



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA

MAGÍSTER EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO SOCIAL

Prevalencia de vulvovaginitis en mujeres de los 15 a 49 años con vida sexual activa, que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, Quito, Diciembre 2011 - Febrero 2012

Trabajo de fin de Maestría

Autor:

Caguas Chuquisala, Carlos Felipe

Directora:

Velasco Garcés, María de Lourdes, Dra.

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

2013



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2013

Certificación

Doctora.

María de Lourdes Velasco Garcés

DIRECTORA DEL TRABAJO DE FIN DE CARRERA

CERTIFICA:

Que el presente trabajo, denominado: **“Prevalencia de vulvovaginitis en mujeres de los 15 a 49 años con vida sexual activa, que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, año 2012”** realizado por el profesional en formación: Carlos Felipe Caguas Chuquisala; cumple con los requisitos establecidas en las normas generales para la Graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja; tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Quito, julio de 2013

f).....

Declaración de autoría y cesión de derechos

“ Yo, Carlos Felipe Caguas Chuquisala declaro ser autor del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

f.

Carlos Felipe Caguas Chuquisala

171604484-5

DEDICATORIA

A todos aquellos que alguna vez sientan el deseo de consultar el presente trabajo.

Dedico este trabajo a mis padres y hermanos quienes con su apoyo moral y económico han estado en todos mis momentos difíciles y alegres de mi vida apoyándome y brindándome sus sabios consejos, gracias a ellos he logrado mi sueño y la meta anhelada que es poder ayudar al que más lo necesitan.

Dedico en especial a mi madre y hermano, cada uno a su manera, me ayudó a entrar realmente en la profesión más maravillosa: la medicina. Aunque tan lamentable e injusta partida a una edad en la que estabas empezando a vivir, se que nos seguirás dando fortaleza para tratar de cumplir tus metas, anhelos que siempre soñaste hermano.

Carlos Felipe Caguas Chuquisala

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica Particular de Loja por haberme abierto sus puertas al saber y brindarnos la ciencia y los conocimientos. Para poder ayudar a las personas que más lo necesiten.

Agradezco a nuestros docentes que con sus conocimientos impartidos en cada uno de nosotros para lograron cumplir nuestra meta.

A los médicos tratantes y todo el personal que labora en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora y a las pacientes por su colaboración en la elaboración de la presente investigación.

A todos MUCHAS GRACIAS.

CARLOS FELIPE CAGUAS CHUQUISALA

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Portada	i - viii
Introducción	1 - 2
CAPÍTULO I	
El problema	3 - 4
CAPÍTULO II	
Marco teórico	5 - 33
CAPÍTULO III	
Metodología	34 - 39
CAPÍTULO IV	
Resultados y discusión	40 - 48
Índice de tablas y gráficos	41 - 47
CAPÍTULO V	
Conclusiones y recomendaciones	49 - 50
CAPÍTULO VI	
Marco administrativo	51 - 53
CAPÍTULO VII	
Bibliografía	54 - 55
APENDICES	56

RESUMEN EJECUTIVO

La presente investigación analizó la prevalencia de vulvovaginitis en mujeres de los 15 a 49 años con vida sexual activa que acudió al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora por flujo vaginal anormal, se realizó un estudio descriptivo transversal o de corte, prospectivo. La vulvovaginitis son uno de los problemas principales en la práctica clínica diaria, la prevalencia en nuestro medio es muy alta y los factores de riesgo descritos son muy frecuentes en nuestra población como el haber iniciado una vida sexual activa a una edad menor de 19 años siendo este en nuestro estudio como el principal factor desencadenante de esta afección seguido de la conducta sexual como el haber tenido dos o más parejas sexuales fueron las principales causas de esta patología; sin embargo hubo un porcentaje significativo de casos de vulvovaginitis relacionados con la frecuencia relaciones sexuales. La importancia del diagnóstico precoz y su tratamiento adecuado reside tanto por las complicaciones como por las secuelas, este estudio ha empleado criterios clínicos y epidemiológicos, que contribuyen a mejorar el diagnóstico y a prevenir las infecciones vulvovaginales.

ABSTRACT

The present study analyzed the prevalence of vulvovaginitis in women of 15-49 years are sexually active who attended the Obstetrics and Gynecology Hospital Isidro Ayora by abnormal vaginal discharge, a descriptive study was conducted cross cutting or prospective. Vulvovaginitis are one of the main problems in daily clinical practice, the prevalence in our country is very high and the risk factors described are very common in our population as having initiated sexual activity at a younger age of 19 years being this in our study as the main trigger of the condition followed by sexual behavior as having had two or more sexual partners were the main causes of this condition, but there was a significant percentage of cases of vulvovaginitis often related to sex . The importance of early diagnosis and appropriate treatment for the complications lie so much as by the aftermath, this study has used clinical and epidemiological criteria that help to improve the diagnosis and prevent vulvovaginal infections.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se realizó en la provincia de Pichincha, cantón Quito, en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora.

La vulvovaginitis es una enfermedad universal aunque antes era ignorada por la comunidad médica o considerada como una molestia menor para las mujeres. Además de los muchos problemas emocionales y físicos relacionados con la vulvovaginitis, la pérdida económica que ha ocasionado es de proporciones relevantes. Dicha entidad afecta tanto a las mujeres de países industrializados como a la población femenina de países en vías de desarrollo. No se refieren diferencias en relación con razas u origen étnico. El término vulvovaginitis es la infección vaginal más prevalente y potencialmente más seria que afecta a la mujer en edad reproductiva. Muchas veces la consulta es tardía, las molestias causan inseguridad e incomodidad en la paciente.

La vulvovaginitis es el diagnóstico más frecuente en la práctica ginecológica general. Si bien fue descrita en el siglo XIX aún se discuten algunas de sus características e incluida dentro de este amplio síndrome, presenta rasgos epidemiológicos aún más controvertidos. Es frecuente que aquellos problemas de salud más prevalentes, que no suelen constituir una potencial amenaza de muerte, formen parte de las áreas menos estudiadas de la medicina. Sólo en los últimos tiempos hay resultados de investigaciones que permiten orientar el diagnóstico y el manejo de ciertas condiciones que presenta esta patología. En términos generales se observa que ni los síntomas en sí mismos, ni los signos que se pueden obtener al examen clínico-ginecológico son de suficiente ayuda para determinar qué condición patológica ginecológica vaginal concreta sufre la mujer. La única excepción en este sentido podría estar dada por la presencia del flujo vaginal blanco grisáceo abundante homogéneo y mal oliente.

Siendo esta patología una de las causas más frecuentes de consulta ambulatoria e incluso de urgencias, representa más de un tercio de las consultas ginecológicas en mujeres en edad reproductiva que asisten a clínicas de primer contacto y a los servicios de ginecología de Estados Unidos de América del Norte.

Las cifras informadas varían de acuerdo con la condición de la población estudiada encontrándose en 15 a 19 % de mujeres ambulatorias no embarazadas, en 10 a 30 % de las mujeres embarazadas y hasta en 51 % de aquellas mujeres que acuden a clínicas que atienden enfermedades de transmisión sexual.

Los datos sobre la prevalencia son limitados en el Ecuador. En el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de la Ciudad de Quito se ha registrado que la prevalencia de vulvovaginitis en el año 2010, fue del 12% en mujeres tanto embarazadas como las que no estaban embarazadas según los datos estadísticos de ese período.

El 90% de las vulvovaginitis son de etiología candidiásica, vaginosis bacteriana, tricomoniasis y etiología mixta (candidiasis y tricomoniasis o vaginosis bacteriana o ambas). Las causas no infecciosas incluyen vaginitis atrófica, alergia o irritación química (productos de higiene íntima, compresas, condones de látex, tintes, etc.) cuerpos extraños, liquen escleroatrófico o cáncer de vulva.

La importancia de determinar el agente infeccioso causal radica en los siguientes aspectos: en vaginosis, su presencia se asocia a mayor frecuencia de enfermedad pélvica inflamatoria, endometritis e infección de las vías urinarias; en la mujer embarazada representa un riesgo para ruptura prematura de membranas y parto prematuro. La recurrencia de vaginitis por *Cándida* es un comportamiento sugestivo de inmunidad celular deficiente, sobre todo relacionada a diabetes mellitus. Cuando se trata de *Trichomonas* debe tenerse en cuenta la posibilidad de infección venérea concurrente.

El motivo de este estudio es tratar de disminuir la prevalencia de factores predisponentes de esta enfermedad informando, previniendo e invitando a reflexionar a la comunidad, de los problemas de la vida sexual activa y la vulvovaginitis en virtud de que todos tenemos la obligación de tratar a las personas que presentan estas patologías.

El proceso de diagnóstico del desarrollo de la vulvovaginitis constituye un interesante reto para los profesionales que laboran en la salud siendo además responsabilidad fundamental para el establecimiento del diagnóstico médico; la presente investigación plantea inicialmente, conocer la prevalencia de la vulvovaginitis en relación a la vida sexual activa.

EL PROBLEMA

1.1 TEMA:

Prevalencia de vulvovaginitis en mujeres entre los 15 a 49 años con vida sexual activa, que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito en el periodo comprendido entre diciembre de 2011 a Febrero del 2012.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Será acaso que las mujeres entre 15 y 49 años con vida sexual activa, que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora en el período comprendido entre diciembre de 2011 a Febrero del 2012 presentan una mayor prevalencia de vulvovaginitis aguda, en relación a mujeres que no tienen vida sexual activa?

1.3 HIPÓTESIS

El antecedente de vida sexual activa a edades más tempranas incrementa la prevalencia vulvovaginitis en mujeres entre 15 y 49 que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora en el período comprendido entre diciembre de 2011 a Febrero del 2012.

1.4 OBJETIVOS:

1.4.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar la prevalencia de vulvovaginitis en mujeres entre 15 y 49 años con vida sexual activa, que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora en el período comprendido entre diciembre de 2011 a Febrero del 2012.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Establecer la relación existente entre el inicio de vida sexual activa a edades más tempranas y la prevalencia de vulvovaginitis.
- Determinar la conducta sexual como factores de riesgo en mujeres en edad fértil para presentar vulvovaginitis.
- Probar el comportamiento de las vulvovaginitis en mujeres con actividad sexual activa.

1.5 JUSTIFICACION

Es frecuente que aquellos problemas de salud prevalentes, que no suelen constituir una potencial amenaza de muerte, formen parte de las áreas menos estudiadas de la medicina. Sólo en los últimos tiempos han comenzado a obtenerse resultados de investigaciones que permiten orientar el diagnóstico y el manejo de ciertas condiciones que presenta esta patología.

En el Ecuador se ha registrado que existen 1886 mujeres con patología de vulvovaginitis, la prevalencia de vulvovaginitis en el año 2005, fue de 19, 30, 42 Y 30 casos para mujeres entre 15-19, 20- 24, 25-34, 35-44 años respectivamente según datos estadísticos del INEC en los egresos hospitalarios. En Quito hubo 97 casos de egresos hospitalarios por vulvovaginitis.¹⁴

La vulvovaginitis incluye todo proceso inflamatorio que afecta a la vulva y a la vagina, se manifiesta fundamentalmente por la aparición de leucorrea, prurito, escozor o dispareunia.

El 90% de las vulvovaginitis son de etiología candidiásica, vaginosis bacteriana, tricomoniasis y etiología mixta. Las causas no infecciosas incluyen vaginitis atrófica, alergia o irritación química, cuerpos extraños.

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo. Nuestro mundo actual cuenta con la mayor cantidad de mujeres en edad fértil en la historia: 1,1 mil millones de personas de 15 a 49 años de edad, 85 por ciento de las cuales vive en países en desarrollo. Se calcula que, al menos, la mitad de ellas habrá tenido su primera relación sexual antes de los 16 años de edad, y la mayoría antes de los 20.

Es importante hacer nuevos aportes que puedan orientar estrategias para reducir la vulvovaginitis debido a las complicaciones obstétricas y ginecológicas asociadas prácticas sexuales y a la vez generar procesos estandarizados de de los factores de riesgo. Esta iniciativa enfoca el presente trabajo, a los fines de la implementación de posibles programas preventivos.

¹⁴ Recuperado de http://www.inec.gov.ec/web/guest/publicaciones/anuarios/inv_soc/cam_egr

MARCO TEÓRICO

VULVOVAGINITIS

2.1 DEFINICIÓN

Se conoce como vulvovaginitis a la inflamación de las estructuras externas del aparato genital femenino, específicamente la vulva y la vagina -en algunos casos la piel del perineo- y que es producida, entre otras causas, principalmente por acción de microorganismos patógenos que desencadenan una infección en cualquiera de estos niveles por separado o en ambos, de ahí el nombre general de vulvovaginitis.³

Las vulvovaginitis más frecuentes son causadas por microorganismos que normalmente forman parte de la flora vaginal, pero que bajo ciertas condiciones ambientales -como el cambio de pH en la vagina- proliferan y producen infección. Entre éstos tenemos al hongo *Candida albicans* y la bacteria *Gardnerella Vaginallis*, causantes de micosis y vaginosis bacteriana respectivamente, y otros no residentes de la flora habitual vaginal, como *Escherichia coli* y *Trichomona Vaginallis*, que pueden llegar a colonizar la vagina a través de medios mecánicos como arrastre desde el ano o transmisión sexual.

Los signos y síntomas sugerentes de vulvovaginitis son el flujo (que difiere según el patógeno causal y otros factores tales como estado hormonal, fase del ciclo menstrual, actividad sexual y método anticonceptivo empleado), la dispareunia y el prurito, entre otros. El flujo aumenta considerablemente en las infecciones vaginales, constituyendo el síntoma principal, y las características de éste (color, textura, viscosidad y olor) son a menudo muy útiles para establecer el diagnóstico de las infecciones vaginales, sin embargo es necesario realizar una toma de muestra de este flujo para realizar un diagnóstico certero a través de la observación de los agentes causales en el microscopio.

Si bien, es una entidad patológica frecuente en mujeres en edad reproductiva, podemos encontrarla en edades extremas. En la infancia y la posmenopausia, al ser muy bajos los niveles de hormonas esteroideas de origen gonadal, no hay modificaciones cíclicas en la mucosa vaginal, no se encuentran lactobacilos

³ Berek, J. (Catorceava) (2007). *Ginecología de Novak*. Philadelphia: Walters Kluwer Business.

acidófilos (gérmenes residentes responsables de mantener la acidez vaginal) y el pH vaginal es mucho más alto. Por ello, las agentes condicionantes de la infección vaginal en estas etapas de la vida serán diferentes a los de la edad adulta, en la que la vaginosis bacteriana y las vulvovaginitis micótica y por tricomonas, constituyen los cuadros clínicos más frecuentes.

2.1.1 EPIDEMIOLOGÍA DE VULVOVAGINITIS

Es una de las causas más frecuentes de consulta ambulatoria e incluso de urgencias, y representa 6 millones de visitas al año. Más del 90% de las vulvovaginitis tienen como factor etiológico alguno de los tres agentes siguientes: Gardnerella vaginalis, Cándida y Trichomonas vaginalis. El 10% restante incluye entidades poco definidas, y pueden ser alérgicas, iatrogénicas o atróficas.⁷

La mayor parte de los autores citan la vaginosis bacteriana como la primera causa de vaginitis pero, en la práctica diaria, es la candidiasis la que obliga a acudir con más frecuencia a la consulta.

2.1.2 FLORA VAGINAL NORMAL

En la vagina y la vulva de la mujer normal habitualmente existe una secreción que es el resultado de:

1. Secreción de las glándulas y células secretoras existentes en el tracto genital (glándulas vestibulares, glándula de Bartholin, del cuello uterino, del endometrio y de endosalpinx)
2. Líquido trasudado o suero procedente de los capilares de la pared vaginal
3. Células descamadas del epitelio escamoso que reviste la vagina y el endocervix

Este conjunto de secreciones, conglomerado de células y líquido trasudado, humedezca la mucosa, pero habitualmente la mujer no lo nota.

Es importante conocer el concepto de flora vaginal normal, ya que su desequilibrio influye en la aparición de las vulvovaginitis. La flora normal está constituida por distintas especies de gérmenes aerobios, anaerobios y la llamada flora láctica

⁷ Eckert, L. (2006). Acute *Vulvovaginitis*. New England Journal of Medicine.

(bacilos de Döderlein); mientras la mujer mantiene su actividad ovárica, su pH vaginal oscilará entre 4 y 5. Las vulvovaginitis, además de estar causadas por gérmenes patógenos, están favorecidas por la ruptura del ecosistema bacteriano vaginal; este hecho se puede producir por la administración de antibióticos, la existencia de determinadas enfermedades como la diabetes, la utilización de métodos anticonceptivos hormonales o mecánicos, lavados vaginales e incluso la gestación.

Las secreciones vaginales normales se caracterizan por ser: Inodoras, Claras o blancas, Viscosas, Homogéneas o algo floculentas con elementos aglutinados, pH ácido < 4,5, No fluyen durante el examen del espéculo, Sin neutrófilos polimorfonucleares (PMNs).

Géneros de microorganismos que se encuentran en la vagina de mujeres sanas

Cocos y bacilos grampositivos anaerobios aerotolerantes	<i>Lactobacillus</i> <i>Streptococcus</i>
Cocos y bacilos grampositivos anaerobios facultativos	<i>Corynebacterium</i> <i>Gardnerella</i> <i>Staphylococcus</i> (fundamentalmente <i>S. epidermidis</i>)
Bacilos gramnegativos anaerobios facultativos	<i>Escherichia</i> <i>Klebsiella</i> <i>Proteus</i>
Micoplasmas	<i>Mycoplasma</i> (sobre todo <i>M. hominis</i>) <i>Ureaplasma</i>
Bacilos y cocos grampositivos anaerobios estrictos	<i>Atopobium</i> <i>Peptococcus</i> <i>Peptostreptococcus</i> <i>Clostridium</i> <i>Bifidobacterium</i> <i>Propionibacterium</i> <i>Eubacterium</i>
Bacilos gramnegativos anaerobios estrictos	<i>Bacteroides</i> <i>Prevotella</i>

En la tabla se presenta una relación de los microorganismos que se detectan con regularidad en la vagina de mujeres sanas²⁰. La mayoría son típicos del hábitat intestinal.

²⁰ Schorge, J., et al. (2009). *Ginecología Williams*. Mexico: Mc Graw Hill Interamericana.

2.1.3 LOS LACTOBACILOS VAGINALES

Desde el primer estudio microbiológico de la vagina humana, realizado por Döderlein, los lactobacilos han sido descritos consistentemente como los microorganismos dominantes en dicho hábitat. Por ello, se considera que tienen un papel crítico en el mantenimiento de la flora vaginal al prevenir la excesiva proliferación de microorganismos endógenos, como *Gardnerella vaginalis*, que cuando se convierten en dominantes pueden inducir alteraciones como la vaginosis. Igualmente, impedirían la colonización por patógenos y la aparición de vaginitis y cervicitis, que podrían complicarse con afectación de estructuras regionales como el útero y las glándulas de Bartolino o incluso convertirse en infección sistémica.

Los lactobacilos varían de formas muy alargadas a bastante cortas y de rectas a curvadas e incluso espiriladas. Se les incluye en el grupo amplio y heterogéneo de las bacterias del ácido láctico, caracterizadas por ser grampositivas, no esporuladas y con un catabolismo de los azúcares estrictamente fermentativo, cuyo producto final predominante es dicho ácido orgánico. Son bacterias anaerobias aerotolerantes. Su inocuidad como agentes infecciosos se debe en parte a la escasez de información genética.¹²

Las propiedades de la microbiota vaginal son de dos tipos: a) la adherencia específica a las células epiteliales y a dichos patógenos, y b) la producción de compuestos antimicrobianos.

Producción de compuestos antimicrobianos¹⁶

Ácidos orgánicos. El pH fisiológico de la vagina es de aproximadamente 4. Este ambiente ácido inhibe parcial o totalmente el desarrollo de la mayor parte de las bacterias procedentes del tracto digestivo y de las de origen ambiental. El origen de la acidez vaginal es el ácido láctico que se genera como producto final del metabolismo fermentativo de los glúcidos, que llevan a cabo los lactobacilos residentes y las propias células epiteliales. Las células vaginales tienden a acumular glucógeno, especialmente durante el período comprendido entre la menarquía y la menopausia.

¹² Hopkins, J. (2005). *Ginecología y Obstetricia*. Madrid: Marbán.

¹⁶ Martín, R. (2008). *La microbiota vaginal: composición, papel protector, patología asociada y perspectivas terapéuticas*. Microbiología Clínica.

Peróxido de hidrógeno. La producción de agua oxigenada parece ser común entre ciertas especies de lactobacilos como *L. crispatus* y *L. jensenii*. Estas cepas son más estables en el ambiente vaginal y protegen mejor la mucosa frente a las alteraciones causadas por microorganismos indeseados, incluyendo productores de infecciones de transmisión sexual. El efecto bactericida del agua oxigenada viene determinado por su capacidad oxidante y por la generación, a partir de ella, de metabolitos como el radical OH⁻, que dañan la integridad del ADN celular. Dicho efecto se potencia por la mieloperoxidasa y los radicales haluro, como el Cl⁻, que son abundantes en las secreciones biológicas como su elevada concentración en el mucus uterino.

Bacteriocinas. Son polipéptidos con actividad antimicrobiana que, se sintetizan en los ribosomas. Las bacterias lácticas producen bacteriocinas, como la nisina, que se emplea como conservante alimentario. Suelen ser moléculas anfipáticas que originan la apertura de poros en las membranas e incluso la lisis celular.

Agentes tensioactivos. Son compuestos anfifílicos que originan una disminución de la tensión superficial, favoreciendo la solubilización de sustancias hidrofóbicas. Se han descrito dos agentes tensioactivos, producidos por una cepa de *L. acidophilus* y otra de *L. fermentum*, que inhiben la adhesión de *E. faecalis* y de *E. coli* a la goma de silicona de los catéteres.

Perspectivas terapéuticas: los lactobacilos vaginales como agentes probióticos.⁶

El término probiótico designa “microorganismos vivos que, administrados en cantidades adecuadas, ejercen un efecto beneficioso sobre la salud”. El concepto deriva de la observación de Metchnikoff de que las poblaciones que consumían leche fermentada tenían una esperanza de vida superior a la del resto. Esto le llevó a postular que las bacterias responsables de la fermentación desplazarían a los “organismos putrefactivos” del intestino grueso, eliminándose así la generación de sustancias tóxicas como las aminas biógenas, la urea y el ácido sulfídrico. El ecosistema vaginal es menos complejo y los lactobacilos son dominantes en él, por lo que, debería ser más sencillo promover la reposición de una microbiota normal.

⁶ Prieto, E. (2007). Aspectos actuales en la evaluación y el tratamiento de las vulvovaginitis.

El uso de lactobacilos para tratar infecciones del tracto genitourinario data de 1915, cuando Newman los inyectó en la vejiga urinaria para tratar la cistitis. Todas estas razones hicieron renacer el interés en la terapia de reposición microbiana. Sin embargo, no parece que la instilación de lactobacilos haya dado resultados satisfactorios hasta muy recientemente. Esta falta de éxito podría estar motivada por una selección deficiente de las cepas y el hecho de que casi siempre se administraban cepas únicas, lo que probablemente no proporcione el abanico de propiedades necesario para que se genere un ecosistema maduro, en el que sus componentes establezcan una relación a largo plazo entre sí y con la mujer hospedera.

2.1.4 ETIOLOGÍA

Existen múltiples causas de descarga vaginal que pueden agruparse en infecciosas, descarga secundaria a cambios hormonales y otras causas. Estas causas pueden resumirse de la forma siguiente:¹

Infecciosas	Descarga vaginal secundaria (Cambios hormonales)	Otras causas
Vaginosis bacteriana	Leucorrea fisiológica	Vaginitis química/alérgica
Candidiasis vulvovaginal	Vaginitis atrófica	Inflamatoria descamativa
Vaginitis trichomonas		Cervicitis crónica
Cervicitis mucopurulenta (C. trachomatis).		Ectropión cervical
Blenorragia		Pólipos cervicales
Condiloma acuminado		Cáncer endometrial y cervical
Herpes virus tipo 2		Enfermedades vasculares
Vaginosis citolítica		

¹ Alan, H., Lauren, N. (2012). *Diagnostico y Tratamiento Ginecoobstétricos*. México: Manual moderno.

2.2 VAGINOSIS BACTERIANA

2.2.1 DEFINICIÓN

La vaginosis bacteriana (VB) es un proceso patológico que afecta la vagina y se considera un síndrome por alteraciones de la flora bacteriana que se traduce en cambios fisicoquímicos de las secreciones vaginales y en el que intervienen las características propias del hospedero y su pareja sexual. Es el término actual que se le ha conferido a un síndrome clínico polimicrobiano que se caracteriza por presentar una secreción vaginal anormal con disturbios en el ecosistema vaginal con desplazamiento del lactobacilo por microorganismos anaerobios.

En 1982, Krönig publicó dibujos de secreciones vaginales con tinción de Gram en mujeres con problemas de descarga, y observó que no tenían tricomonádidos ni *Candida albicans* y que los bastoncitos largos gram-positivos que se encuentran presentes normalmente (los cuales se conocerían después como lactobacilos), estaban ausentes. Aun cuando fue la primera descripción precisa con tinción de Gram de descarga en una paciente con vulvovaginitis bacteriana, Krönig atribuyó el desorden a estreptococos anaeróbicos. Sin embargo, la historia de la vulvovaginitis bacteriana se extiende a más de 40 años y ha sido marcada con los cambios de nombre de la bacteria que se conoce actualmente como *Gardnerella vaginalis*, así como a su papel en la enfermedad y su diagnóstico.

Aunque la VB es el tipo de infección vaginal más común entre mujeres en edad reproductiva y representa una tercera parte de todas las infecciones vulvovaginales, se ha mantenido una gran controversia alrededor de la misma, debido a la evolución de su nomenclatura dada por la larga sucesión de nombres. Por tanto la VB no es un síndrome nuevo sino una enfermedad que finalmente se ha reconocido. Una larga y controversial lista de nombres se describe hasta que en 1984 Weström y Col. Recomendaron el nombre actual del síndrome, durante el primer Simposium Internacional sobre vulvovaginitis, en Estocolmo; después de revisar todos los datos clínicos y microbiológicos recolectados en décadas recientes.

Los datos probaron que la enfermedad se caracteriza por una cantidad muy anormal de bacterias tanto anaeróbicas como aeróbicas, con predominio de anaeróbicas; por lo tanto se propuso el adjetivo de bacteriana. Puesto que la enfermedad no produce

un flujo de células sanguíneas blancas (una respuesta inflamatoria), el término vulvovaginitis fue considerado incorrecto y se propuso vaginosis. Por consiguiente la enfermedad se nombró correctamente: vaginosis bacteriana. La vaginosis es un síndrome clínico resultado de la sustitución de la flora vaginal normal de lactobacilos productores de peróxido de hidrógeno por altas concentraciones de bacterias anaeróbicas (*Prevotella* sp. y *Mobiluncus* sp.), *Gardnerella vaginalis* y *Mycoplasma homini*.² Esta condición se considera la causa más frecuente de descarga vaginal y mal olor, sin embargo la mitad de las mujeres en las que se encuentran criterios clínicos de la entidad se mantienen asintomáticas.

La presencia de vaginosis bacteriana, es un factor de parto pretérmino. Los microorganismos involucrados en la vaginosis bacteriana producen fosfolipasa A2, iniciándose la síntesis de prostaglandinas a partir del catabolismo del ácido araquidónico (componente fosfolipídico de las membranas amnióticas), trayendo como consecuencia el parto pretérmino.

La producción de enzimas virulentas, como mucinasa y sialidasa por microorganismos cervicovaginales, permiten el ascenso de microorganismos a la cavidad uterina y se favorece de esta manera la corioamnionitis. La presencia de vaginosis bacteriana en embarazos menores de 16 semanas es un fuerte factor de riesgo para aborto espontáneo y parto pretérmino. El riesgo relativo de parto pretérmino es de 5 a 7,5 en mujeres con vaginosis bacteriana antes de las 16 semanas y de 1,4 a 1,9 a las 26 semanas. Se ha observado que la vaginosis bacteriana acorta el período de latencia y disminuye la tasa de éxito de los tocolíticos. Cauce y col. encontraron que las mujeres con vaginosis bacteriana tienen concentraciones más elevadas de sialidasa en comparación con las pacientes con flora vaginal normal, y a la vez tienen mayor porcentaje de partos pretérmino.

2.2.2 EPIDEMIOLOGÍA

Esta entidad es universal aunque antes era ignorada por la comunidad médica o considerada como una molestia menor para las mujeres. Dicha entidad afecta tanto a las mujeres de países industrializados como a la población femenina de países en vías de desarrollo. No se refieren diferencias en relación con razas u origen étnico.

² Biswas, M. (2008). *Vaginosis bacteriana*. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas.

Es una infección diagnosticable entre el 5 % y el 15 % de las mujeres que acuden a las consultas de Ginecología.

La vaginosis bacteriana (VB) es la causa más común de morbilidad. A menudo no se reconoce correctamente a pesar de ser la causa del 40-50 % de las infecciones vaginales. Sin embargo, la vaginosis bacteriana es una condición clínicamente definida que se diagnostica con frecuencia en la atención primaria se recomienda tratar solamente las pacientes sintomáticas.

2.2.3 FACTORES DE RIESGO

La causa más común de los procesos asociados a las infecciones cervicovaginales y/o de transmisión sexual sigue siendo la vaginosis bacteriana (VB).

Al analizar los grupos de edad como un factor de riesgo asociado a vaginosis bacteriana se obtuvieron diferencias estadísticas significativas; la mayor prevalencia se observó en el grupo de menores de 19 años.

Con respecto al método anticonceptivo, también se observaron diferencias significativas; las pacientes con DIU presentaron la prevalencia más alta. En contraste, la prevalencia de vaginosis bacteriana más baja se presentó en pacientes cuyas parejas usaban preservativo. El papel protector de éste frente a las infecciones de transmisión sexual al evitar el contacto de secreciones está bien documentado.

Con respecto al embarazo, la vaginosis bacteriana se presentó en el 26,7% de las mujeres embarazadas frente al 34,3% de las no embarazadas, diferencia que fue estadísticamente significativa.¹³ No se observaron diferencias con otros factores analizados que involucran cuestiones hormonales, como el uso de anticonceptivos hormonales, la menarquía o el día del ciclo menstrual.

Al analizar algunos factores del huésped que implican una actividad invasiva o externa se obtuvo que las pacientes que habían recibido un tratamiento vaginal reciente presentarían una prevalencia menor de vaginosis bacteriana.¹⁸

¹³ Weaver, L. (2010). *Vulvovaginitis y embarazo*. Clínicas obstétricas y ginecológicas.

¹⁸ Roman, F., Pozo, C. (2010). *Vaginosis bacteriana*. Resumed.

Al analizar los factores de riesgo de la conducta sexual, en lo referente al número de relaciones sexuales por semana se observa que, conforme éste aumenta, mayor es la prevalencia, estadísticamente significativa. La frecuencia de relaciones sexuales superior a 1 por semana está asociada a la pérdida de H₂O₂ producida por *Lactobacillus* spp. En cuanto al número de parejas sexuales, las pacientes que tuvieron 3 o más parejas también tuvieron una prevalencia mayor de vaginosis bacteriana (VB).¹⁰

Estos últimos 2 parámetros, aunados a otros como el inicio de la vida sexual en edad temprana, el no uso de preservativo, nos hacen pensar que la VB es una infección asociada a transmisión sexual.

2.2.4 BACTERIOLOGÍA DE LA VAGINOSIS BACTERIANA (VB)

La VB es una entidad clínica polimicrobiana. Se ha determinado que en la VB se produce un aumento mil veces mayor en cuanto a la cantidad de bacterias anaerobias, no lactobacilos, que en forma esencial reemplaza la flora endógena.

Como consecuencia de los cambios y la interacción microbiana la flora vaginal anormal se caracteriza por presentar un pH más alcalino (>4,5). En la misma, se observan cantidades disminuidas de especies lactobacilos que producen peróxido. Es típica la proliferación de *Gardnerella vaginalis*, y la presencia de especies de *Mobiluncus*, bacteroides, bacterias anaerobias como *Prevotella bivia*, otras especies de *Prevotella*, así como especies de *Peptostreptococcus* y *Mycoplasma hominis*. La *gardnerella* produce succinato, que es necesario para la proliferación de los anaerobios.

2.2.5 CUADRO CLÍNICO

Las pacientes con infecciones vaginales presentan síntomas variados. El interrogatorio en la primera visita debe dirigirse hacia la naturaleza de los síntomas y abarcar una serie de problemas que pueden no ser expresados por la paciente.

Muchas pacientes se quejan de una descarga vaginal excesiva o que mancha su ropa interior y que tiene un olor fétido a pescado. El olor fétido puede ser más marcado después de una relación sexual sin protección, debido a que el fluido

¹⁰ González, F. (2008). *Factores de riesgo asociados a vaginosis bacteriana*. Atención Primaria.

seminal alcalino favorece más el mal olor. Las pacientes informan que perciben el olor al ponerse de pie y caminar después de haber estado sentadas por un período largo de tiempo. Muchas pacientes observan una relación entre el inicio de la descarga y un cambio en sus compañeros sexuales. Los compañeros sexuales se encuentran uniformemente asintomáticos. Las mujeres con VB no se quejan necesariamente de prurito vulvar. Al examen con espéculo se visualiza una descarga espesa, homogénea que puede ser fácilmente retirada de las paredes vaginales y el cérvix, como si se hubiera vertido un vaso de leche en ella. En muchas pacientes, las secreciones vaginales tienen la presencia de burbujas (espuma).

2.2.6 DIAGNÓSTICO

Un diagnóstico de VB se basa en la presencia de los criterios clínicos propuestos por Amsel y colegas en el Simposio Internacional sobre Vaginosis Bacteriana en Estocolmo, y establecidas como estándar para indicar la presencia de la enfermedad.²

1) Descarga fina, blanca adherente y homogénea. Se observan descargas vaginales blancas o blanco-grisáceas no inflamatorias en el introito, cuando la paciente se encuentra en posición supina, la cual cubre las paredes de la vagina. Si la descarga es abundante, puede extenderse del vestíbulo vulvar hasta el perineo.

2) pH superior a 4,5. Se mide con un papel de pH sujetado con fórceps e introducido en la descarga vaginal, con precaución para evitar las secreciones menstruales y cervicales las cuales tienden a ser alcalinas. Es importante no emplear lubricantes en el espéculo cuando se realiza el examen, ya que los mismos pueden elevar el pH y provocar resultados erróneos. Un pH vaginal inferior a 4,5 excluye el diagnóstico de VB.

3) Prueba de amina positiva. Las aminas (trimetilamina, putrescina y cadaverina) son producidas por la flora vaginal mixta. La prueba de las aminas se realiza añadiendo KOH al 10% en el material recogido en la rama inferior del espéculo oliéndolo posteriormente. Si no se dispone de espéculo se puede realizar extendiendo la muestra en un portaobjeto, obtenida con una torunda previamente introducida en la vagina, oliéndola después de añadir unas gotas de KOH al 10%. La prueba es

² Biswas, M. (2008). *Vaginosis bacteriana*. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas.

positiva si hay un olor a pescado. El olor resulta de la liberación de aminas y ácidos orgánicos producidos por la alcalinización de las bacterias anaeróbicas en la vaginosis bacteriana, aunque también puede dar olor en la vaginitis por *Trichomonas*.

4) Células indicadoras (células guía) en preparación salina. Las células indicadoras son células epiteliales escamosas con tantas bacterias adheridas a su superficie que el borde de las células se torna oscuro. La presencia de células guías (clue cells) en el examen en fresco, se detecta diluyendo la secreción en 1 mL de solución salina y observando al microscopio. Amsel y col. han mostrado que una preparación húmeda positiva clara de las células indicadoras significa la presencia de VB con una especificidad del 90 % o superior.

El uso de sólo 2 de los 4 criterios clínicos una prueba de "olor" a amina positiva y la presencia de células indicadoras, permite hacer un diagnóstico exacto y rápido de la VB sin afectar la sensibilidad.

Evaluación microscópica. Se realiza una preparación en fresco con una solución salina y otra con KOH al 10%. Una preparación en fresco para el examen microscópico se logra recogiendo dos torundas de la zona de mayor exudado vaginal. Una se diluye con dos gotas de solución salina normal sobre un portaobjeto y la otra con dos gotas de una solución de KOH al 10% en otro portaobjeto; posteriormente se cubren con un cubreobjeto. Se colocan las muestras en un microscopio y se observan unos 10 campos primero con una lente de 20 aumentos y después con otra de 40 aumentos. Podemos ver microbiota vaginal (*Lactobacillus*), células epiteliales, algún leucocito polimorfonuclear, células guía, *Trichomonas* y levaduras. También podemos ver células redondas parabasales (vistas en la vaginitis atrófica).

Extensión para la tinción de Gram del exudado vaginal. Esta tinción se considera como "el patrón oro" para realizar el diagnóstico microbiológico de la vaginosis bacteriana. Mediante esta tinción se determina la cantidad relativa de los morfotipos característicos de la microbiota vaginal alterada y la presencia de células guía.

Se interpreta según los criterios de Nugent et al: se hace una escala de 0 a 10 puntos; se puntúa desde 0 puntos si hay muchos Gram positivos (*Lactobacillus*

spp.), si no hay presencia de bacilos Gram variables pequeños (*Gardnerella vaginalis*) y si no existen bacilos Gram negativos curvos (*Mobiluncus* spp.) y hasta 10 puntos si hay un elevado recuento de bacilos Gram variables pequeños y Gram negativos curvos. Si la puntuación obtenida oscila entre 0 y 3 se informa como “microbiota habitual”, entre 4 y 6 estado intermedio: “microbiota alterada” y entre 7 y 10 “tinción de Gram compatible con vaginosis bacteriana”. Se acepta que, independientemente de los criterios de Nugent, más de un 20% de células guía es indicativo de vaginosis bacteriana⁹.

Cultivos. La *G. vaginalis* se encuentra en 5 a 60 % de las mujeres sanas. Un cultivo positivo para *G. vaginalis*, es insuficiente para diagnosticar VB sin el soporte de evidencias clínicas y otras pruebas de laboratorio.⁴

Detección de la actividad de la enzima prolina iminopeptidasa. Recientemente se han comercializado equipos para la detección de altas concentraciones de *G. vaginalis*; uno es una sonda de ADN (Affirm VP III) y otro está basado en la detección de la actividad de la enzima prolina iminopeptidasa (PIP) de *G. vaginalis* del flujo vaginal en mujeres con sospecha de vaginosis bacteriana.

Detección de alta concentración enzima sialidasa. Un mecanismo de cómo una infección del tracto genital bajo causa enfermedades en el tracto genital alto podría ser que los microorganismos que forman parte de la vaginosis bacteriana liberen enzimas como sialidasas y mucinasas que, alterando la barrera mucosa disminuyan los mecanismos de defensa del cérvix y la vagina, aumenten la capacidad de los microorganismo para invadir y destruir tejidos, permitiendo a las bacterias ascender hacia el útero produciendo una infección. Se han desarrollado nuevas técnicas para identificar la actividad de las sialidasas en muestras vaginales.

2.2.7 TRATAMIENTO

El principal objetivo del tratamiento es eliminar las manifestaciones y signos de la infección vaginal, por tanto toda mujer con sintomatología requiere de tratamiento. Tratamiento recomendado: en mujeres no gestantes, incluye metronidazol, 500 mg por vía oral, 2 veces al día / 7 días, asociado con metronidazol gel 0,75 %, 5 gramos

⁴ Benítez, C. (2008). Habilidades técnicas en la consulta para el diagnóstico de las vaginitis infecciosas.

intravaginal, por 5 días; o clindamicina 300 mg por vía oral, 2 veces al día/ 7 días, más clindamicina crema 2 %, 5 g intravaginal al acostarse/ 7 días.

Tratamiento alternativo. Consiste en el uso de metronidazol (2g en dosis única), pero esta variante tiene menos eficacia en la VB. Clindamicina 100 mg óvulos vaginales uno diario por la noche durante tres días. Otras opciones de tratamiento pueden ser dosis únicas de secnidazol o tinidazol, con los cuales se obtiene una cura entre el 59 y 96% de los pacientes. El secnidazol es bien tolerado y sus efectos adversos son en su mayoría gastrointestinales. Además, se han aplicado alternativas utilizando sustancias fisiológicas o naturales, tales como lactato en forma de gel y yogur comercial, el cual es acidificante y contiene cepas de lactobacilos; esta clase de tratamientos puede tener un espacio en ciertas condiciones clínicas, como es en el embarazo, inflamaciones recurrentes y, también, como profilácticos ante procedimientos ginecológicos invasivos o cirugía abdominal.

Recidivas. (3 episodios en un año) Prologar las pautas recomendadas 10-14 días y luego metronidazol gel 0,75% dos veces por semana durante 6 meses.

Embarazadas. Se prefiere la terapia oral para tratar una posible infección subclínica del tracto genital superior. Metronidazol 500 mg oral cada 12 horas durante 7 días o metronidazol 250 mg oral cada 8 horas durante 7 días o clindamicina 300 mg oral cada 12 horas durante 7 días. Sólo habrá que tratar a las mujeres sintomáticas. Excepciones: a) las gestantes asintomáticas con riesgo elevado de parto prematuro. Se debería hacer cribado en este grupo de mujeres. Realizar control en el primer trimestre y b) asintomáticas previamente a aborto o histerectomía.

DROGAS DE ELECCIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA VAGINOSIS BACTERIANA

Droga	Dosis
Metronidazol (Flagyl)	500 mg VO BID por 7 días
Metronidazol gel (Metrogel) 0.75%	Una aplicación IV QD por 5 días
Clindamicina crema (Cleocin vaginal) 2%	Una aplicación IV QD por 7 días
Clindamicina	300 mg VO BID por 7 días

2.2.8 Vaginosis bacteriana en embarazadas¹³

La vaginosis bacteriana se vinculado epidemiológicamente con varias enfermedades y condiciones urogenitales. Las condiciones relacionadas con la VB identificadas desde el punto de vista obstétrico y ginecológico son:

Ginecológicas: 1) Descarga vaginal anormal 2) Displasia cervical 3) Cervicitis mucopurulenta 4) Enfermedad pélvica inflamatoria 5) Infección posterior a la cirugía 6) Infección del tracto urinario.

Obstétricas: 1) Corioamnionitis 2) Endometritis pos parto 3) Trabajo de parto antes de término 4) Endometritis puerperal y 5) Bajo peso al nacer.

Corioamnionitis. Recientemente se ha relacionado mucho la corioamninitis con la VB de la madre y con el riesgo de alumbramiento prematuro, con trabajo de parto pretérmino o ruptura prematura de membranas o ambos.

Endometritis posparto. El aislamiento de la flora microbiana del endometrio de las pacientes con endometritis posterior al parto refleja la flora de las pacientes con VB. Diversos autores han encontrado que la tasa de endometritis posparto es 10 veces superior en las pacientes con VB que en las mujeres con flora normal.

Inicio prematuro de trabajo de parto. El inicio prematuro del trabajo de parto continúa complicando el 10 % de todos los embarazos. Las grandes cantidades de fosfolipasa A2 podía causar la cascada de prostaglandinas, provocando el trabajo de parto. Las especies bacteroides y las especies *Peptostreptococcus*, que se encuentran presentes en grandes cantidades en las pacientes con VB, produciendo considerables volúmenes de fosfolipasa A2. Con la vaginosis bacteriana como único factor de riesgo, el riesgo relativo de trabajo de parto antes de término fue de 2,6 veces más que el normal. Se ha indicado el tratamiento en gestantes asintomáticas con el alto riesgo o gestante de bajo riesgo con sintomatología.

Descarga vaginal anormal. Cuando menos, del 20 % al 30 % de todas las mujeres con vaginitis tienen VB. Sin embargo, el médico debe decidir si la descarga es cervical o vaginal. La cervicitis mucopurulenta causada por clamidias, gonorrea, micoplasma, etc. Se relaciona epidemiológicamente con VB.

¹³ Weaver, L. (2010). *Vulvovaginitis y embarazo*. Clínicas obstétricas y ginecológicas.

Displasia cervical. El papilomavirus humano es el organismo encontrado con más frecuencia en las pacientes con displasia cervical. El riesgo de este problema en las pacientes con VB es 2 veces mayor que el riesgo normal. Una teoría asociada con la relación entre VB y la displasia cervical contempla una posible concentración anormal de nitrosamidas; éstas son potentes carcinógenos humanos relacionados con grandes cantidades de muchas especies de bacterias anaeróbicas.

Salpingitis. La frecuencia de salpingitis ha aumentado hasta proporciones epidémicas y cuando menos 3 millones de mujeres llegan a infectarse por año. Weström relacionó la salpingitis con la VB y señaló que las mujeres con secreciones vaginales normales, de conformidad con el análisis de preparaciones húmedas, raramente o casi nunca, tienen salpingitis verdadera.

Enfermedad pélvica inflamatoria. En forma similar Paavonen y col encontraron que la VB está estrechamente relacionada con la enfermedad pélvica inflamatoria cuando emplearon un criterio riguroso, (la evidencia laparoscópica de la infección); la salpingitis es una enfermedad polimicrobiana se pueden aislar anaerobios del epitelio tubárico en casi el 50 % de las pacientes.

Infección recurrente del tracto urinario. Cuando se comparan los cultivos cuantitativos del introito vaginal de las mujeres sanas con las pacientes que tienen infecciones recurrentes del tracto urinario, las cuentas bacterianas son muy superiores en las pacientes cuyo pH vaginal es superior a 4,5.

2.2.9 PAPEL DEL COMPAÑERO SEXUAL MASCULINO

La frecuencia de VB en las mujeres sexualmente activas ha llevado a la conclusión de que la VB se transmite por contacto sexual. La recolección frecuente de *G. vaginalis* de los compañeros sexuales masculinos ha reforzado ese concepto.

Sin embargo, algunos autores no encontraron relación entre la recurrencia de VB y el aislamiento de *G. vaginalis* de los compañeros sexuales masculinos. La enfermedad se transmite de una forma más compleja, y la fisiopatología de esta infección nos vuelve renuentes a etiquetar a la VB como una enfermedad de transmisión sexual.⁷

⁷ Eckert, L. (2006). Acute *Vulvovaginitis*. New England Journal of Medicine

2.3 CANDIDIASIS

Es una infección de la vagina, causada más comúnmente por el hongo *Cándida albicans*. La candidiasis vulvovaginal es la segunda causa más común de infección vaginal. Afecta principalmente a mujeres entre 20 y 40 años, y entre el 50 al 72% de las mujeres la han presentado por lo menos un episodio en el transcurso de su vida, representan entre un 20 y un 25% de las vulvovaginitis.

2.3.1 CAUSAS

La mayoría de las mujeres tendrá una candidiasis vaginal en algún momento. *Cándida albicans* es un tipo común de hongo, a menudo presente en pequeñas cantidades en la vagina, la boca, el tubo digestivo y en la piel. Por lo regular, no ocasiona enfermedad ni síntomas.

La *cándida* y muchos otros gérmenes y microorganismos que normalmente viven en la vagina se mantienen mutuamente en equilibrio. Sin embargo, algunas veces, el número de *Cándida albicans* aumenta llevando a que se presente una candidiasis.

Puede aumentar a presentar *Cándida albicans* si:¹⁵

- Está tomando antibióticos usados para tratar otros tipos de infecciones. Los antibióticos cambian el equilibrio normal entre los microorganismos en la vagina al disminuir el número de bacterias protectoras.
- Está en embarazo
- Es obesa
- Tiene diabetes

Una candidiasis no es una enfermedad de transmisión sexual, sin embargo, algunos hombres presentarán síntomas como prurito y erupción en el pene después de tener contacto sexual con una compañera infectada.

Tener muchas infecciones vaginales por *cándida* puede ser un signo de otros problemas de salud. Otras infecciones y flujos vaginales se pueden confundir con una candidiasis vaginal.

¹⁵ León, A. (2010). *Cándida albicans*. Revista Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia.

2.3.2 CLÍNICA

La sintomatología es extraordinariamente típica. La aparición de prurito intenso acompañado de leucorrea más o menos intensa, de color blanquecino, en forma de grumos, adherida a la pared vaginal y sin olor característico hará pensar en este proceso. Con gran frecuencia existen eritema, edema vulvar, dispareunia y en muchas ocasiones aparece la denominada «disuria vulvar». Es característico que los síntomas se exacerben la semana previa al inicio de la menstruación y mejoren tras la aparición de la regla. En el varón puede aparecer prurito y exantema transitorio, poco tiempo después del contacto sexual.

2.3.3 DIAGNÓSTICO

Como en todas las vulvovaginitis, la clínica y fundamentalmente la visualización del flujo vaginal nos orientará hacia el diagnóstico. El examen microscópico puede dar el diagnóstico.

Evaluación microscópica. Al colocar una gota de suero fisiológico mezclado con una pequeña cantidad de flujo se observa la presencia de levaduras y micelios con aspecto de «caña de bambú». Puede ser muy útil la mezcla con hidróxido potásico al 10% (test de Whiff), al quedar visibles únicamente las levaduras germinadas. Al practicar la citología vaginal con tinción de Papanicolaou, se diagnostican fácilmente las vaginitis por *Cándida* que tienen un pH < 4,5.

Cultivo. Se toman muestras de la zona de mayor exudado vaginal, o en su caso del fondo de saco vaginal posterior con dos torundas: una se introduce en medio de Stuart-Amies para cultivos habituales por *Cándida* y otra en medio de Trichomonas (caldos de Roiron o de Diamond). Del medio de Stuart-Amies, mediante un cultivo posterior en agar Sabouraud, podemos esperar la presencia o ausencia de *Cándida*. Hay que tener en cuenta que *Cándida* spp. forma parte de la microbiota vaginal, por lo que no hay que tratar un cultivo positivo sin clínica de vaginitis. El almacenaje del medio de Stuart-Amies es a temperatura ambiente.⁸

Diagnóstico rápido de vaginitis candidiásica. Existe una prueba basada en inmunocromatografía de flujo capilar que detecta antígeno de *Cándida* en el flujo

⁸ Fernández, M., Gómez, F. (2009). Vulvovaginitis y métodos de cultivo en la práctica diaria. Semergen

vaginal en 10 minutos. Es precisa y asequible comparada con el cultivo, y tiene una sensibilidad y valor predictivo negativo más alto que la microscopía, lo cual puede evitar tratamientos innecesarios. Además, puede ser realizada por la propia paciente, mejorando la precisión del autodiagnóstico y del autotratamiento.

2.3.4 TRATAMIENTO

Existen múltiples fármacos administrados por vía tópica o sistémica. Aparece una rápida mejoría de la sintomatología si asociamos tratamiento intravaginal con óvulos (ketoconazol o clotrimazol) junto a tratamiento externo vulvar (nistatina en crema). En las candidiásis es frecuente la aparición de recidivas, lo que muchas veces obliga a tratamientos profilácticos supresores a largo plazo. Esto puede ser debido a la utilización de tratamientos insuficientes o a la existencia de microorganismos (*C. tropicalis*, *T. glabrata*) resistentes a tratamientos estándar. Las pautas que se recomiendan son:

1) Vulvovaginitis candidiásicas recurrentes. Hacer cultivos para descartar *Cándida glabrata* y otra *Cándida* no *albicans*. El tratamiento recomendado consta de: a) inicial intensivo: clotrimazol óvulos 100 mg 1 óvulo al día durante 7-14 días o fluconazol 150 mg oral 1 comprimido cada tres días hasta completar tres dosis (día 1,4 y 7) y b) mantenimiento durante 6 meses: fluconazol 150 mg oral 1 comprimido a la semana o clotrimazol óvulos de 100 mg 2 óvulos dos veces a la semana o clotrimazol 500 mg una vez a la semana.

2) Vulvovaginitis candidiásicas con clínica severa. Eritema extenso, edema, fisuras, excoりaciones. El tratamiento recomendado consta de: clotrimazol óvulos 100 mg 1 óvulo diario durante 7-14 días o fluconazol 150 mg oral un comprimido y a los tres días otro (dos dosis en total).

3) Vulvovaginitis candidiásicas por *Cándida* no *albicans*. No se sabe cuál es la mejor opción en el tratamiento de las candidiásis no *albicans*. Como primera línea de tratamiento se recomienda terapia de larga duración (7-14 días) con azoles no fluconazol: pautas orales como itraconazol cápsulas o pautas tópicas como sertaconazol. Si se sospecha resistencias utilizar antifúngicos no azoles como ciclopirox. Si recurre, usar ácido bórico en cápsulas gelatinosas de 600 mg (fórmula

magistral) vía vaginal una vez al día durante 14 días. El ácido bórico está contraindicado en el embarazo.

4) Vulvovaginitis candidiásicas con enfermedades subyacentes. Diabetes incontrolada, tratamiento con corticoides, inmunosupresión, etc. El tratamiento recomendado se orienta a corregir estas situaciones. Responden mal a tratamientos cortos, por lo que tendrán que ser más prolongados, de 7-14 días.

5) Vulvovaginitis candidiásicas en embarazadas. El tratamiento recomendado consta de solamente azoles tópicos aplicados durante 7 días. Hay mayor incidencia de las vulvovaginitis candidiásicas en mujeres positivas para el VIH. La terapia de las vulvovaginitis candidiásicas en mujeres positivas para el VIH no debe de ser diferente que en las negativas para el VIH. Tampoco está recomendada la profilaxis a largo plazo con fluconazol como profilaxis primaria en mujeres positivas para el VIH en ausencia de vulvovaginitis candidiásica recurrente.

DROGA	DOSIS
2% Butoconazol crema (Mycelex-3)	5 g por día por 3 días
2% Butoconazole crema (Gynazole)	5-g dosis única
1% Clotrimazol crema (Mycelex-7)	5 g por 7–14 días
Clotrimazol (Gyne-Lotrimin 3)	100-mg 2 tableta vaginal x día por 3 d. 100-mg 1tableta vaginal x día por 7 d.
2% Miconazol crema	5 g por día por 7 días
Miconazol (Monistat-7)	100-mg 1supositorio vaginal x día 7 d.
Miconazol (Monistat-3)	200-mg 1supositorio vaginal x d.x 3 d.
Miconazol (Monistat-1 ovulo vaginal)	1200-mg 1 supositorio vaginal
6.5% Tioconazol ungüento (Monistat 1-day)	5-g dosis única
0.4% Terconazol crema (Terazol 7)	5 g por día por 7 días
0.8% Terconazol crema (Terazol 3)	5 g por día por 3 días

Terconazol vaginal	80-mg 1 supositorio vaginal x d. x 3 d
Nistatina vaginal	100,000-U 1 tab. vaginal x día x 14 d.
Fluconazol (Diflucan)	150-mg 1 dosis oral
Fluconazol (Diflucan)	150-mg 2 dosis orales cada 72 hr

2.4. TRICOMONIASIS

La tricomoniasis es otra forma común de vaginitis. Ocurre tanto en adolescentes como en adultos, causa 15 a 20% de las Vulvovaginitis. La tricomoniasis difiere de la candidiasis vaginal y de la vaginosis bacteriana en que, usualmente, es adquirida durante el coito, de modo que es considerada una infección de transmisión sexual y por consiguiente sugiere la necesidad de ver los factores individuales de riesgo dentro de un contexto más amplio de redes sociales y sexuales.

2.4.1 CAUSAS

La tricomoniasis es causada por un parásito unicelular llamado trichomonas vaginalis. A diferencia de las infecciones por hongos, la tricomoniasis se transmite a través de las relaciones sexuales, de modo que es una enfermedad de transmisión sexual. En los hombres, el parásito vive y se multiplica pero raramente causa síntomas. Por lo tanto, las mujeres con frecuencia son infectadas repetidamente por sus compañeros de relaciones sexuales, ya que no saben que ellos están infectados. La mujer puede no enterarse de que tiene tricomoniasis por días o meses debido a que el parásito puede vivir en el cuerpo de la mujer sin causar ningún síntoma. Pero luego, el parásito se multiplica repentinamente y causa síntomas muy desagradables.⁵ El parásito afecta la vagina, la uretra (el canal que lleva la orina de la vejiga al exterior del cuerpo) y la vejiga (la bolsa en que se contiene la orina) de la mujer. Como el parásito vive tanto en el hombre como en la mujer, ambos compañeros de relaciones sexuales necesitan tratamiento.

Si una mujer tiene más de un compañero de relaciones sexuales, sus probabilidades de contraer tricomoniasis son mucho más altas. Muy raramente, el parásito puede transmitirse a través de toallas, paños, o trajes de baño mojados.

⁵ Cancelo, M., Hidalgo, J. (2005). *Vaginitis por Trichomonas*. Semergen

2.4.2 EPIDEMIOLOGÍA

La tricomoníasis vaginal es una de las infecciones de transmisión sexual (ITS) más frecuentes, estimándose que ocurren 5 millones de casos nuevos anualmente en EE.UU. Es responsable de entre el 10% – 25% de las infecciones vaginales, aunque su incidencia está disminuyendo en los países industrializados.¹¹ El único modo no sexual de transmisión es la vertical perinatal.

Las Trichomonas pueden ser identificadas en el 30% – 80% de las parejas sexuales de las mujeres infectadas. La tricomoniasis puede actuar como vector para otras enfermedades de transmisión sexual (ETS). Hasta en el 30% de los casos se asocia a otras enfermedades venéreas, pero quizás el aspecto más preocupante es que esta infección incrementa la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) multiplicando por dos el riesgo.

Se han señalado varias circunstancias como factores de riesgo asociados a esta infección: uso de dispositivo intrauterino, consumo de tabaco y número de parejas sexuales. Cuando la infección está presente en la gestación se ha asociado con peores resultados perinatales al relacionarse con un incremento de rotura prematura de membranas, parto pretérmino y bajo peso al nacer. Además, la infección por trichomonas puede ser adquirida perinatalmente, ocurriendo esto en el 5% de los hijos nacidos de madres infectadas.

2.4.3 ETIOLOGÍA

La Trichomonas vaginalis es un protozoo móvil, anaerobio, de forma ovoide, con una longitud de 10 a 20 μm , flagelado. Presenta en su membrana externa distintos antígenos, relacionados con su patogenicidad, lo que permite diferenciar diversos biotipos. La presencia de 4 flagelos en un extremo y de una membrana ondulante le confiere la característica movilidad al microorganismo. El crecimiento y reproducción óptimos se producen en condiciones de anaerobiosis.

2.4.4 CLÍNICA

Las manifestaciones clínicas de la infección no son suficientemente sensibles ni específicas para identificar el agente patógeno, ya que el 50% de los casos son

¹¹ Heine, P., Mc Gregor, J. (2006). *Trichomonas vaginalis: microorganismo patógeno que resurge.*

asintomáticos. La sintomatología suele aparecer entre 5 y 28 días después de la exposición, pero alrededor del 30% de las mujeres pueden tener un período más largo de latencia de hasta 6 meses.¹⁹

Los signos y síntomas más habituales son el aumento de la secreción vaginal, que suele ser maloliente, acompañado de eritema de la mucosa vaginal y del introito, prurito, dispareunia y molestias durante la micción. Ocasionalmente puede aparecer dolor hipogástrico. El examen colposcópico puede mostrar la presencia de pequeñas úlceras rojas en la pared vaginal, produciendo una colpitis “en fresa” o en el cérvix. El aspecto clásicamente descrito de la secreción vaginal amarillo-verdosa y espumosa no es un signo constante, apareciendo en menos de la mitad de las pacientes.

2.4.5 DIAGNÓSTICO

Examen en fresco El elemento diagnóstico más útil y asequible en la identificación de la tricomoniasis vaginal es el examen en fresco de la secreción vaginal, que permite visualizar fácilmente, hasta en el 90% de las mujeres sintomáticas, el movimiento de las *Trichomonas*. Su tamaño, aproximadamente 2 o 3 veces el de un polimorfonuclear, el aspecto morfológico antes descrito y su movilidad, permite identificarlas fácilmente.

Es habitual visualizar en la preparación un aumento en la proporción de polimorfonucleares, llegando en algunos casos a hacer dificultosa la observación del protozoo. Este examen tiene una sensibilidad que varía del 40% – 70% en función de la experiencia del observador y de la calidad en la obtención de la muestra.¹⁷ Otras técnicas diagnósticas más sofisticadas pueden ser eventualmente necesarias, como la tinción de Giemsa o Papanicolaou, que tienen una limitada sensibilidad y una baja especificidad.

Cultivo. El medio de Roiron o de Diamond nos informará de la presencia de *Trichomonas* y células guía. Una vez recogida la muestra hay que guardarlos en estufa, aunque esto pueda suponer un problema en Atención Primaria si no se dispone de ella. Se procurará el transporte lo más pronto posible al laboratorio de

¹⁹ Maberry, M. (2009). *Características comunes en la Infección del tracto genital*. Gynaecology.

¹⁷ Rivas, I., Córdova, M. (2011). *Etiología de la vulvovaginitis*. Revista Chilena de Ginecología.

Microbiología. Muchas veces en la consulta la exploración pélvica requiere más tiempo y origina retrasos en la consulta. Ante estas situaciones se deriva a la paciente o se trata empíricamente.

Diagnóstico rápido de vaginitis por *Trichomonas*. El examen microscópico en fresco es la forma más común de diagnosticar las tricomoniasis que presenta una alta especificidad, pero tiene una baja sensibilidad. Se han desarrollado nuevas pruebas para el diagnóstico rápido de *Trichomonas* basadas en la tecnología de inmunofluorescencia identificando antígeno de superficie *T. vaginalis* o el estudio de la presencia de su ácido nucleico mediante hibridación in situ o mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR), técnica cara y no disponible en la mayoría de los centros. Son fáciles de realizar y en menos de 10 minutos se obtiene el resultado. Varios estudios han evaluado estos kits comerciales comparándolos con el examen microscópico en fresco, y concluyen que son más sensibles que el examen en fresco microscópico con una especificidad adecuada.

2.4.6 TRATAMIENTO

La frecuente infección de los conductos de Skene y la uretra hacen que un tratamiento tópico pueda ser ineficaz, por lo que es unánime la recomendación de indicar un tratamiento sistémico. Aunque se ha descrito una tasa de curaciones espontáneas en aproximadamente el 20% de los casos, las *Trichomonas* son altamente sensibles al metronidazol, con una tasa de curas del 95%.

Tratamiento recomendado. Pautas orales para alcanzar niveles terapéuticos en uretra y glándulas perivaginales. Una reciente revisión de la Cochrane expone respecto a que el tratamiento de elección es el metronidazol, recomendándose dosis única de 2 g por vía oral. Como pauta alternativa se indica el metronidazol a dosis de 500 mg dos veces al día durante 7 días. O tinidazol 2 g orales en una dosis. Es necesario hacer la recomendación de no ingerir alcohol desde 12 horas antes hasta 48 horas después de realizar el tratamiento, ya que su asociación con el metronidazol produce un efecto antabús.

Tratamiento alternativo. Metronidazol 500 mg oral dos veces al día durante 7 días.

Embarazadas. Metronidazol 2 g orales en una dosis.

Casos refractarios, recurrencias y resistencias. Las resistencias son raras: 2%-5%. Asegurar el cumplimiento de la paciente y la pareja/s; excluir reinfección. Los tratamientos prolongados a altas dosis son una alternativa. Metronidazol 500 mg oral cada 12 horas durante 7 días o tinidazol 2 g en dosis única si no se había empleado esta pauta. Si fallan estos regímenes pautar metronidazol o tinidazol 2 g oral en una dosis durante 5 días. Hay que tratar a la pareja sin necesidad de hacer diagnóstico e instruir a los pacientes para que eviten las relaciones sexuales hasta que la mujer y su pareja/s completen la terapia y estén asintomáticos.

Los pacientes positivos para el VIH con tricomoniasis deben recibir el mismo régimen de tratamiento. Metronidazol está catalogado en el embarazo como categoría B, pero múltiples estudios y metaanálisis no han demostrado una asociación entre metronidazol usado durante el embarazo y efectos teratogénicos o mutagénicos en el recién nacido. Algunos especialistas prefieren esperar en embarazadas con tricomoniasis asintomáticas y tratarlas después de la semana 37 de gestación. Tinidazol en embarazadas está considerado como categoría C y su seguridad en este grupo de pacientes no ha sido bien evaluada¹⁷.

En mujeres en período de lactancia a quienes se administre metronidazol deben suspender la lactancia durante el tratamiento y hasta pasadas 24 horas después de la última dosis, y si se administra tinidazol hasta 3 días de la última dosis.

2.4.7 PREVENCIÓN

La prevención de la enfermedad incluye el tratamiento de las parejas sexuales. Se debe informar sobre la necesidad de abstenerse de mantener relaciones sexuales hasta la curación (una semana después del tratamiento). La utilización de preservativos de látex o poliuretano, así como la reducción del número de parejas sexuales, puede reducir el riesgo de transmisión de la tricomoniasis vaginal.

2.5 OTRAS VULVOVAGINITIS NO INFECCIOSAS

Aparecen de forma frecuente y, en ocasiones, en relación con la edad de la paciente.⁴

⁴ Benítez, C. (2008). Habilidades técnicas en la consulta para el diagnóstico de las vaginitis infecciosas.

2.5.1 IATROGÉNICAS:

La mayoría de veces son debidas a la existencia de cuerpos extraños. Se puede ver en las niñas, dada su curiosidad innata a introducirse objetos en diversos orificios corporales incluida la vagina. El cuerpo extraño que se puede encontrar con más frecuencia en la adolescente y en la mujer adulta es el tampón vaginal olvidado en la vagina.

Clínicamente aparece leucorrea abundante, extraordinariamente maloliente. La extracción del cuerpo extraño y la administración de un antiséptico vaginal suelen solucionar el problema.

2.5.2 ALÉRGICAS:

Aquí se han implicado productos muy diversos, como espermicidas, productos de higiene íntima, ropa interior, etcétera.

2.5.3 ATRÓFICAS:

En la etapa de lactante y preescolar se produce atrofia de la mucosa vaginal, con ausencia de bacilo de Döderlein, lo cual induce un pH vaginal alcalino. Por otra parte existe mayor proximidad de vagina y ano, así como ausencia de tejido graso en labios mayores y de vello pubiano protector, labios menores pequeños, himen delgado y amplio, y la piel es delgada, delicada y sensible, también es muy frecuente las vulvovaginitis atróficas en las mujeres posmenopáusicas debido a que la vagina y la vulva tienen déficit estrogénico.

Los síntomas más frecuentes suelen ser la ausencia o escasa leucorrea, el prurito o sensación de quemazón, y la sequedad y la irritación vulvovaginal con dispareunia. Si se explora a la paciente se observa que la mucosa vaginal ha perdido su rugosidad, es fina y con enrojecimiento difuso. El tratamiento se realiza con estrógenos intravaginales a dosis del 0,5 al 1%, administrado por la noche, durante 14 días consecutivos y continuando posteriormente con dos aplicaciones semanales.⁹

⁹ Francisco, A. (2010). Aspectos de la investigación sobre la salud sexual y reproductiva.

2.6 VIDA SEXUAL

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. La atención de la salud reproductiva incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales, y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

Los derechos humanos de las mujeres comprenden su derecho a controlar y decidir con libertad y responsabilidad sobre los aspectos relativos a su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, sin sufrir coerción, discriminación o violencia. Para que las relaciones entre las mujeres y los varones sean igualitarias en asuntos de relaciones sexuales y reproducción, lo cual incluye un respeto absoluto por la integridad de la persona, se necesita respeto mutuo, consentimiento y responsabilidad compartida para la conducta sexual y sus consecuencias.

La sexualidad es la amplia gama de sentimientos y experiencias eróticas que una persona experimenta en la relación consigo misma o en interacción con otros, en la que esta interacción puede tener lugar entre personas de sexos biológicos similares o diferentes. La actividad sexual es emprendida por placer (solitario y mutuo), para procrear o para ejercer un control social de género; el último incluye la prostitución, la heterosexualidad como norma y otras formas de comportamiento sexual coaccionado.

Se propone que la sexualidad es un sistema de la vida humana que se compone de cuatro características: El erotismo es la capacidad de sentir placer a través de la respuesta sexual, es decir a través del deseo sexual, la excitación sexual y el orgasmo. La vinculación afectiva es la capacidad de desarrollar y establecer relaciones interpersonales significativas. La reproductividad es más que la capacidad de tener hijos y criarlos, incluye efectivamente los sentimientos de maternidad y paternidad. La característica del sexo desarrollado, comprende el grado en que se vivencia la pertenencia a una de las categorías dimórficas (femenino o masculino).

Es de suma importancia en la construcción de la identidad, parte de la estructura sexual, basado en el sexo, incluye todas las construcciones mentales y conductuales de ser hombre o mujer. Hay que tener en cuenta que es muy importante que sepamos cuáles son nuestras actitudes más personales e íntimas hacia la sexualidad.

2.6.1 LA ORGANIZACIÓN SOCIAL DE LA SEXUALIDAD FEMENINA

La organización social del comportamiento sexual femenino, junto con el comportamiento reproductivo, es un área de enfrentamientos intensos y refleja los extraordinarios desafíos a los que las niñas y mujeres deben hacer frente en sus esfuerzos por realizar su deseo sexual, en tanto personas y miembros de la comunidad. Con frecuencia los intentos de las mujeres por afirmar su autonomía sexual chocan con la oposición de la familia, la sociedad y el Estado, que tratan de controlarla. La dirección y el resultado de estos enfrentamientos son influenciados por la relación material que existe entre hombres y mujeres; muchas veces se trata de una relación en la que las niñas y las mujeres dependen materialmente de los hombres. Si bien el estatus de clase y factores étnicos, religiosos, de identidad cultural, edad y ciudadanía, entre otros, afectan profundamente las opciones disponibles para que las niñas y las mujeres expresen y experimenten su sexualidad, es posible realizar algunas generalizaciones que pongan de relieve las tensiones inherentes a la realización de la agencia sexual femenina.

2.6.2 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE

La salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes preocupa desde hace años a la comunidad internacional, especialmente a los organismos de salud. Las cifras sobre embarazo adolescente o los datos acerca de los riesgos que las y los jóvenes pueden correr en razón de su actividad sexual o por motivos de género, son inquietantes. Nuestro mundo actual cuenta con la mayor cantidad de adolescentes en la historia: 1,1 mil millones de personas de 10 a 19 años de edad, 85 por ciento de las cuales vive en países en desarrollo. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) calcula que, al menos, la mitad de ellas habrá tenido su primera relación sexual antes de los 16 años de edad, y la mayoría antes de los 20. Las jóvenes, en particular, corren riesgos específicos debido a su biología, a la discriminación respecto al acceso a información y a los servicios, y a los límites

que la sociedad impone a su comportamiento. Como resultado, ellas son vulnerables a una triple amenaza: embarazo no deseado, aborto en condiciones de riesgo e infecciones transmitidas sexualmente (ITS). La adolescencia se refiere al período en el cual las niñas y los niños están en proceso de convertirse en personas adultas. Es una etapa de cambios físicos y emocionales. Los niños y adolescentes crecen en entornos con una gran densidad de mensajes, prejuicios y estereotipos explícitos e implícitos acerca de la sexualidad, la identidad sexual y su expresión. En el proceso de interiorización de estas reglas sexuales adoptan actitudes y conductas que repercuten de manera importante en la salud y los derechos propios y de los demás, tanto en el momento actual como en el futuro. Al mismo tiempo, muchas niñas y niños carecen incluso de la información más básica sobre la sexualidad y la reproducción; sobre los cambios físicos y emocionales que experimentan durante la pubertad y más allá; y sobre sus derechos y responsabilidades personales.⁹

2.6.3 DEFINICIÓN BÁSICA DE LOS DERECHOS SEXUALES DE LA OMS.

Los derechos sexuales abarcan ciertos derechos humanos. Entre ellos se encuentra el derecho de toda persona, sin coacción, discriminación, ni violencia, a:

1. Alcanzar el nivel más elevado posible de salud en relación con la sexualidad, incluido el acceso a servicios de atención de la salud sexual y reproductiva.
2. Buscar, recibir e impartir información sobre la sexualidad.
3. Recibir educación sexual.
4. Respeto a la integridad física.
5. Elegir la pareja.
6. Decidir si ser o no sexualmente activa.
7. Mantener relaciones sexuales de mutuo acuerdo.
8. Decidir si tener hijos, o no, y cuando
9. Llevar una vida sexual satisfactoria, segura y placentera.

⁹ Francisco, A. (2010). Aspectos de la investigación sobre la salud sexual y reproductiva.

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.2 LUGAR DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito de la provincia de Pichincha.

3.2 CARACTERIZACIÓN

Las personas en estudio fueron mujeres entre los 15 a 49 años de edad, con flujo vaginal anormal que asistieron al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora (HGOIA) de la ciudad de Quito.

3.3 MATERIALES Y EQUIPOS

Para la investigación se necesitó útiles de oficina y equipos como:

- Computador e Impresora
- Cámara de fotos
- Copiadora

Además accesorios como flash Memory, CD, etc.

3.4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño aplicado a esta investigación es: Diseño descriptivo transversal o de corte, prospectivo

- Universo Homogéneo: Mujeres comprendidas entre las edades de 15 a 49 años de edad que acuden al servicio de Ginecología del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora (HGOIA) por flujo vaginal anormal, en el período comprendido entre diciembre de 2011 a Febrero del 2012.
- Objeto del estudio: presencia de vulvovaginitis.

3.4.1 MUESTREO

El muestreo aplicado a esta investigación es: Muestreo aleatorio simple donde cada mujer con secreción vaginal anormal del universo tuvo igual probabilidad de ser seleccionada.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se baso en la estadística de la vulvovaginitis del año 2010, donde la prevalencia estimada fue cerca del 12% en mujeres que acudieron por flujo vaginal anormal al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora (HGOIA).

FÓRMULA:

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q}{d^2}$$

DESCRIPCIÓN:

n = tamaño de la muestra requerida.

Z² = desviación en relación a la curva de distribución normal (valor estándar de 1,96).

p = prevalencia estimada del factor a estudiar (vulvovaginitis).

q = 1 – p

d² = grado de precisión deseada (valor estándar de 0,05).

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,12 (1 - 0,12)}{0,05^2}$$

$$n = \frac{3,8416 \times 0,1056}{0,0025}$$

$$n = \frac{0,4056}{0,0025}$$

$$n = 162$$

3.5 POBLACIÓN A INVESTIGARSE

Se incluyeron mujeres entre los 15 a 49 años de edad, con o sin gestación que acudieron por flujo vaginal anormal al Servicio de Ginecología del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora (HGOIA) entre diciembre del 2011 y febrero del 2012, que aceptaron voluntariamente participar en la investigación. Se excluyeron del estudio a aquellas mujeres que presentaron sangrado vaginal al momento del examen, aquellas que habían recibido alguna forma de tratamiento para la infección vaginal en las dos últimas semanas previas a la consulta.

3.6 MÉTODOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El estudio se desarrolló de la siguiente manera: primero se realizó revisión bibliográfica en libros e internet sobre la vulvovaginitis, luego cada paciente incluida en el estudio se sometió al examen clínico y a la recolección de muestras del flujo vaginal; posteriormente fue entrevistada por el investigador usando encuestas las mismas que contienen preguntas directrices, cerradas de manera anónima para obtener una mayor información de las mujeres y los datos fueron recolectados en fichas pre-elaboradas.

3.6.1 CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS

Cada paciente fue clasificada en alguna de las siguientes categorías diagnósticas:

- Vaginosis Bacteriana (VB): presencia de por lo menos tres de los cuatro criterios clínicos de Amsel et al:
 1. Flujo homogéneo, delgado, poco extenso que se adhiere a la pared vaginal, pero puede eliminarse rápidamente.
 2. Presencia de células clave en el flujo vaginal.
 3. pH vaginal > 4.5.
 4. Test de amina positivo.

- Candidiasis vaginal (CV): presencia de formas filamentosas (hifas y/o pseudohifas) o levaduras.
- Tricomoniasis vaginal (TV): se identifica *Trichomonas vaginalis* en el examen microscópico.
- Infecciones vaginales mixtas: combinación de al menos dos de las categorías anteriores.
- Normal: cuando los resultados obtenidos no permiten ubicarla en algunos de los grupos anteriores.

3.7 PROCESAMIENTO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Durante la aplicación de las técnicas de recolección de datos se consideró algunos aspectos como: ambiente tranquilo y adecuado, que brinde un grado de confiabilidad de la información y respeto a la intimidad. Los datos obtenidos a través de encuestas y observación directa se utilizaron paquete EPI- INFO 6.0 y los gráficos mediante el programa Excel, además se empleó estadísticas descriptivas en el análisis de la información.

3.8 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

La encuesta y la revisión de historia clínica de cada mujer que se aplicó en la presente investigación tiene un grado de confiabilidad del 98%; para su selección y empleo se tuvo el juicio de médicos expertos asesores en el área de salud ginecológica de la mujer y de enfermería. Para la recolección de la información, con la aplicación de la técnica de la entrevista, se realizó un cuestionario estructurado para la información relacionada con la temática investigada.

3.9 VARIABLES DE ESTUDIO: DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN

3.9.1 Variables dependientes

- Presencia de vulvovaginitis.

3.9.2 Variables independientes

- Edad de inicio de vida sexual activa.

3.9.3 Variable moderadora

- Conducta sexual.

3.9.4 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
EDAD	Tiempo transcurrido entre el nacimiento y la actualidad.	Tiempo	Años cumplidos	15 – 19 años 20 – 35 años 36 – 49 años
VULVOVAGINITIS	Proceso inflamatorio que afecta a la vulva y/o a la vagina que se manifiesta por la aparición de leucorrea, prurito, escozor y dispareunia	Manifestaciones clínicas	Manifestaciones clínicas 1. Leucorrea 2. Células clave en el flujo vaginal 3. Ph vaginal > 4.5 4. Test de amina positivo 5. Hifas y/o pseudohifas 6. Tricomonas vaginales	Presente Ausente <input type="text" value="162"/> <input type="text" value="519"/>
VIDA SEXUAL	Gama de sentimientos y experiencias eróticas que una persona experimenta en la relación consigo misma o en interacción con otros	Características	Activa Pasiva	Si No
CONDUCTA SEXUAL	Comportamiento que desarrollan los seres humanos para buscar compañeros sexuales, formar relaciones, mostrar deseo sexual, y el coito	Comportamiento	1. Numero de compañeros sexuales 2. Numero de relaciones sexuales en la semana	Uno Dos Más de tres

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

- 4.1 Presentación y análisis de los datos obtenidos en la investigación realizada a mujeres de 15 a 49 años que acuden al Hospital Gineco Obstétrico de la ciudad de Quito por presentar flujo vaginal anormal en el período de Diciembre del 2011 a Febrero del 2012.

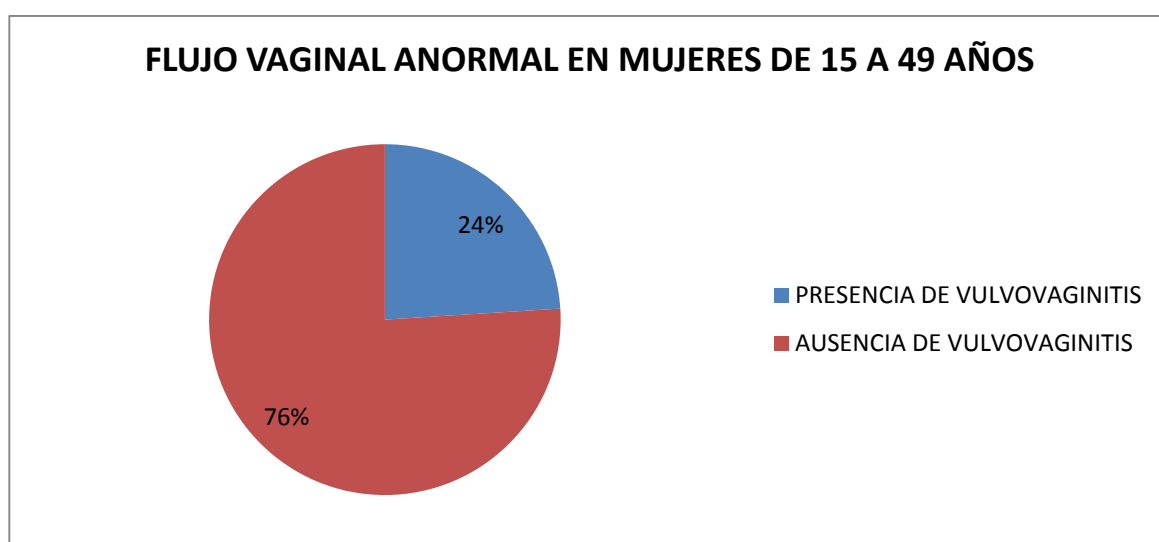
TABLA 1.

FLUJO VAGINAL ANORMAL EN MUJERES DE 15 A 49 AÑOS		
VULVOVAGINITIS	N°	%
PRESENCIA	162	24
AUSENCIA	519	76
TOTAL	681	100

FUENTE: ENCUESTA, REVISIÓN DE HCL.

ELABORACIÓN: CARLOS CAGUAS

GRÁFICO 1.



FUENTE: ENCUESTA, REVISIÓN DE HCL.

ELABORACIÓN: CARLOS CAGUAS

ANÁLISIS:

Esta patología es una de las causas más frecuentes de consulta ambulatoria e incluso de urgencias en mujeres en edad reproductiva, en el presente estudio se aprecia que las mujeres entre los 15 a 49 años que acuden al Hospital que presentaron flujo vaginal anormal es de 681 del universo, de las cuales 162 pacientes presentaron vulvovaginitis que corresponde al 24% de la población y 519 pacientes que no estuvieron infectadas y que corresponde al 76%.

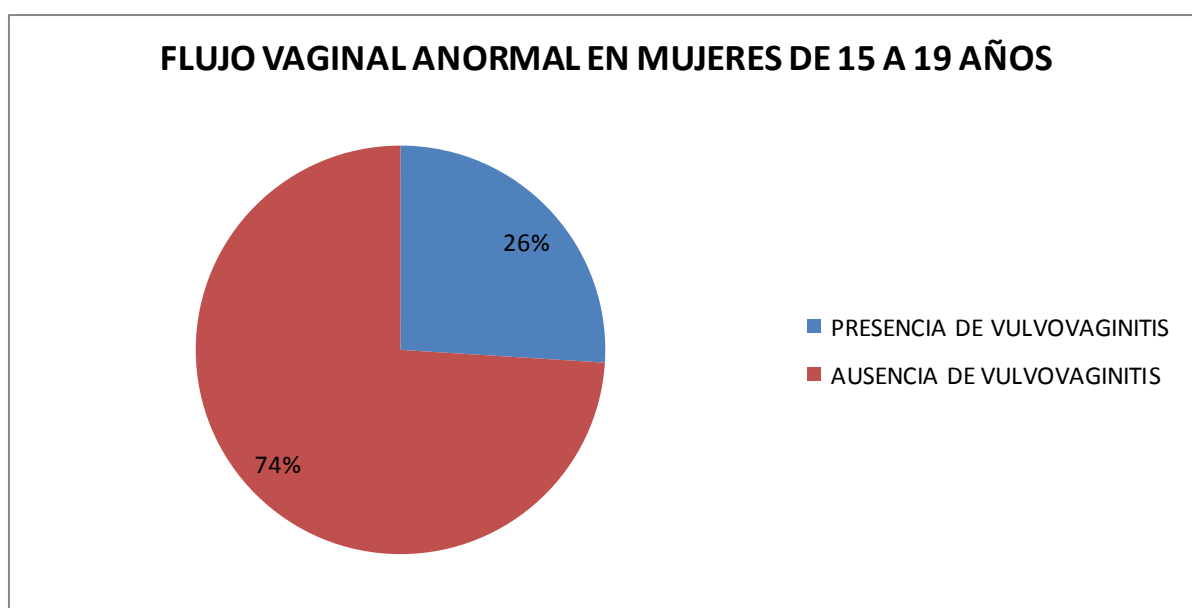
TABLA 2.

FLUJO VAGINAL ANORMAL EN MUJERES DE 15 A 19 AÑOS		
VULVOVAGINITIS	N°	%
PRESENCIA	32	26
AUSENCIA	93	74
TOTAL	125	100

FUENTE: ENCUESTA, REVISIÓN DE HCL.

ELABORACIÓN: CARLOS CAGUAS

GRÁFICO 2.



FUENTE: ENCUESTA, REVISIÓN DE HCL.

ELABORACIÓN: CARLOS CAGUAS

ANÁLISIS:

El análisis del gráfico determina que las mujeres entre 15 a 19 años que es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva junto a la actividad sexual y mal hábito higiénico en total fueron 125 de las cuales 32 de las mujeres presentaron dicha enfermedad que corresponde al 26%, mientras que 93 pacientes no presentaron la enfermedad lo que corresponde al 74%.

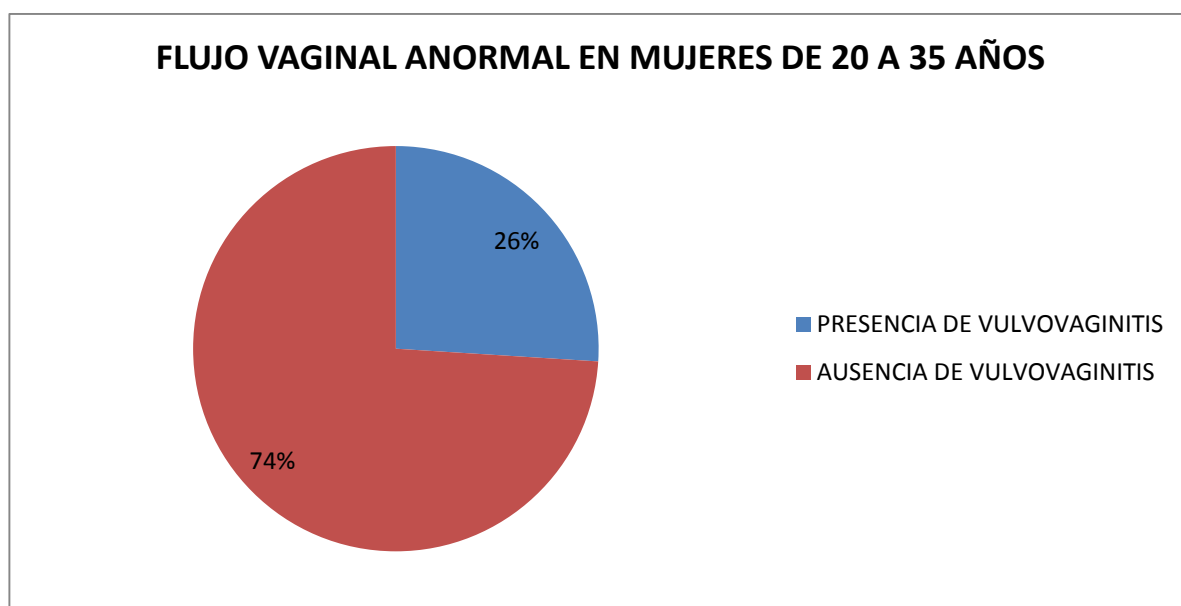
TABLA 3.

FLUJO VAGINAL ANORMAL EN MUJERES DE 20 A 35 AÑOS		
VULVOVAGINITIS	N°	%
PRESENCIA	104	26
AUSENCIA	294	74
TOTAL	398	100

FUENTE: ENCUESTA, REVISIÓN DE HCL.

ELABORACIÓN: CARLOS CAGUAS

GRÁFICO 3.



FUENTE: ENCUESTA, REVISIÓN DE HCL.

ELABORACIÓN: CARLOS CAGUAS

ANÁLISIS:

La presencia de flujo vaginal anormal es mas prevalente en esta edad debido a la conducta sexual y es una las causas más comunes de consulta ginecológica, del análisis de 398 pacientes nos determina que la prevalencia de vulvovaginitis en mujeres entre 20 a 35 años es de 104 pacientes que corresponde al 26% y 294 que no presentaron vulvovaginitis que corresponde al 74% respectivamente.

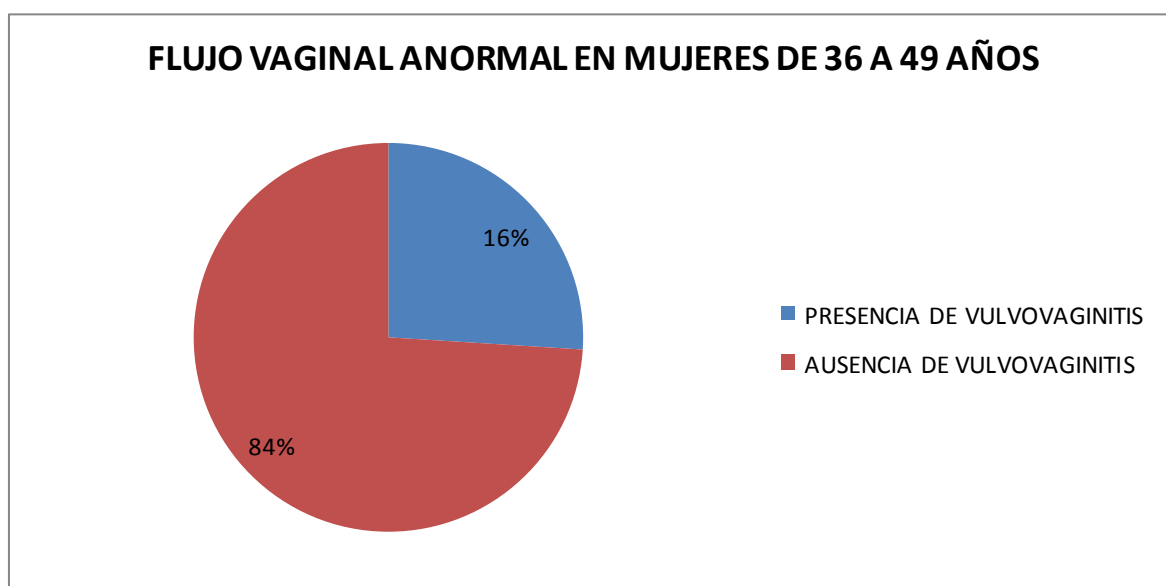
TABLA 4.

FLUJO VAGINAL ANORMAL EN MUJERES DE 36 A 49 AÑOS		
VULVOVAGINITIS	N°	%
SI	26	16
NO	132	84
TOTAL	158	100

FUENTE: ENCUESTA, REVISIÓN DE HCL.

ELABORACIÓN: CARLOS CAGUAS

GRÁFICO 4.



FUENTE: ENCUESTA, REVISIÓN DE HCL.

ELABORACIÓN: CARLOS CAGUAS

ANÁLISIS:

Del total de pacientes analizadas se ha observado que la prevalencia de vulvovaginitis en mujeres entre 36 y 49 años, tan solo 26 pacientes presentó el síndrome debido a cambios tanto hormonales como de la conducta sexual y 132 que no presentaron dicha patología, que corresponden al 16% y 84% respectivamente de un total de 158 pacientes.

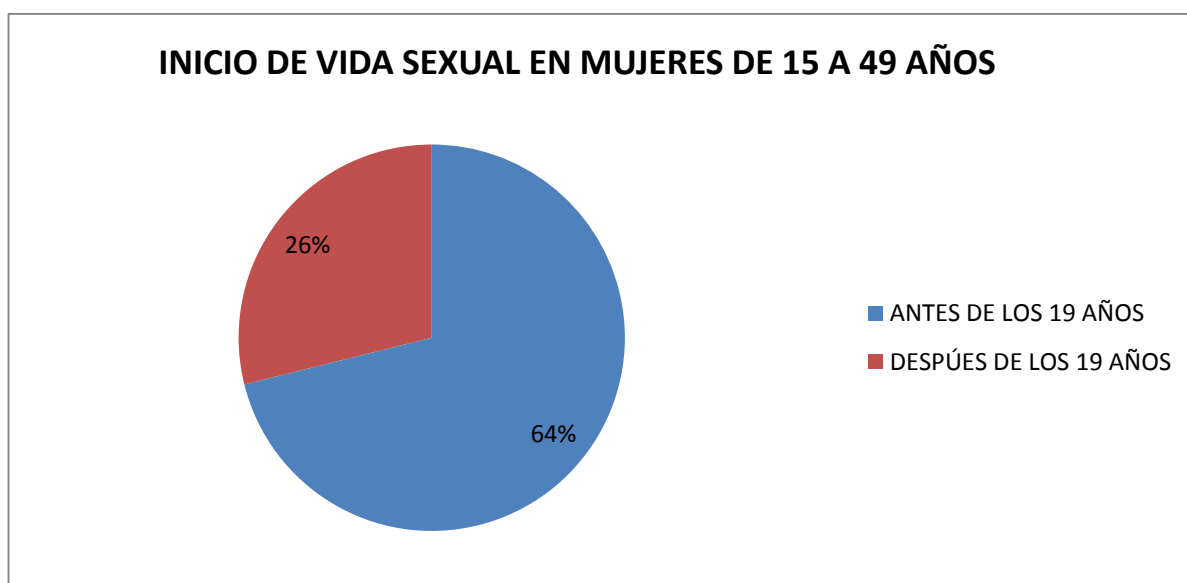
TABLA 5.

INICIO DE VIDA SEXUAL EN MUJERES DE 15 A 49 AÑOS		
INICIO DE VIDA SEXUAL	N°	%
ANTES DE 19 AÑOS	103	64
DESPUES DE 19 AÑOS	59	37
TOTAL	162	100

FUENTE: ENCUESTA, REVISIÓN DE HCL.

ELABORACIÓN: CARLOS CAGUAS

GRÁFICO 5.



FUENTE: ENCUESTA, REVISIÓN DE HCL.

ELABORACIÓN: CARLOS CAGUAS

ANÁLISIS:

El 64% mujeres encuestadas tuvo inicio de vida sexual activa antes de los 19 años que corresponde 103 mujeres presentaron alta frecuencia de vulvovaginitis, lo que concuerda con las características microbiológicas que hacen al tracto genital de las adolescentes, más susceptible a la infección vulvovaginitis.

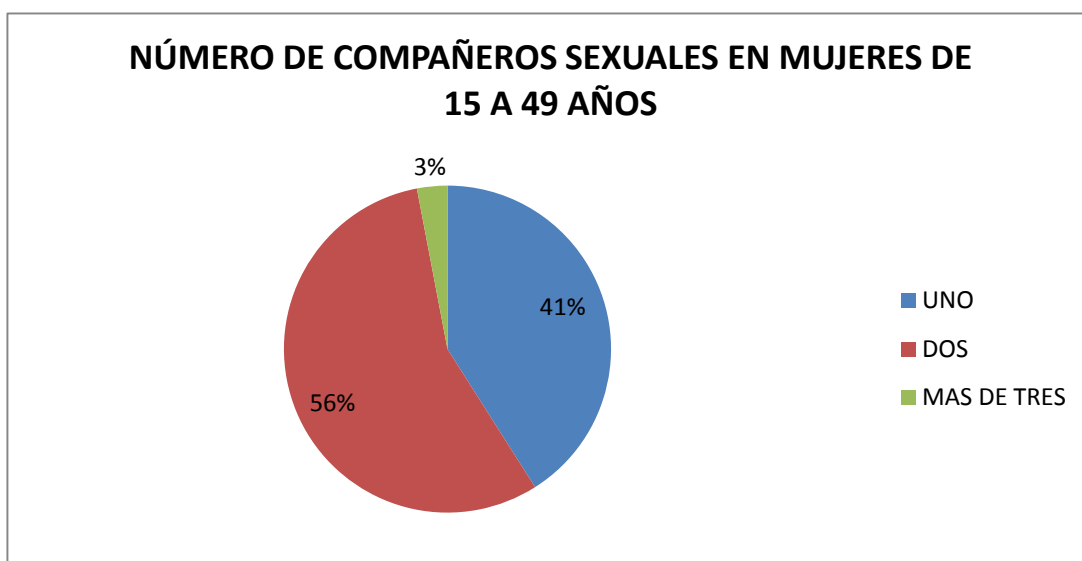
TABLA N.- 6

NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES EN MUJERES DE 15 A 49 AÑOS		
COMPAÑEROS SEXUALES	Nº	%
UNO	67	41
DOS	90	56
MAS DE TRES	5	3
TOTAL	162	100

FUENTE: ENCUESTA, REVISIÓN DE HCL.

ELABORACIÓN: CARLOS CAGUAS

GRÁFICO N.- 6



FUENTE: ENCUESTA, REVISIÓN DE HCL.

ELABORACIÓN: CARLOS CAGUAS

ANALISIS:

El 56% esto es 90 pacientes encuestadas que representan la mayoría afirman que han tenido dos compañeros sexuales; 67 pacientes que es el 41% manifiestan haber tenido un compañero sexual hasta la actualidad; mientras que el 3%, es decir 5 mujeres afirman que han tenido más de tres compañeros sexuales.

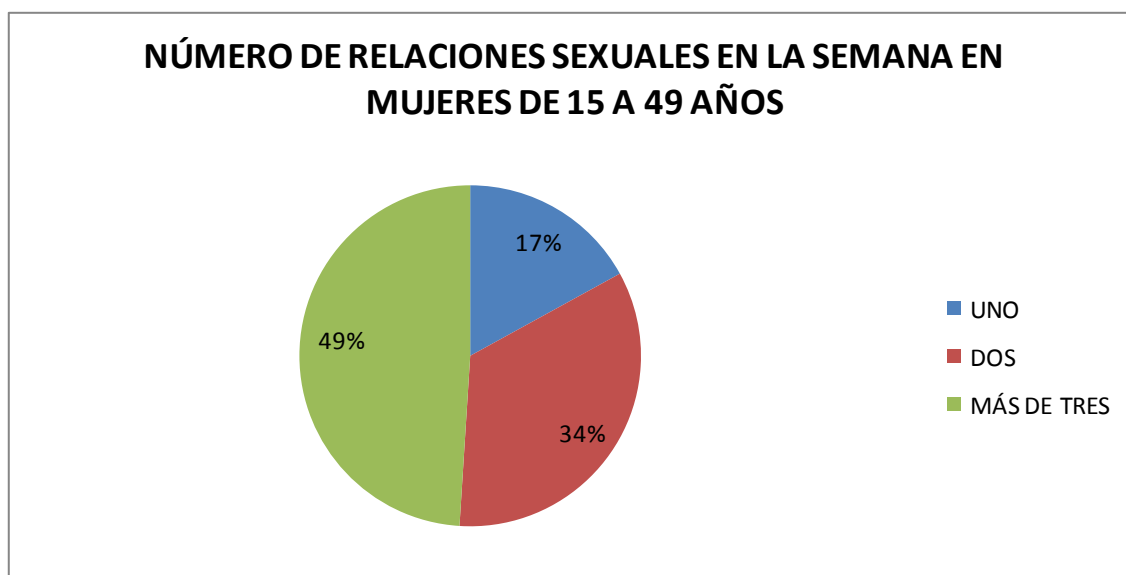
TABLA N.- 7

NÚMERO DE RELACIONES SEXUALES EN LA SEMANA EN MUJERES DE 15 A 49 AÑOS		
Nº DE RELACIONES SEXUALES	Nº	%
UNO	28	17
DOS	55	34
MAS DE TRES	79	49
TOTAL	162	100

FUENTE: ENCUESTA, REVISIÓN DE HCL.

ELABORACIÓN: CARLOS CAGUAS

GRÁFICO N.- 7



FUENTE: ENCUESTA, REVISIÓN DE HCL.

ELABORACIÓN: CARLOS CAGUAS

ANÁLISIS:

De las 162 pacientes encuestadas 79 pacientes tuvo relaciones sexuales más de tres veces a la semana que corresponde al 49%; en tanto que 55 mujeres que corresponde al 34% contestaron que tuvo dos veces a la semana, mientras que 28 pacientes que corresponde al 17% tuvieron una relación sexual.

4.2 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La prevalencia de vulvovaginitis encontrada en este estudio fue de 24%. Sin embargo, en más de la mitad de pacientes con molestias vaginales que corresponde 76% de un universo de 681 pacientes que presentaron flujo vaginal anormal no llegamos a determinar el factor causal a todas estas pacientes, esto en parte porque solo nos enfocamos en pacientes con sintomatología para vulvovaginitis y también porque en algunos casos no se usaron cultivos para confirmar el diagnóstico de casos negativos que tenían sintomatología.

En este estudio, el grupo de edad comprendido entre 20 a 30 años que se encuentran en la etapa de mayor actividad sexual activa presentó vulvovaginitis, en 26 % de mujeres; similar a otros estudios que muestran una prevalencia que va de 12% a 32% ha sido reportada a partir de mujeres no seleccionadas de diferentes características, en tanto que en el 76% no presentaron dicha patología

Los criterios clínicos para el diagnóstico de vaginosis bacteriana (criterios de Amsel) que predominó en nuestro estudio, son útiles, simples y de bajo costo en la práctica clínica, pero tienen inconvenientes pues a excepción del pH, el resto de criterios son subjetivos (aparición del flujo vaginal, test de aminas) o se necesita experiencia con el hallazgo de células clave.

En nuestro estudio del total pacientes que presentaron vulvovaginitis fue de 159 pacientes, el inicio a edades tempranas de los contactos sexuales antes de los 19 años presentan una mayor prevalencia de 64% que corresponden a 103 pacientes, mientras que el 26% que corresponden a 59 pacientes que tuvieron contactos sexuales a partir de los 19 años, presentaron menor prevalencia de vulvovaginitis. La prevalencia de dos compañeros sexuales o un compañero sexual nuevo acompañado de más tres relaciones sexuales en la semana aumenta la probabilidad de presentar mayor prevalencia de vulvovaginitis.

Este trabajo ha empleado criterios clínicos y epidemiológicos, que pueden contribuir a mejorar el diagnóstico y a prevenir las infecciones vaginales.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos y demostrados estadísticamente en las tablas y gráficas anteriores en mujeres que acuden a control al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora se llega a las siguientes conclusiones:

- Las mujeres que acuden a consulta ginecológica por presentar flujo vaginal anormal es muy común en edad reproductiva llegando así a determinar en el presente estudio que entre las edades de 20 a 35 años presento una mayor numero de casos, seguidos en grupos de edad entre los 15 a 19 años la prevalencia fue significativa con respecto al grupo de 35 a 49 años.
- El inicio de vida sexual activa a edades tempranas es decir a una edad menor de 19 años, es un factor de riesgo que determina una mayor prevalencia con respecto a las que iniciaron los contactos sexuales a mayor edad.
- La prevalencia de vulvovaginitis en mujeres de acuerdo con el número de parejas sexuales tiene relación directa, pues el porcentaje de mujeres es mayor en las que han tenido dos o más parejas sexuales con relación a las que tuvieron una sola pareja sexual.
- Las mujeres que tuvieron relaciones sexuales dos o más veces a la semana presentaron una mayor prevalencia de vulvovaginitis con relación a las que tuvieron solo una relación sexual.
- Los principales factores de riesgo para una vulvovaginitis son inicio de vida sexual activa a edades más tempranas y el número de parejas sexuales así como también la frecuencia de relaciones sexuales.

5.2 RECOMENDACIONES

1. Educar a las mujeres sobre los factores de riesgo de vulvovaginitis y sus complicaciones para así reducir el número de pacientes con esta enfermedad.
2. Es conveniente practicar una revisión ginecológica periódica en mujeres que ya han presentado la enfermedad; ya que el diagnóstico de este problema es de bajo costo, sencillo y beneficiará mucho a estas pacientes.
3. Realizar charlas informativas dirigidas a las mujeres que acuden a esta casa de salud para que estos conozcan bien de la realidad de salud y reciban consejería acerca de las formas de prevenir recurrencia de la enfermedad y/o complicaciones de las mismas.
4. Preparar a todo el personal de salud para prevenir posibles efectos adversos emocionales que pueden elevarse debido a que la vulvovaginitis erróneamente sea considerada una enfermedad transmitida sólo por vía sexual.
5. Poner más dedicación en la promoción y prevención de las enfermedades vaginales, ya que constituye la base de la salud no solo primaria sino pública en general.

CAPÍTULO VI

MARCO ADMINISTRATIVO

6.1 Recursos

Los recursos factibles en la realización de este proyecto fueron los siguientes:

6.1.1 Talento humano.

- Un Investigador: Carlos Caguas
- Un Director de Tesis: Doctora. María de Lourdes Velasco
- Mujeres con flujo vaginal anormal, que aceptaron voluntariamente participar en la investigación.
- Un Digitador

6.1.2 Recursos materiales:

- Materiales de Oficina
- Computador e Impresora
- Cámara de fotos
- Transporte
- Copiadora
- Flash Memory

6.2 Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JLO
Selección del tema	X							
Diseño del proyecto	X							
Presentación del proyecto	X							
Aprobación del proyecto por el Directivo		X						
Revisión De Bibliografía	X	X	X	X				
Diseño de Los Instrumentos y validación		X	X	X				
Ejecución de la encuesta y revisión de historias clínicas		X	X	X				
Procesamiento y análisis de la información recopilada		X	X	X				
Presentación del documento final				X	X	X	X	
Defensa de tesis								X

6.3 Recursos y presupuestos

MATERIALES	COSTOS
Bibliografía de libros, manuales	100,00
Uso del Computador	50,00
Tinta para la impresión	56,00
Pago de horas de Internet	60,00
Anillados	100,00
Empastados	100,00
Copia a color y a blanco y negro	30,00
Transporte	30,00
Memorias USB	30,00
CD'S	20,00
Alimentación	100,00
Útiles de papelería(lápiz, borrador, esferos hojas de papel bond, etc)	100,00
Impresiones a color y a blanco y negro	150,00
Cosas de Imprevisto que se presenten	100,00
TOTAL	1020,00 USD

CAPÍTULO VII

7.1 Bibliografía

1. Alan, H., Lauren, N. (2012). *Diagnostico y Tratamiento Ginecoobstétricos*. México: Manual moderno.
2. Biswas, M. (2008). *Vaginosis bacteriana*. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*, 1(14), 165-174.
3. Berek, J. (Catorceava) (2007). *Ginecología de Novak*. Philadelphia: Walters Kluwer Businees.
4. Benítez, C. (2008). *Habilidades técnicas en la consulta para el diagnóstico de las vaginitis infecciosas*. *Semergen*, 34(7) ,341-353.
5. Cancelo, M., Hidalgo, J. (2005). *Vaginitis por Trichomonas*. *Semergen*, 31(3):121-124.
6. Prieto, E. (2007). *Aspectos actuales en la evaluación y el tratamiento de las vulvovaginitis*. *Medicina Integral*, 64 (40), 125 – 142.
7. Eckert, L. (2006). *Acute Vulvovaginitis*. *New England Journal of Medicine*; 35 (15), 1244-1252.
8. Fernández, M., Gómez, F. (2009). *Vulvovaginitis y métodos de cultivo en la práctica diaria*. *Semergen*; 37(5), 23-30.
9. Francisco, A. (2010). *Aspectos de la investigación sobre la salud sexual y reproductiva*. Recuperado de <http://www.who.int/reproductive-health>. OMS
10. González, F. (2008). *Factores de riesgo asociados a vaginosis bacteriana*. *Atención Primaria*, 54(8), 312-317.
11. Heine, P., Mc Gregor, J. (2006). *Trichomonas vaginalis: microorganismo patógeno que resurge*. *Clínicas obstétricas y ginecológicas* 13(21), 135-43.

12. Hopkins, J. (Segunda) (2005). *Ginecología y Obstetricia*. Madrid: Marbán.
13. Weaver, L. (2010). *Vulvovaginitis y embarazo*. Clínicas obstétricas y ginecológicas 13(21), 135-43.
14. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2005). *En glosario de términos publicaciones anuarios de INEC.net*. Recuperado de http://www.inec.gov.ec/web/guest/publicaciones/anuarios/inv_soc/cam_eqr
15. León, A. (2010). *Cándida albicans*. Revista Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia. 10 (31), 295 – 317.
16. Martín, R. (2008). *La microbiota vaginal: composición, papel protector, patología asociada y perspectivas terapéuticas*. Microbiología Clínica, 26(3):160-178.
17. Rivas, I., Córdova, M. (2011). *Etiología de la vulvovaginitis*. Revista Chilena de Ginecología, 84(23), 178-185.
18. Roman, F., Pozo, C. (2010). *Vaginosis bacteriana*. Resumed, 76(2), 38-.47
19. Maberry, M. (2009). *Características comunes en la infección del tracto genital*. Gynaecology, 73(49), 16-27.
20. Schorge, J., Shcaffer, J., Halvorson, L. (Primera) (2009). *Ginecología Williams*. Mexico: Mc Graw Hill Interamericana.
21. Trejo, J., Pérez, A. (2007). *Guía clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de cervicovaginitis por bacterias, trichomonas y cándida*. Revista Médica IMSS, 62 (17) ,52-67.

APPENDICES

HOSPITAL GINECO OBSTETRICO ISIDRO AYORA

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

ESCUELA DE MEDICINA

DIPLOMADO EN DESARROLLO LOCAL Y SALUD

TEMA:

“INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA Y PREVALENCIA DE VULVOVAGINITIS AGUDA”.

Instrucciones: Lea detenidamente el siguiente formulario y conteste con la mayor seriedad y sinceridad posible. Marque los recuadros en blanco. Es absolutamente confidencial

Observaciones: Si Ud. tiene alguna duda sobre el presente formulario, favor realizársela a su encuestador.

1. ¿Qué edad tiene usted?

Años

2. ¿Hasta qué grado o curso estudió usted?

Ninguno

Secundaria

Primaria

Superior

3. ¿A qué edad tuvo la primera relación sexual?

Antes 19 años

Después 19 años

4. **¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?**

Uno

Más de Tres

Dos

5. **¿Cuántas veces a la semana tiene relaciones sexuales?**

Uno

Más de tres

Dos

6. **¿Usted ha tenido secreción vaginal?**

Si

No

7. **¿Utiliza anticonceptivos?**

Si

No

8. **¿Qué anticonceptivo utiliza?**

Oral

Inyectable

T de Cobre

Preservativo

9. **¿Ha recibido tratamiento vaginal reciente?**

Si

No

10. **¿Ha recibido tratamiento vaginal reciente?**

Si

No