historias clínicas que cumplan los criterios de inclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Pacientes gestantes ≥ 4 a ≤ 41,6 semanas de gestación.
- ✓ Pacientes gestantes ≥ 14 a ≤ 45 años de edad
- ✓ Pacientes gestantes con diagnóstico confirmado por laboratorio de vulvovaginitis.
- ✓ Pacientes gestantes primigestas y multíparas

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✓ Pacientes no gestantes que fueron hospitalizadas en el Hospital Isidro Ayora de Loja con diagnóstico de Vulvovaginitis, periodo enero – diciembre del 2015.
- ✓ Pacientes gestantes que fueron hospitalizadas en el Hospital Isidro Ayora de Loja sin diagnóstico de Vulvovaginitis, periodo enero – diciembre del 2015.

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.

Para la realización del presente estudio se obtendrá la autorización correspondiente de las autoridades del centro hospitalario involucrado, de esta manera se procederá a la recolección de datos mediante la revisión de las historias clínicas únicamente de las pacientes gestantes con diagnóstico de vulvovaginitis. Además los datos de cada paciente serán marcados con código numérico, preservando así la identidad de los mismas.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Los instrumentos a utilizarse para este proyecto investigativo son la Historia Clínica, y material bibliográfico.

1. Para la recolección de datos se solicitará la autorización del Director del Hospital Isidro Ayora de Loja, el mismo que mediante oficio emitido al encargado de la Unidad de Estadística autorizará mi ingreso a este servicio.
2. Los datos obtenidos de la Historia Clínica serán clasificados mediante una tabla semiestructurada de donde se obtendrán los siguientes parámetros: N° de HCL, Edad, Edad Gestacional por trimestre, diagnóstico confirmado por laboratorio de vulvovaginitis, problema (vaginosis bacteriana, vulvovaginitis micótica y vaginosis por Trichomona vaginalis) y Factores de Riesgo (comorbilidades, duchas vaginales diarias, uso de jabones alcalinos, ropa ajustada, ropa íntima sintética, N° de parejas sexuales, actividad sexual no protegida con preservativo, comorbilidades); todo esto para el cumplimiento de los objetivos planteados.
3. La recolección de la información se realizará mediante un formato diseñado por el autor.
4. Se tomará únicamente la información de aquellos casos que cumplan con los criterios de inclusión, la información obtenida de los instrumentos será procesada y resumida en tablas estadísticas, de frecuencia y porcentaje para su ulterior análisis mediante el programa computarizado Microsoft Excel 2013.

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

Recursos humanos:

- Postulante: Lisbeth del Rocío Jumbo Jadán
- Director:

Recursos materiales

- Materiales de oficina
- Encuadernación
- Fotocopias
- Materiales de impresión
- Calculadora
- Computador personal
- Impresora
- Cámara fotográfica

Recursos financieros

- Asesoría docente interna.
- Asesoría docente externa.
- Movilización.
- Alimentación.
- Reproducción de documentos de tesis.
- Empastado de tesis.
- Alquiler de equipos.

IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES:

Variable Independiente: Gestante

Variable Dependiente: Vulvovaginitis

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA
GESTANTE	Estado de embarazo o gestación. Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto.	**BIOLÓGICA**	Primer Trimestre	≥4 ≤ 12,6
			Segundo Trimestre	13 ≤ 27,6
			Tercer Trimestre	28 – 41,6
			Edad en años	14 – 25 24 – 35 34 – 45
			Primigesta	1 gesta
			Multigesta	> 2 gestas
VULVOVAGINITIS	Es la inflamación de la mucosa vaginal y de la piel vulvar. No siempre se afectan ambas áreas anatómicas de forma simultánea. Generalmente la causa es infecciosa (micosis, vaginosis y trichomoniasis) pero puede ser de origen no infeccioso.	**BIOLÓGICA**	Diagnóstico confirmado por laboratorio Problema	Vaginosis Bacteriana SI NO
				Vulvovaginitis Micótica SI NO
				Vaginitis por Trichomona Vaginalis SI NO

			Factores de riesgo	Duchas vaginales diarias 2 – 4 4 – 6 > 6
				Uso de jabones alcalino SI NO
				Ropa ajustada SI NO
				Ropa íntima sintética SI NO
				N° de parejas sexuales 1 2 – 3 >3
				Actividad Sexual no protegida con preservativo SI NO

CRONOGRAMA

TIEMPO	JULIO – DICIEMBRE 2016																							
ACTIVIDADES	JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	1	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**
Elaboración del proyecto																								
Presentación y aprobación del proyecto																								
Recopilación información																								
Tabulación																								
Análisis Estadístico																								
Análisis y discusión de resultados																								
Elaboración de conclusiones y recomendaciones																								
Elaboración de documento de tesis																								
Presentación de Documento Borrador de Tesis																								
Revisión de Comité Asesor de Tesis																								
Incorporación de corrección de tesis																								
Presentación Documento Final de Tesis																								
Defensa privada de tesis																								
Defensa pública de tesis e incorporación																								

PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

DETALLE	CANTIDAD	VALOR	TOTAL $
Materiales de Oficina			
Libreta de notas	1	1.50	1.50
Resma de Papel Bond	2	3.00	6.00
Lapiceros	3	0.35	1.05
Copias	300	0.01	3.00
Materiales Tecnológicos			
Computador	1	-	-
Impresora	1	-	-
Cartuchos	4	25.00	100.00
Flash memory	1	10.00	10.00
Cámara fotográfica	1	-	-
Servicios			
Internet	100	0.60	60.00
Transporte	50	1.00	50.00
Imprevistos	-	-	50.00
TOTAL			**281.55**

BIBLIOGRAFÍA

1. Amaguaña, C. (2014). *Influencia de las Infecciones Vaginales en la Amenaza de Parto Pretérmino en Pacientes Atendidas en el Subcentro de Salud de la Parroquia Cunchibamba*. (Tesis de grado. Universidad Técnica de Ambato). Recuperado de: http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/8380/1/AMAGUA%C3%91A%20TOASA%20CARMEN%20MARIBEL.pdf

2. Beltrán, D. y Col. (2012). *Protocolo de Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones Vulvovaginales.* Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/257149225_Protocolo_Sociedad_Espanola_de_Ginecologia_y_Obstetricia_de_diagnostico_y_tratamiento_de_las_infecciones_vulvovaginales_Protocolo_actualizado_en_2012

3. Briceño, L. González, D. (2010). Vaginitis y Vaginosis en mujeres en edad fértil en la Población del Cantón Yacuambi. (Tesis de grado. Universidad Técnica Particular de Loja). Recuperado de: http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/8696/1/UTPL_Ligia_Gabriela_Brice%C3%B1o_Mogrovejo_1074415.pdf

4. Cancelo, María José. Beltrán, David. Y Col. (2012). *Protocolo Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia de diagnóstico y tratamiento de las infecciones vulvovaginales*. Progresos de Obstetricia y Ginecología. Vol. 56. Núm. 5. Recuperado de: http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-protocolo-sociedad-espanola-ginecologia-obstetricia-S030450131300006X

5. Cannoni, G. Bórquez, S. (2011). Vulvovaginitis E Infecciones de Transmisión Sexual Revista Médica Clínica Las Condes. Vol. 22. Núm. 1. Recuperado de: http://www.elsevier.es/pt-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-vulvovaginitis-e-infecciones-transmision-sexual-S0716864011703923

6. Coppolillo, E. Vay, C. Menghi, C. (2007). *Prevalencia de Infecciones vaginales en embarazadas sintomáticas y asintomáticas*. Rev. Medigrafic Artemisa. Recuperado de: http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/1867/3/UTPL_Guarnizo_Reascos_M%C3%B3nica_del_Roc%C3%ADo_1039464.pdf

7. E. Cambranes, J. Alvarado, E. Campos. (2013). *Manejo de la Vulvovaginitis*. Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia. No. 44. Recuperado de: http://www.igssgt.org/images/gpc-be/ginecoobstetricia/GPC-BE%2044%20Vaginitis.pdf

8. Garay, Gemma. y Col. (2011). *Utilidad de la determinación del pH vaginal para el diagnóstico de las vulvovaginitis y su relación con la patología obstétrica*. Progresos de Obstetricia y Ginecología. Vol. 54. Recuperado de: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501311003335

9. Hospital Regional Del Líbano E.S.E (2012). *Infección Cervical - Vaginal en el Embarazo.* Guía de Práctica Clínica. Recuperado de: https://es.scribd.com/doc/168216895/GPC-Vaginitis-y-Embarazo

10. Marimon, E. Giménez, A. y Col. (2006). *La vulvovaginitis durante el embarazo*. Recuperado de: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2242359

11. MSP. (2014). *Diagnóstico y tratamiento de la infección vaginal en obstetricia*. Guía Práctica Clínica. Recuperado de: http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/guias%202014/GPC%20Infeccion_vaginal_obstetrica.pdf

12. Murillo, Sandra. (2013). *Incidencia de candidiasis vaginal en mujeres gestantes entre las edades comprendidas de 20 a los 35 años de edad atendidas en el Hospital Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo*. (Tesis de grado. Universidad de Guayaquil). Recuperado de: http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/1786

13. Narváez, E. Paz, P. (2013). *Microorganismos Causales en las Infecciones Vaginales en las Mujeres Embarazadas y no Embarazadas.* (Tesis de grado. Pontificia Universidad Católica del Ecuador). Recuperado de: http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/10810/11.45.001107.pdf?sequence=4

14. Pérez, Emilia. (2010). *Urgencias del Tracto Genital Inferior*. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Recuperado de: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/urgencias_del_tracto_genital_inferior.pdf

15. Quezada, R. (2010). *Prevalencia de Vaginitis Micotica en Mujeres que Acuden al Laboratorio Clínico del Hospital Regional Isidro Ayora.* (Tesis de grado. Universidad Nacional de Loja). Recuperado de: http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/13878/1/UNIVERSIDAD%20NACIONAL%20DE%20LOJA.pdf

16. Schalkwyk, Julie. Vancouver, BC. Yudin, Mark. (2015). *Vulvovaginitis: Screening for and Management of Trichomoniasis, Vulvovaginal Candidiasis, and Bacterial Vaginosis.* Sogc Clinical Practice Guideline. Recuperado de: https://sogc.org/wp-content/uploads/2015/03/gui320CPG1504E.pdf

17. Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria. (2008). *Vulvovaginitis.* Recuperado de: http://www.svmfyc.org/fichas/f038/ficha038.pdf

18. Toledo, A. (2013). *Identificación del agente causal de Infección Vaginal y su relación con los Factores de Riesgo en mujeres en edad fértil que acuden al Hospital "Kokichi Otani".* (Tesis de grado. Universidad Nacional de Loja). Recuperado de: http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/13878/1/UNIVERSIDAD%20NACIONAL%20DE%20LOJA.pdf

19. Vázquez, Laura. Díaz, Cristina. (2011). *Vulvovaginitis*. Recuperado de: http://www.1aria.com/docs/sections/otras/ginecologia/vulvovaginitis/Vulvovaginitis-Tricomonas.pdf

20. Vega, María. (2015). *Vaginitis. Revisión de guías clínicas.* Servicio de Obstetricia y Ginecología. Recuperado de: http://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/revisionGuiasClinicas/2014-2015/sesion20150408_01.pdf

ANEXOS

1: Hoja de Registro de las Historias Clínicas

Tema: "**PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VULVOVAGINITIS EN PACIENTES GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA**"

Nº HCL	Edad	EG por trimestre	Paridad	Diagnóstico confirmado por laboratorio	Duchas vaginales diarias			Uso de jabones alcalinos		Ropa ajustada		Ropa íntima sintética		N° de parejas sexuales			Actividad sexual no protegida con preservativo	
					2-4	4-6	>6	SI	NO	SI	NO	SI	NO	1	2-3	>3	SI	NO