



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN-MANAGUA.
RECINTO UNIVERSITARIO “RUBÉN DARÍO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



Comportamiento de la Cervico Vaginitis en pacientes, con embarazo de la segunda mitad, ingresadas en Sala de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque durante Septiembre-Diciembre 2015

Autor:

Br.Douglas Alberto Montenegro Moreno

Br.Mario Alberto Morales Castellón.

.

Tutor:

Dr. José de los Ángeles Méndez

Msc.salud pública y epidemiología

Gineco Obstetra

Profesor titular de la UNAN-Managua

Managua- Nicaragua, Mayo 2016

Contenido

Dedicatoria.....	4
Agradecimientos.....	5
Opinión del tutor	6
Resumen.....	7
Introducción	8
Antecedentes	9
Justificación	12
Planteamiento del problema	13
Objetivos	14
Objetivo general	14
Objetivos específicos	14
Marco conceptual	15
Diseño metodológico	28
Área de estudio:	28
Tipo de estudio:.....	28
Universo:	28
Muestra:	28
Tipo de Muestra:	28
Criterios de inclusión:	28
Criterios de exclusión:	28
Fuentes y obtención de datos	28
Técnicas e instrumentos	29
Procesamiento de datos.....	29
Variables del estudio	30
Operacionalización de las variables	31
Resultados.....	34
Análisis de los resultados.....	37
Conclusiones.....	40
Recomendaciones.....	41

Bibliografía.....	42
Anexo	43
Ficha de recolección de datos.....	76

Dedicatoria

A Dios primeramente por otorgarnos la vida y su tiempo para realizar nuestro trabajo Monográfico y lograr culminarlo.

A Nuestros padres quienes con esmero y esfuerzos nos apoyaron y alentaron a seguir adelante.

A Los docentes que con paciencia y exigencia nos orientaron, guiándonos a obtener el conocimiento que con el día de hoy logramos culminar nuestros estudios.

A nuestro tutor José de los Ángeles Méndez quien nos instruyo oriento y apoyo correctamente para poder realizar este gran pasó.

Agradecimientos

Agradecemos a Dios por darnos la vida, el tiempo, el entendimiento y la paciencia para culminar nuestros estudios.

A nuestros padres por su esfuerzo y dedicación que forjaron nuestras vidas.

A nuestro tutor por su paciencia y tiempo siempre disponible, educador y colaborador.

A cada una de las personas quienes nos apoyaron.

Opinión del tutor

Todo esfuerzo investigativo que se realiza, enfocando un problema de salud, siempre servirá como una base para modificar, cambiar o crear nuevas estrategias en fin de mejorar la calidad de atención al binomio Madre-hijo.

Esta es la estrategia que se plantearon los jóvenes investigadores en su trabajo investigativo Br.Douglas Alberto Montenegro Moreno y Br.Mario Alberto Morales Castellón reciban mis más altas muestras de felicitaciones por el cumplimiento de este objetivo

Att

M.S.C MD José de los Ángeles Méndez

Tutor

Resumen

En el presente estudio sobre el Comportamiento de la Cervico Vaginitis en pacientes, con embarazo de la segunda mitad, ingresadas en Sala de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque durante Septiembre-Diciembre 2015, se identificó que la cervico vaginitis es una de las primeras causa de Amenaza de parto pretermino y Ruptura prematura de membrana además está asociada principalmente a infección del tracto Urinario

Este estudio surge para conocer como está la situación actual de salud de las embarazadas diagnosticadas con cervicovaginitis, tomando en cuenta aquellas pacientes que se ingresaron a sala de Alto Riego Obstétrico del Hospital Bertha Calderón, que estaban cursando en embarazo de la segunda mitad.

Actualmente es el Hospital de referencia Nacional y La cervico vaginitis forma parte de las 10 principales consultas en el primero y segundo nivel de atención y representa el 38 % de las consultas a mujeres de 18 a 59 años por esta razón se realizó este estudio descriptivo de corte transversal, utilizando una técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia.

Introducción

La cervico vaginitis es un proceso infeccioso e inflamatorio del útero, cérvix y vagina. Este padecimiento es una de las causas más frecuentes de consulta Ginecológica, se caracteriza por flujo, ardor y comezón.

Es causada por agentes Infecciosos, Hongos y Parásitos en la que la transmisión sexual desempeña un papel importante, la causa más frecuente son las micóticas originada por *candida*, vaginosis bacteriana por *Garnerella vaginalis* y parasitarias causada por *trichomonas vaginalis*.(Tepole, 2012)

Su prevalencia real se desconoce debido a que aproximadamente de un tercio de la mitad de las mujeres con esta condición son asintomáticas y por otro lado las prevalencias reportadas varían de acuerdo con la población estudiada; la vaginosis o vaginitis bacteriana se ha encontrado en el 15-19% de las pacientes ambulatorias, el 10 al 30% de las mujeres embarazadas y hasta el 40% de aquellas mujeres que acuden a clínicas de enfermedades de transmisión sexual.(OMS, 2013)

La importancia de determinar el germen causal radica en los siguientes aspectos: en vaginosis, su presencia se asocia a una mayor frecuencia de enfermedad pélvica inflamatoria, endometritis e infección de las vías urinarias; en la mujer embarazada es un riesgo para ruptura prematura de membranas y para parto prematuro. La recurrencia de vaginitis por *candida* es un comportamiento subjetivo de inmunidad celular deficiente sobre todo relacionado a diabetes mellitus y cuando se trata de *trichomonas*, debe tenerse en cuenta la posibilidad de infecciones venéreas concurrentes.(Trejos Y Perez A, 2013)

El Hospital Bertha Calderón Roque, ubicado en el distrito III de Managua, es el hospital de referencia nacional de Ginecoobstetricia de ahí la relevancia de realizar este estudio que valorará el comportamiento de la cervico vaginitis en embarazadas con la segunda mitad ingresadas en sala de alto Riesgo Obstétrico.

Antecedentes

En 2011, En la Guía para el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual de los centros de control y prevención de enfermedades (CDC –Center for Disease Control and Prevention) se mencionan algunas investigaciones observacionales realizadas en América del Norte, que han mostrado consistentemente una asociación entre vaginosis bacteriana y manifestaciones anómalas en el embarazo, que incluyen parto preterminó con un riesgo relativo (RR) de 1.4 a 6.9; ruptura prematura de membranas con RR de 2.0 a 7.3; aborto espontaneo con RR de 1.3 a 2.0 y amenaza de parto con RR de 2.0 a 2.6. Además concluyeron que pueden ser realizadas tempranamente pruebas para diagnosticar vaginosis bacteriana en el Segundo trimestre para pacientes asintomáticas quienes están en alto riesgo de un parto preterminó. Una conclusión similar fue llevada a Cabo en ese mismo año por la escuela Americana de Obstetricia y Ginecología cuando estudiaron en 1997 la vaginosis bacteriana en busca de la prevención de parto preterminó.

Según investigaciones en México la vaginosis bacteriana junto con la candidiasis genital son las causas más comunes de infección cervivovaginal, independientemente de los hábitos y costumbres sexuales de las pacientes de tal forma que se encuentran entre un 17 al 30% predominando discretamente en las embarazadas. En un estudio realizado en el instituto mexicano de seguridad social (IMMS), Nuevo León, cuyo objetivo era determinar la incidencia de cervicovaginitis en mujeres embarazadas durante su control prenatal se encontró que la incidencia correspondió a 24.8 ± 4.6 años con una media de 2.6 ± 1.2 . La g esta, la escolaridad, el estado civil, la presencia de síntomas o las semanas de gestación no influyen sobre dicha incidencia. Solo el antecedente de cervicovaginitis infecciosa represento un factor de riesgo, la cual incremento 3.85 veces las probabilidades de infección actual.

Foman F, Guilmezogle, intervention for treating Tricomoniasis in pregnancy, revisión de ensayos clínicos (Cochrane reviews 2013). Los datos epidemiológicos indicaron que fue la infección por tricomonas un factor de riesgo de parto prematuro.

Peter Brocklehurst y Cool. Antibióticos para el tratamiento de la vaginosis bacteriana en el embarazo, revisión de ensayos clínicos (Cochrane reviews). La vaginosis bacteriana durante el embarazo se ha asociado a resultados perinatales eficientes y en particular a partos pretérminos.

Roberto Gonzales –Pedraza Avilés, 2010, México. Las pacientes con resultados positivos para infecciones cervicovaginales encontraron que la vaginosis bacteriana es la condición mas común con 20.4%.

En los centros de salud de León, durante el año 2012 López y Cool. Encontraron dentro de las causas de leucorrea vaginosis bacteriana 29.5%, candidiasis 28.1%, *Tricomoniasis* 6.2%, 15.7% de las infecciones fueron mixtas y en el 24% no se logró identificar ningún agente etiológico.

En el 2011 Icaza R y Cool. Encontraron en las embarazadas que asistieron a CPN en RAAS Sutiava, León. Como causa de flujo vaginal *candida albicans* 59% seguido de *tricomonas vaginalis* 16.4% y asociación candida/ Gardnerella 14.8% en menos frecuencia Gardnerella.

En otro estudio realizado en el hospital de la Mujer Bertha Calderón Roque (HBCR) durante el año de 2013 sobre vaginosis bacteriana y amenaza de parto pre terminó concluye que el 41% de las pacientes presentaron durante el embarazo, siendo el grupo de edad más afectada el comprendido entre los 19 a 35 años (62.5%). A las pacientes que le encontraron el microorganismo estaba durante el tercer trimestre de embarazo y la mayoría de las pacientes afectadas tenían como características comunes bajo nivel de escolaridad.

En el 2013 en el hospital de la Mujer Bertha Calderón Roque en diciembre 2013 se realizó un estudio descriptivo transversal y correlacional cuyo objetivo consistía en evaluar los resultados perinatales en pacientes con infecciones por vaginosis bacteriana, tricomonas, *candidas ssp*, durante el tercer trimestre de embarazo, concluyo que el peso del recién nacido demostró asociación estadísticamente significativa ($p < 0,001$) con la condición de tener o no vaginosis , entre la edad gestacional y los recién nacidos pretérminos. La vaginosis bacteriana la Tricomoniasis y la candida son los agentes causales que originaron diferentes resultados perinatales a nivel materno amaneza de parto pretérmino (33%), ruptura de membranas (27%) y a nivel del recién nacido domino bajo peso al nacer (37%) seguido de riesgo de sepsis (20%) y neumonía congénita (3%).

Justificación

La cervico vaginitis forma parte de las 10 principales consultas en el primero y segundo nivel de atención y representa el 38 % de las consultas a mujeres de 18 a 59 años. Es considerada un problema en salud pública por su alta incidencia y representa una alta demanda de atención médica. (Trejos Y Perez A, 2013)

Todas las literaturas recientes hablan de un repunte de las secreciones vaginales asociadas a infecciones de transmisión sexual y la asociación de una cervico vaginitis al embarazo. Esta última Es causa de muchas complicaciones en el embarazo como Amenaza de Parto Pretermino, Ruptura Prematura de Membranas, Abortos entre otros. (Velasco .MV, 2012)

Motivo por el cual consideramos de vital importancia conocer como es el comportamiento de la cervico vaginitis y es completamente seguro, que los resultados de este estudio serán de mucha relevancia, para el manejo de esta patología con el firme propósito de disminuir las complicaciones más frecuentes del embarazo, en el Hospital de Referencia Nacional Bertha Calderón Roque.

Planteamiento del problema

¿Cómo es el Comportamiento de la Cervico Vaginitis en pacientes, con embarazo de la segunda mitad, ingresadas en sala de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque durante Septiembre-Diciembre 2015?

Objetivos

Objetivo general

- Identificar el Comportamiento de la Cervico Vaginitis en pacientes, con Embarazo de la segunda mitad, ingresadas en sala de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque durante Septiembre-Diciembre 2015?

Objetivos específicos

- Identificar los datos generales del grupo de pacientes en estudio.
- Describir los datos Gineco-Obstétricos del grupo de madres en estudio.
- Mencionar la forma de diagnóstico realizado.
- Enlistar los gérmenes más frecuentes asociados a cervico vaginitis.
- Identificar la evolución de las embarazadas de acuerdo al tratamiento empleado.

Marco conceptual

Flujo Genital

El flujo genital o leucorrea se define como el aumento anormal, persistente y objetivamente demostrable de secreciones que por exudación, transducción, hipersecreción o por mecanismos mixtos se originan en cualquier sitio del aparato genital.

Tiene dos componentes:

- a. subjetivo: sensación de molestia o humedad, generalmente vulvar
- b. objetivo: visualización del flujo por la paciente o el medico

Para que se produzca deben alterarse alguno de los mecanismos naturales de defensa genital. Por ejemplo:

A nivel vulvar

Cierre por coaptación de los labios mayores y menores .periné integro

A nivel vaginal

Acidez vaginal determinada por los lactobacilos (Doderlein) que, al producir histólisis celular, permiten la liberación de glucógeno y de ácido láctico, lo que asegura un pH de 3.8 a 4.5

A nivel cervical

Formación del tapón mucoso

A nivel ovárico

Mecanismo de esteroidogenesis hormonal adecuados.

Factores predisponentes

- Mala increción hormonal ovárica (determina modificación del trofismo).
Alteraciones anatómicas del aparato genital (adquiridas)
- Enfermedades: a) metabólicas: diabetes. b) infecciosas o parasitarias: (ETS). c) alérgicas
- Empleo de antibióticos de amplio espectro (por alteraciones de la flora vaginal)
- Modificación del medio vaginal por uso de lavajes, tampones, diafragmas, DIU, etc.
- Tumores uterinos o vaginales.
- Higiene defectuosa o Exagerada
- Uso de vestimenta inadecuada.
- Mujeres Neuróticas.

Diagnostico

El diagnóstico del flujo vaginal se basa en el conocimiento del contenido Vaginal, en las características de la flora vaginal y en la clasificación según su origen y etiología.

Contenido vaginal

Está formada por células desprendidas del epitelio pavimentoso de las paredes y por un cultivo puro de bacilos inmóviles grampositivos (bacilo de Doderlein). El contenido vaginal tiene reacción acida, con un pH de 3.8 a 4.5.

Clasificación del flujo vaginal por su origen:

Debido a agentes específicos, se caracteriza por:

- a. Contagioso por vías sexuales (ETS).
- b. El hombre es un portador y no tiene manifestaciones clínicas.
- c. El tratamiento debe hacerse a la pareja.

Flujo cervical

Se asocia a procesos vaginales (colpocervicitis). Son agentes específicos el gonococo y el bacilo de Koch e inespecíficos los estafilococos, estreptococos, Escherichia coli, etc.

Flujo corporal (uterino)

Se presenta durante el puerperio.

En el carcinoma de endometrio de la mujer anciana puede determinar un piometra.

Flujo vulvar

Por procesos inflamatorios o tumorales locales.

Flujo tubarico

Es excepcional, por salpingitis o hidrosalpinx.

Flujo vaginal

Se clasifica:

Flora tipo I

Con células pavimentosas y bacilos de Doderlein.

Flora tipo II

Con disminución de bacilos de Doderlein, presencia de numerosas células epiteliales, con leucocitos y gérmenes variados.

Flora tipo III

Con desaparición de los bacilos de Doderlein y presencia de bacilos grampositivos y negativos, de agentes específicos (tricomonas, Hongos) y de abundantes leucocitos.

Clasificación por su etiología

Flujo fisiológico

En la embarazada

En la excitación erótica

Por aumento de la secreción de moco cervical (día 12 a 14 del ciclo)

Flujo patológico

Específico (ocasionado por un agente patógeno conocido).

Inespecífico (ocasionado por gérmenes de la infección séptica).

Mixtos.

El diagnóstico del flujo genital se basa en las características macroscópicas (aspecto, color, olor) y, fundamentalmente, en el examen, cultivo y antibiograma en los casos necesarios. Es de importancia la toma de la muestra, así como la observación al fresco.

Toma de la muestra

La paciente no usará medicación intravaginal ni lavaje por 48 horas. Para la microscopia se recoge el material con un hisopo estéril o una "culturette" provista por el laboratorio, o con una jeringa o sonda estéril, para observar en fresco, con coloración, etc.

Antibiograma

Puede ser necesario para determinar gérmenes.

No es indispensable en casos de candida o tricomonas, en los que se indica el

Tratamiento específico

Examen en fresco

Sobre un portaobjeto se mezcla una gota de secreción vaginal con una gota de suero fisiológico, se coloca un cubreobjetos y se observa al microscopio.

Cultivo

Se emplean diferentes medios:

- Medio de Stuart. Sirve de vehículo para todos los gérmenes y posibilita la siembra en el medio adecuado.
- Medio de Thayer-Martin: está indicado para la investigación del gonococo de Neisser.
- Medio de agar-chocolate: útil para diversos gérmenes (estreptococo, estafilococos, etc.).
- Medio de Sabouraud: para cultivar cándida.
- Medio de Kupferberg, Roivon y Diamon: para investigar tricomonas.

Tricomonas vaginalis

Localización: cérvix, vagina y uretra.

Toma de muestra: fondo del saco vaginal, endocervix.

Es un protozoo que posee cuatro flagelos, un axostilo y una membrana ondulante, lo que le confiere gran movilidad.

Produce un flujo fluido, abundante, espumoso, de olor fétido y de color verdoso.

Se acompaña de prurito vaginal externo, que se exacerba posterior a la menstruación.

Invade el aparato urinario, provocando disuria, polaquiuria y ardor al miccional, lo que transforma a esta afección en urogenital.

Al examen, la vagina presenta paredes congestivas, con un puntillado equimótico (aspecto de frambuesa) que se extiende al exocervix.

Diagnostico

Solución fisiológica + gota de flujo.

Microscopia directa

Se reconoce la tricomona por el movimiento de sus flagelos y de la membrana ondulante.

Coloraciones

Naranja de acridina, Gram, Giemsa.

Inmunodiagnostico.

Directo.

Anticuerpos monoclonales.

Examen por cultivo.

Imprescindible para el control terapéutico y prueba de fármacos (medios de Roivon, Diamon, etc.)

Tratamiento

Esta infección se adquiere por contacto sexual, lo que hace necesario el tratamiento de la pareja para su curación.

La terapéutica por vía oral tiende a la erradicación del foco uretrovesical.

En la mujer se emplea el metronidazol, en dosis oral de 500 mg dos veces por día, durante 10 días, asociado con tabletas vaginales aplicadas por la noche al acostarse. En el hombre el tratamiento es por vía oral a idénticas dosis.

Deben prohibirse el consumo de las bebidas alcohólicas, pues esta medicación provoca intolerancia a las mismas.

Gardnerella vaginalis.

También conocida como *hemophilus* o *corynebacterium vaginalis*.

Es una causa muy común de vaginitis por transmisión sexual.

Es un bacilo gramnegativo, anaerobio. De 1 a 3 micrómetros de longitud.

Determina un cuadro no definido totalmente y conocido como cervicovaginitis o vaginosis por *Gardnerella*. La expresión cervicovaginitis implica una reacción inflamatoria y el termino vaginosis una alteración de la vagina. El problema mayor radica en atribuir un papel etiológico a un microorganismo que en ocasiones forma parte de la flora vaginal en pacientes asintomáticas.

Se otorga importancia a la concentración del bacilo: 10 al exponente 7 microorganismos por mil pacientes sintomáticas y 10 al exponente 4 por mil mujeres asintomáticas.

Además su asociación con bacterias anaerobias determinaría la sintomatología.

Una bacteria que ha adquirido importancia como agente etiológico es *Mobiluncus* spp., microorganismo anaerobio gramnegativo incurvado y extremadamente móvil.

Localización preferencia: vagina

Toma de muestra: fondo de saco vaginal.

Diagnóstico.

Examen bacterioscopico en fresco.

Azul de metileno al 0.10 % en solución fisiológica o Gram, + Gotas de flujo
microscopia: células “claves” (células epiteliales con halo cubiertas por bacilos de aspecto granuloso).

Coloraciones: Gram: cocobacilos Gram (+) aglutinados.

Examen bacteriológico

Medios con antibióticos o sin ellos. Identificación. Pruebas de oxidasa, catalasa.

Flujo: escaso, blanquecino grisáceo, homogéneo (distribuido sobre toda la pared vaginal), fétido. Test de aminas positivo y pH mayor de 4,5.

Vaginosis.

No hay respuesta inflamatoria.

Si alteraciones celulares.

No se recupera la *Gardnerella vaginalis*. Se aíslan bacterias anaerobias.

Vaginitis por Gardnerella vaginalis.

Hay respuesta inflamatoria, Más de 10 leucocitos por campo 400x.

Etiología atribuible al complejo GAM (Gardnerella vaginalis, anaerobios, Mobiluncus spp.)

Etiología atribuible al complejo GAMB (Gardnerella vaginalis, anaerobios, Mobiluncus spp., mycoplasma spp.)

Tratamiento.

Se utiliza con buenos resultados el metronidazol, también se usan la amoxicilina y la oxitetraciclina. Es necesario el tratamiento de la pareja.

Metronidazol: 500 mg 2 veces por día durante 10 días (oral). 500 mg durante 10 días (vaginal).

Amoxicilina: 500mg 3 veces por día durante 10 días (oral) tratamiento vaginal: metronidazol.

Tetraciclina: 500 mg 3 veces por día durante 10 días (oral). Tratamiento vaginal: metronidazol.

Cándida albicans.

Es la causa más común de micosis vaginal. Se debe destacar el carácter endógeno de esta patología, ya que entre el 15 y 65 % de las mujeres sanas son portadoras intestinales y el 10% portadoras vaginales de cándida albicans. Se localiza no solo en el área genital, sino también en el recto, ano y aparato genital.

Ocasiona un prurito que se exagera en la etapa premenstrual.

Su desarrollo se favorece por el tratamiento con antibióticos, durante el embarazo, en la diabetes, en cuadro de inmunodeficiencia., etc.

Diagnóstico.

Examen bacterioscopico en fresco

Solución fisiológica con KOH al 20% + porción en flujo

Microscopia directa: se observan los micelios tubulados y segmentados,

Coloraciones: Gram, Giemsa.

Cultivos: en medios comunes y especiales (sabouraud.)

Localización: vulvovaginal.

Toma de muestra: fondo de saco vaginal.

Flujo: escaso, cremoso y firmemente adherido a las paredes vaginales.

Especulo: vaginitis intensa con placas blanquecinas adherentes, en ocasiones.

Disuria e intensa congestión de los genitales externos, que se extiende hasta el ano. PH menor de 5,0.

Tratamiento: Nistatina

Tratamiento vaginal: una tableta por la noche, durante 15 días.

Tratamiento por vía oral: 3 tabletas por día, durante 15 días, para tratar el foco intestinal.

Otros tratamientos: clotrimazol, miconazol, ketoconazol vaginal.

Actinomyces israely.

Este agente, cuya naturaleza bacteriana o micótica es discutida actualmente, puede ocasionar cervicocolpitis y, consecuentemente, un flujo. se lo encuentra habitualmente en las mujeres que usan DIU, considerándose esta asociación indispensable para el desarrollo de patología. El Actinomyces israely es filamentoso, anaerobio, Gram positivo y responde a los antibióticos.

Tratamiento de la vaginosis y de vaginitis por Trichomonas y cándida.

Etiología	Antibióticos	
	Primera elección	Segunda elección
Bacterias	Metronidazol 500mg cada 12 h, vía bucal. 7 días	Metronidazol 500mg cada 24h, vía vaginal. 7 días
Candida	Itraconazol 200mg cada 24h, vía bucal. 3 días	Nistatina, 100 mil unidades cada 24 h vía vaginal, 14 días
Trichomonas	Metronidazol 500mg cada 12h ,vía bucal 7 días	Metronidazol 500mh cada 24h vía vaginal 7 días.

Medidas generales, para la prevención y control de la cervicovaginitis.

Prevención	Rutina genital de control
<ol style="list-style-type: none"> 1. Baño diario 2. Cambio de ropa interior después del baño diario. 3. Uso de ropa interior con puente de algodón. 4. Evitar el uso diario de panti protectores y tampones. 5. No realizarse duchas vaginales. 6. Enjuague anogenital después de defecar. 7. Uso de preservativos durante la actividad sexual riesgosa (pareja bisexual, existencia de lesiones genitales en la pareja, sexo anal.) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baño diario. 2. Enjuague anogenital al medio día. 3. Cambio de ropa interior después del aseo anogenital. 4. Uso de toallas sanitarias solo durante la menstruación y flujo vaginal abundante. 5. Evitar relaciones sexuales, durante el tratamiento en caso de vaginitis por cándida o trichomonas. 6. Baño o aseo genital después de tener relaciones sexuales.

<p>8. Evitar actividad sexual con múltiples parejas.</p> <p>9. Aprovechar la toma de Papanicolaou y la revisión del dispositivo intrauterino en su caso, para la detección temprana de enfermedad vaginal.</p>	
--	--

Cervicovaginitis		
	Leucorrea	Sintomatología acompañante
<p>Bacteriana Gardnerella vaginalis (en el 95% de las mujeres con vaginosis bacteriana), mycoplasma, bacteroides, mobiluncus o peptostreptococcus.</p>	<p>Blanco–grisácea, homogénea y maloliente, característico “olor a pescado”.</p>	<p>Puede acompañarse de irritación vulvar, dispareunia y prurito.</p>
<p>Candidiasis. Cándida albicans 10-20% son causadas por otras especies de cándida .</p>	<p>Más o menos intensa de color blanquecino, en forma de grumos adherida a la pared vaginal y sin olor característico.</p>	<p>Prurito intenso. Con gran frecuencia existen eritema, edema vulvar, dispareunia y en muchas ocasiones aparece la denominada “disuria vulvar” característico: los síntomas se exacerban la semana previa al inicio</p>

		de la menstruación y mejoran tras su aparición.
Tricomoniasis. Trichomonas vaginalis.	Espumosa líquida, amarillo-verdosa, maloliente y abundante.	Frecuente prurito vaginal y vulvar, dispareunia y disuria. Eritema vaginal y del introito ocasionalmente dolor hipogastrio 30 a 50% asintomático. Examen colposcópico: pequeñas úlceras rojas en la pared vaginal, produciendo una colpitis "en fresa" o en el cérvix (cervicitis de puntos rojos)

Tratamiento de la cervicovaginitis por bacterias.

Embarazadas. Se prefiere la terapia oral para tratar una posible infección subclínica del tracto genital superior.

- ✓ Ampicilina 500mg capsula oral cada 8h/7días.
- ✓ Metronidazol vía oral: 500mg/12horas/7días a partir del 2do trimestre.
- ✓ Metronidazol vía vaginal 500 mg/ 24 hrs/ 7 días.
- ✓ Clindamicina 300mg oral/12 horas/ 7 días.

Solo habrá que tratar a las mujeres sintomáticas. Excepciones:

- a) Las gestantes asintomáticas con riesgo elevado de parto prematuro (tener antecedentes). Se debería hacer cribado en este grupo de mujeres. Realizar control en el primer trimestre.
- b) Asintomáticas previamente a aborto o histerectomía.

Tratamiento de la cervicovaginitis por trichomonas.

Embarazadas.

- ✓ Metronidazol 2g orales en una dosis o 250 mgx3x7
- ✓ Metronidazol tab 250mg 500mg/12hrs 17 días a partir del segundo trimestre del embarazo.
- ✓ Metronidazol 500mg/24h/7dias via vaginal.
- ✓ Clindamicina 300mg p.o. cada 12hrs x 7dias.

Casos refractarios, recurrencias y resistencias. Las resistencias son raras: 2%-5% en nuestro medio 2,2%. 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 12hrs durante 7 días o 2gr monodosis.
- ✓ Tinidazol 2g en dosis única si no se había empleado esta pauta.
- ✓ Si fallan estos regímenes pautar metronidazol o tinidazol 2g oral en una dosis diaria durante 5 días

Si la terapia continua sin ser efectiva debe remitirse al especialista.

Tratamiento de la cervicovaginitis por cándida.

Vulvovaginitis candidiasicas en embarazadas. El tratamiento recomendado consta de solamente azoles tópicos aplicados durante 7 días.

- ✓ Miconazol 200mg, vía vaginal c/12hrs x 3 noche.
- ✓ Nistatina 100,000 unidades vía vaginal/24h/14dias.

Diseño metodológico

Área de estudio: Hospital Bertha Calderón Roque, ubicado en el distrito III, de la ciudad de Managua.

Tipo de estudio: El presente estudio es de tipo Descriptivo de Corte Transversal.

Universo: conformada por un total de 82 pacientes Embarazadas, Ingresadas sala de Alto Riesgo Obstétrico con cervico vaginitis, en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el periodo en estudio

Muestra: Conformada por 76 pacientes con diagnóstico de cervico vaginitis en la Sala de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque que cumplieron los criterios de inclusión.

Tipo de Muestra: No aleatorizada por conveniencia.

Criterios de inclusión:

- Pacientes cursando con embarazo de la segunda mitad, diagnosticadas con cervico vaginitis
- Pacientes con expedientes clínicos completos.

Criterios de exclusión:

- Pacientes cursando con embarazo de la primera mitad.
- Pacientes embarazadas que estén diagnosticadas con otra patología
- Pacientes con expedientes clínicos incompletos.

Fuentes y obtención de datos

La fuente de información que se utilizará en la realización de este estudio será secundaria ya que se revisará todos los expedientes clínicos de las pacientes embarazadas con diagnóstico de cervico vaginitis. . Se realizará el llenado de dicha ficha, durante el periodo que los investigadores puedan realizarlo, hasta completar la muestra. Se aplicarán según los criterios de selección ya mencionados.

Técnicas e instrumentos

Se aplicará una ficha, la cual contendrá una serie de preguntas de selección múltiple, se llenara por los investigadores para así evitar sesgo, mediante la revisión del expediente clínico de cada paciente

Procesamiento de datos

Se utilizó el programa SPSS Statistics , realizando tablas y gráficos que nos permitan registrar y visualizar los principales datos que influyen en la población en estudio .Una vez realizado el procesamiento se procedió a ordenar las respuestas en los resultados, siguiendo el orden de los objetivos específicos. Para la redacción de resultados se utilizó el Microsoft Word 2010. Al igual que su posterior presentación con apoyo de herramientas del programa Microsoft power point 2010.

Variables del estudio

Objetivo 1

Edad

Escolaridad

Ocupación

Estado civil

Procedencia

Objetivo 2

Gesta

Para

Aborto

Control prenatal

Edad gestacional

Antecedentes de cervico vaginitis

Sintomatología clínica

Patologías agregadas ala cervico vaginitis

Objetivo 3

Diagnóstico clínico y bacteriológico

Objetivo 4

Agente etiológico

Objetivo 5

Evolución del embarazo

Operacionalización de las variables

Nº	Variable	Concepto	Indicador	Escala o valor
1	Edad	Años transcurridos desde el nacimiento hasta la fecha de recolección de la información	Años	15-19 años 20-34 años >35 años
2	Escolaridad	Nivel de instrucción alcanzada hasta el momento de recolección de la información	según ficha de recolección de datos	Analfabeta Primaria Secundaria profesional
3	Ocupación	Actividad que ejerce para lograr un usufructo	Según ficha de recolección de datos	Estudiante Ama de casa Obrera profesional
4	Estado civil	Estado legal de las persona en su relación	Según ficha de recolección de datos	Soltera Acompañada Casada
5	Procedencia	Lugar de origen de la persona	Zona de donde proviene	Urbano Rural
6	Gesta	Número de veces que la paciente ha estado embarazada	Según ficha de recolección de datos	Primigesta Bigesta Trigesta Cuadrigesta Granmultigesta
7	Para	Número de veces que la paciente a parido	según ficha de	Nulípara Primípara

			recolección de datos	Múltipara
8	Aborto	Número de veces que a la paciente se le ha interrumpido el embarazo por cualquier causa antes de las 20 semanas de gestación o producto de la concepción que tenga un peso menor de 500 gramos	Según expediente clínico	1 2 3 4 >5
9	Control prenatal	Serie de visitas programadas de la embarazada con el proveedor de salud	Según ficha de recolección de datos	1 2 3 4 >5
10	Edad gestacional	Numero de semanas de gestación al momento de recolección de la información	Según fichas de recolección de datos	20-22 semana 22 1/7 -28 sem 28 1/7-36 6/7 37-41 6/7 sem >42 semanas
11	Antecedentes de cervico vaginitis	Proceso infeccioso catalogado como cervico vaginitis al momento del encuentro	Según ficha de recolección de datos	Si No
12	Sintomatología clínica	Manifestación molesta que refiere la paciente que le obliga a buscar asistencia medica	Según expediente	Secreción vaginal Dolor en bajo vientre Prurito vulvar Irritación vulvar

				Eritema vulvar Dispareunia Disuria vulvar
13	Patología agregada ala cervico vaginitis	Toda aquella enfermedad que cursa como causa o como proceso agregado a la infección vaginal en el momento de la consulta	Según ficha de recolección de datos	Si No Cual
14	Técnica utilizada para hacer el diagnostico	Son las diferentes alteraciones alteraciones clínicas y de laboratorio para hacer el diagnóstico	Según expediente y ficha de recolección de datos	Sintomatología clínica Estudio bacteriológico
15	Agente etiológico de cervico vaginitis	Entidad biológica capaz de producir de cervico-vaginitis	Según expediente clínico	Gardnerella vaginalis Cándida albicans Trichomonas vaginalis
16	Evolución del embarazo	La consecuencia del embarazo hasta la final de gestación	Según ficha de recolección de datos	Si No

Resultados

Se realizó un estudio Descriptivo de corte transversal no aleatorizado con asignación fija, en donde se investiga el Comportamiento de la Cervico Vaginitis en pacientes, con Embarazo de la segunda mitad, ingresadas en sala de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque durante Septiembre-Diciembre 2015.

El estudio se realizó en los meses de Septiembre-Diciembre, la población de estudio fue conformada por 86 pacientes, la muestra fue conformada por 76 pacientes que cumplieron con los requisitos de inclusión.

Cuyos resultados principales, son los siguientes:

- a) En relación a los grupos etáreos se distribuyeron de la siguiente manera, el de mayor frecuencia fue de 20-34 años, con 48 casos de (63%) el grupo de menor de 19 años con 16 casos (21%) y el grupo mayor de 35 años con 12 casos (16%), ver tabla N °1.

- b) En relación al nivel de escolaridad se encontró que el nivel de mayor frecuencia es secundaria con 45 casos (59%), el nivel de primaria con 20 casos (26%), el grupo profesional 10 con casos (13%) y el grupo de analfabetas con 2 casos (2%). Ver Tabla N ° 2.

- c) Cuando se distribuyó la ocupación del grupo de embarazadas en estudio, la mayor frecuencia se ubica en ama de casa con 42 casos (55%), el grupo de obreras con 23 casos (30%), el grupo de estudiantes con 8 casos (11%) y al final del grupo de profesionales con 3 casos (4%). Ver Tabla N °3.

- d) Al estudiar el Estado Civil, se encontró en mayor frecuencia el estado acompañada con 56 casos (74%), el grupo de las solteras con 12 casos (16%) y por último las casadas con 8 casos (10%). Ver Tabla N °4
- e) Al estudiar la procedencia, se encontró que la mayor frecuencia son las urbanas con 62 casos (82%) y Rural con 14 casos (18%). ver Tabla N °5
- f) En cuanto a los antecedentes Gineco-Obstetricos, las de mayor frecuencia era las primigestas con 31 casos (40%) , las que no habían tenido ningún aborto eran 70 casos (92%) y las que mayor se realizaron controles prenatales el cual fueron 4 controles eran 26 casos (34%). ver Tabla N °6 , 7 , 8 , 9
- g) Cuando se distribuyó las pacientes según edad gestacional en orden de frecuencia se ubicaron de la siguiente manera, entre 20 y 22 semanas con un total de casos 28 (37%) el grupo de 22 1 /7 -28 semanas con 26 casos (35%), el grupo de 28 1/7 -36 6/7 con 14 casos (18%), el grupo de 37 – 41 6/7 con 7 casos (9%) y el grupo de mayor de 42 semanas con 1 casos (1%). Ver Tabla N °10.
- h) En relación al antecedente de cervico vaginitis, referido por la paciente se registró que si hubo un antecedente positivo de 46 casos (61%) y el antecedente negativo con 30 casos (39%). Ver Tabla N°11.
- i) Cuando se estableció la sintomatología clínica de las pacientes estudiadas se encontró en orden de frecuencia la secreción vaginal 76, dolor en bajo vientre 70, prurito vulvar 70, irritación vulvar 56, eritema vaginal 52, dispareunia 48 y disuria vulvar 32. Ver Tabla N °12.

- j) Cuando se investigó sobre la patología agregada a la cervico vaginitis en las pacientes en estudio, se distribuyeron en orden de frecuencia de la siguiente manera: infección de vías urinarias con 22 casos (29%), pielonefritis con 10 casos (13%), diabetes con 6 casos (8%) Ruptura prematura de membranas con 6 casos (8%) y ninguna patología con 32 casos (42%). Ver Tabla N °13.
- k) Al identificar la forma como se estableció el diagnóstico en las pacientes se encontró que a las 76 pacientes se identificó un cuadro clínico característico y que a 28 pacientes se les realizó estudio bacteriológico. Ver Tabla N °14.
- l) En relación a los resultados emitidos por el estudio bacteriológico, la frecuencia se reportó de la siguiente manera, *cándida albicans* con 16 casos (57%), bacterias con 8 casos (29%) y *trichomonas* con 4 casos (14%). Ver Tabla N °15.
- m) Con Relación a la evolución satisfactoria del embarazo 70 mujeres del estudio concluyeron exitosamente el embarazo el cual representa el 92%. Siendo el 8% desafortunadamente mujeres que no culminaron su embarazo exitosamente. Ver tabla 16

Análisis de los resultados

- a) En relación a los grupos etáreos, en los cuales se encuentran distribuido estos resultados se relaciona con la literatura consultada y con la realidad nacional de que un tercio de los embarazos son en mujeres adolescentes, siendo estos un factor de riesgo alto de complicaciones médicas que repercute directamente en su nivel de vida. Tabla N °1.
- b) Tomando en cuenta el nivel de escolaridad y los resultados son directamente proporcional con la edad gestacional con la edad cronológica de las pacientes, se encontró que un tercio de ellas cursan con nivel primario y analfabeta, lo cual incide en que el nivel de conocimiento sea bajo y dificulta el entendimiento de la importancia de un embarazo y esto conlleva a alterar la fisiología normal. Tabla N °2.
- c) En relación a la ocupación es de esperarse, si son jóvenes y no poseen un nivel de educación adecuado, muchas de ellas no trabajaran y se convertirán en amas de casas y cuando tengan que trabajar lo harán como obreras siendo esto un reflejo de esta historia. Tabla N °3
- d) Todas estas variables anteriores tienen relación directa con el estado civil de este grupo de mujeres en estudio, el 74 % van desde acompañadas hasta solteras lo que aumenta de una forma directa e indirecta los riesgos de un embarazo, ya sea por falta de apoyo o por lo que hay que abandonar la salud para trabajar. Tabla N °4.

- e) En cuanto a la procedencia, se encontró que la mayor frecuencia son las urbanas y las Rurales apenas con 18%. Tabla N °5.
- f) En cuanto a los antecedentes Gineco-Obstetricos, las de mayor frecuencia era las primigestas con un 40 %, seguido de las Bigesta con un 30%, Trigesta con 16%, Granmultigesta con 11%. las que no habían tenido ningún aborto representan el 92%, 1 aborto 7% y 2 abortos 1%. El 34 % de las mujeres realizaron 4 controles prenatales, El 26% >5 controles, el 20% 3 controles, El 14 % 2 Controles y solo el 4% se realizó 1 control prenatal. ver Tabla N °6 , 7 , 8 , 9
- g) En relación a la edad gestacional se encontró una alta prevalencia de la cervico vaginitis en mujeres con embarazos de 20-22 semanas de gestación siendo un 37%, seguido de 22-1/7 – 28 semanas con 35%, 28-1/7-36-6/7 con 18% y 37-416/7 con 9% y finalizando >42 semanas con 1%. ver Tabla N °10
- h) Cuando se investigó el antecedente de cervico vaginitis los resultados obtenidos en este estudio tienen una relación directa con toda la literatura consultada y con estudios hechos de este tipo, ya que él 61% de nuestra muestra había padecido de una o más antecedentes de cervico vaginitis, lo que refiere es que muchas pacientes son mal tratadas o mal curadas y esto repercute reincidiendo en un nuevo episodio que va a poner a este embarazo en un alto riesgo mayor. Tabla N °11
- i) En relación al cuadro clínico la sintomatología referida por nuestras pacientes son idénticas a lo referido en la literatura consultada, lo que hace una validez completa para la terapia del manejo de esta patología Tabla N °12.

- j) Cuando se analizó las patologías asociadas a este grupo de pacientes estudiados se encontró una relación directa con la literatura consultada y la revisión de estos tipos de estudios, en nuestro reporte más del 50% de las causas que acompaña a esta patología son idénticas en la literatura consultada. Tabla N °13
- k) Cuando se analizó las técnicas utilizadas para ayudar al diagnóstico en este estudio se encontró que el cuadro clínico tiene un valor capital para iniciar manejo sin tomar a equivocarse, los resultados de laboratorio obtenidos solamente confirmaron lo que el clínico ya había diagnosticado. Tabla N °14.
- l) Es evidente que el resultado del estudio de laboratorio, emite lo que se esperaba, un resultado por gérmenes identificados por la literatura como primer agente causal tenemos *cándida albicans* con 57%, bacterias con 29% y *trichomonas* con 14%. Tabla N°15.
- m) Con Relación a la evolución satisfactoria del embarazo 70 mujeres del estudio concluyeron exitosamente el embarazo el cual representa el 92%. Siendo el 8% desafortunadamente mujeres que no culminaron su embarazo exitosamente de las cuales 2 mujeres terminaron en aborto y 4 en Óbito. Ver tabla 16

Conclusiones

1. El grupo de pacientes en estudio se caracterizaron en su mayoría entre 20-34 años, seguidos muy cerca del grupo de menores 19 años, de educación secundaria, de ocupación ama de casa, con estado civil acompañada.
2. En relación a los datos Gineco-obstétricos, se caracterizaron en su mayor frecuencia por ser embarazos entre 20-22 semanas, seguidos muy cerca de los embarazos entre 22 1/7 y 36 6/7 con antecedentes de cervico vaginitis.
3. El cuadro clínico se caracterizó en orden de frecuencia por secreción vaginal, dolor en bajo vientre, prurito vulvar, irritación vulvar, eritema vaginal, dispareunia, disuria vulvar.
4. Las patologías médicas asociadas a cervico vaginitis en el grupo de pacientes en estudio en orden de frecuencia fueron infección de vías urinarias, pielonefritis, diabetes y rotura prematura de membranas.
5. En relación a las técnicas utilizadas para hacer diagnóstico, no hubo diferencias ya que tanto el cuadro clínico como el resultado de laboratorio contribuyeron al 100% al diagnóstico.
6. Los gérmenes más frecuentes reportados por el laboratorio en orden de frecuencia fueron candida, bacterias y tricomonas.
7. Con Relación a la evolución satisfactoria del embarazo 70 mujeres del estudio concluyeron exitosamente el embarazo siendo 6 mujeres que no culminaron su embarazo exitosamente de las cuales 2 mujeres terminaron en aborto y 4 en Óbito.

Recomendaciones

1. A las autoridades del ministerio de salud y a las autoridades del SILAIS establecer un mecanismo de forma adecuada con la supervisión continua acerca de la relación de trabajo de terreno para la captación precoz y oportuna de todas las embarazadas para identificar todos aquellos factores de riesgo relacionados con la cervico vaginitis durante el embarazo.
2. A las autoridades del SILAIS y directores de centros de salud y puestos médicos establecer una agenda de vigilancia y supervisión de todo el personal medico y paramédico que brinda control prenatal , lo haga bajo normas utilizando la teoría del factor de Riesgo para identificar precoz todas aquellas pacientes con signos y síntomas de cervico Vaginitis
3. A todo el personal medico y paramédico que brinda control prenatal hacer énfasis en la detección precoz de la infección de vías urinarias para dale manejo oportuno basado en el protocolo, ya que dentro de nuestros resultados es la patología mas asociada ala cervico vaginitis.
4. A nivel Hospitalario que se establezca como un lineamiento estricto la realización de ultrasonido obstétricos a todas las pacientes que lleguen con sintomatología asociada a cervico vaginitis para ade3cuadar la edad gestacional y prescribir el tratamiento para el manejo de la cervico vaginitis.
5. Al personal Medico del Hospital Bertha Calderón que después de haber valorado y prescrito tratamiento a las embarazadas con cervico vaginitis se deben enviar con debida referencia o contra referencia a la atención primaria para que le brinde seguimiento y manejo adecuado.

Bibliografía

- 1.OMS. (2013). *Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual*. Ginebra -Suiza: Catalogación por la Biblioteca de la OMS .
- 2.Trejos y Perez A, H. L. (2013). Guia Clinica para el tratamiento y prevencion de cervicovaginitis por Bacterias , tricomonas y candida. *DP medicas* , 91-96.
- 3.Velasco .MV, P. C. (2012). enfermedades infecciosa de cervix uterino , vagina y vulva : prevencion Diagnostico y Tratamiento . *IMMS*, 185-191.
- 4.Tepole, V. A. (16 de diciembre de 2012). *Monografias*. Obtenido de monografias .com
- 5.CDC. (2014). Vaginosis bacteriana. *División para la Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual, Centro Nacional para la Prevención de VIH/SIDA*,.
- 6.Latinoamericanas, I. M. (2010). Cervico vaginitis. *Imbiomed*, 11.
- 7.Rangel, M. (2009). *evolucion de las pacientes embarazadas con cervico vaginitis*. Queretaro Mexico: centro Universitario Queretaro.

Anexo

TABLA N°1

Relación de los Grupos Etáreos en Frecuencia y Porcentaje del grupo de mujeres en estudio.

N=76

Grupos Etáreos	Frecuencia	Porcentaje
15-19Años	16	21%
20-34 años	48	63%
>35 años	12	16%
Total	76	100

Fuente: Expediente encuesta

TABLA N°2

Relación de Nivel de Escolaridad en Frecuencia y Porcentaje del grupo de mujeres en estudio.

N=76

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	2	2%
Primaria	20	26%
Secundaria	45	59%
profesional	10	13%
Total	76	100%

Fuente: Expediente Encuesta

TABLA N°3

Relación de Ocupación en Frecuencia y Porcentaje del grupo de mujeres en estudio.

N=76

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	8	11%
Ama de casa	42	55%
Obrera	23	30%
Profesional	3	4%
Total	76	100%

Fuente: Expediente Encuesta

TABLA N°4

Relación del Estado Civil en Frecuencia y Porcentaje del grupo de mujeres en estudio.

N=76

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	12	16%
Acompañada	56	74%
Casada	8	10%
Total	76	100%

Fuente: Expediente Encuesta

TABLA N°5

Relación de la Procedencia en Frecuencia y Porcentaje del grupo de mujeres en estudio.

N=76

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	62	82%
Rural	14	18%
Total	76	100%

Fuente: Expediente Encuesta

TABLA N°6

Relación de las Gestas en Frecuencia y Porcentaje del grupo de mujeres en estudio.

N=76

Gesta	Frecuencia	Porcentaje
Primigesta	31	40%
Bigesta	23	30%
Trigesta	12	16%
Cuadrigesta	2	3%
Granmultigesta	8	11%
Total	76	100%

Fuente: Expediente Encuesta

TABLA N°7

Relación de las Paras en Frecuencia y Porcentaje del grupo de mujeres en estudio.

N=76

Para	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NULIPARA	31	41%
PRIMIPARA	23	30%
MULTIPARA	22	29%
TOTAL	76	100

Fuente: expediente encuesta

TABLA N°8

Relación de Número de aborto en Frecuencia y Porcentaje del grupo de mujeres en estudio.

N=76

Abortos	Frecuencia	Porcentaje
0	70	92%
1	5	7%
2	1	1%
3	0	0%
>4	0	0%
total	76	100

Fuente: expediente encuesta

TABLA N°9

Relación de Número de Controles prenatales en Frecuencia y Porcentaje del grupo de mujeres en estudio.

N=76

Control prenatal	Frecuencia	Porcentaje
1	3	4%
2	12	16%
3	15	20%
4	26	34%
>5	20	26%
Total	76	100%

Fuente: expediente encuesta

TABLA N°10

Relación de la edad Gestacional en Frecuencia y Porcentaje del grupo de mujeres en estudio.

N=76

Edad Gestacional	Frecuencia	Porcentaje
20-22 semanas	28	37%
22 1/7 – 28 semanas	26	35%
28 1/7 – 36 6/7 semanas	14	18%
37- 41 6/7 semanas	7	9%
> 42 semanas	1	1%
Total	76	100%

Fuente: expediente encuesta

TABLA N°11

Relación del antecedente de cervico vaginitis en Frecuencia y Porcentaje del grupo de mujeres en estudio.

N=76

Antecedente de cervico vaginitis	Frecuencia	Porcentaje
Si	46	61%
no	30	39%
Total	76	100%

Fuente: expediente encuesta

TABLA N°12

Características del cuadro clínico del grupo de mujeres en estudio en relación a la frecuencia.

Síntoma	Frecuencia
Secreción vaginal	76
Dolor en bajo vientre	70
Prurito vulvar	70
Irritación vulvar	56
Eritema vaginal	52
Dispareunia	48
Disuria Vulvar	32

Fuente: expediente encuesta

TABLA N°13

Relación de patología agregada a la cervico vaginitis en frecuencia y porcentaje.

N=76

Patología Agregada	Frecuencia	Porcentaje
Infección de vías urinarias	22	29%
Pielonefritis	10	13%
Diabetes	6	8%
RPM	6	8%
Ninguna	32	42%
Total	76	100

Fuente: expediente encuesta

TABLA N°14

Relación de las técnicas utilizadas para hacer diagnóstico de cervico vaginitis en el grupo de mujeres en estudio en frecuencia y porcentaje.

Técnica del Diagnostico	Frecuencia	Porcentaje
Sintomatología clínica	76	100%
Resultado de Laboratorio	28	37%

Fuente: expediente encuesta

TABLA N°15

Relación del Reporte Bacteriológico de las pacientes atendidas con cervico Vaginitis según frecuencia y porcentaje.

N=28

Reporte Bacteriológico	Frecuencia	Porcentaje
<i>Candida</i>	16	57%
Trichomonas	4	14%
Bacteria	8	29%
Total	28%	100%

Fuente: expediente encuesta

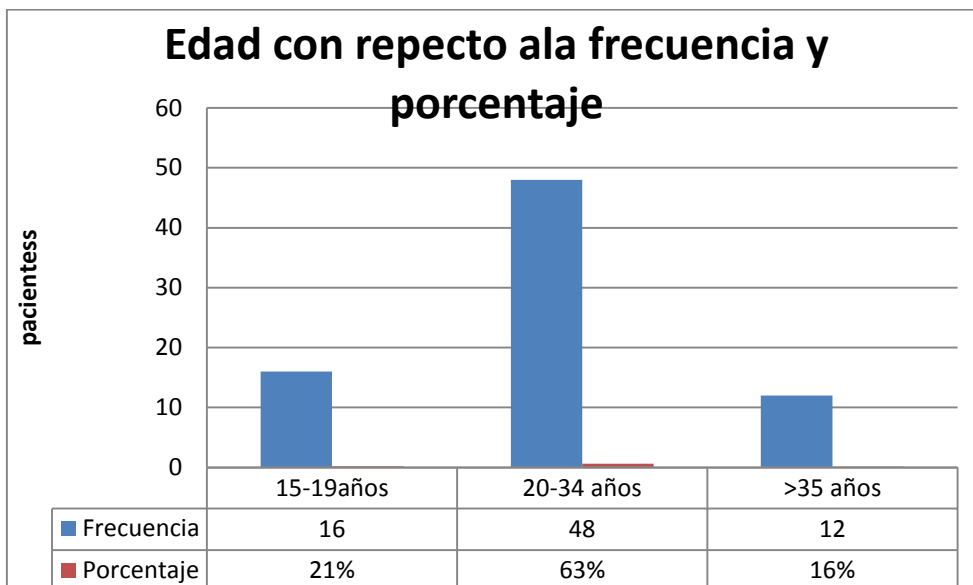
TABLA N°16

Evolución satisfactoria de las embarazadas con respecto a frecuencia y porcentaje.

Evolución satisfactoria del Embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Si	70	92%
No	6	8%
Total	76	100%

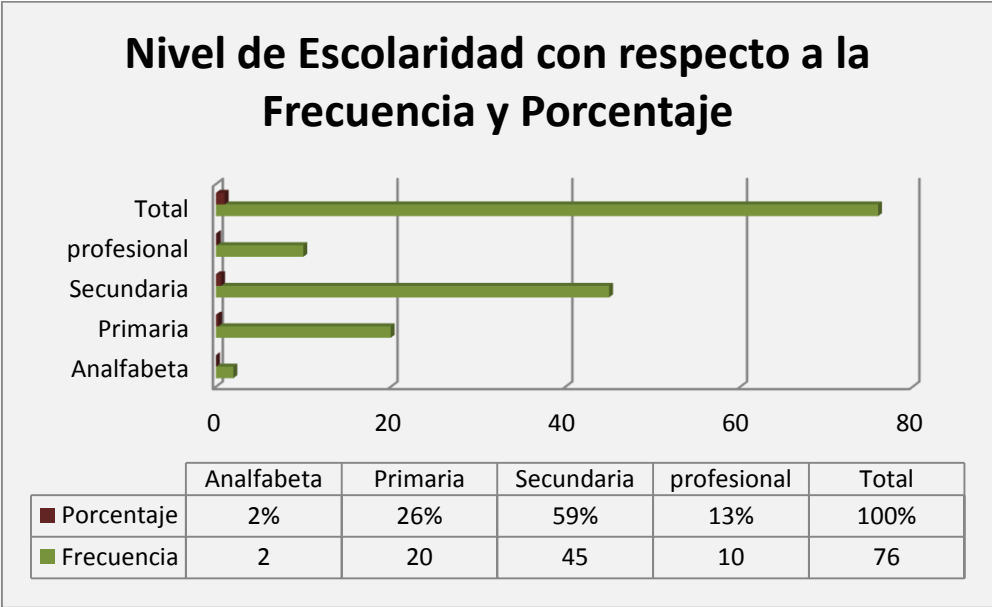
Fuente: expediente encuesta

Gráfico 1: Relación de los Grupos Etáreos en Frecuencia y Porcentaje del grupo de mujeres en estudio.



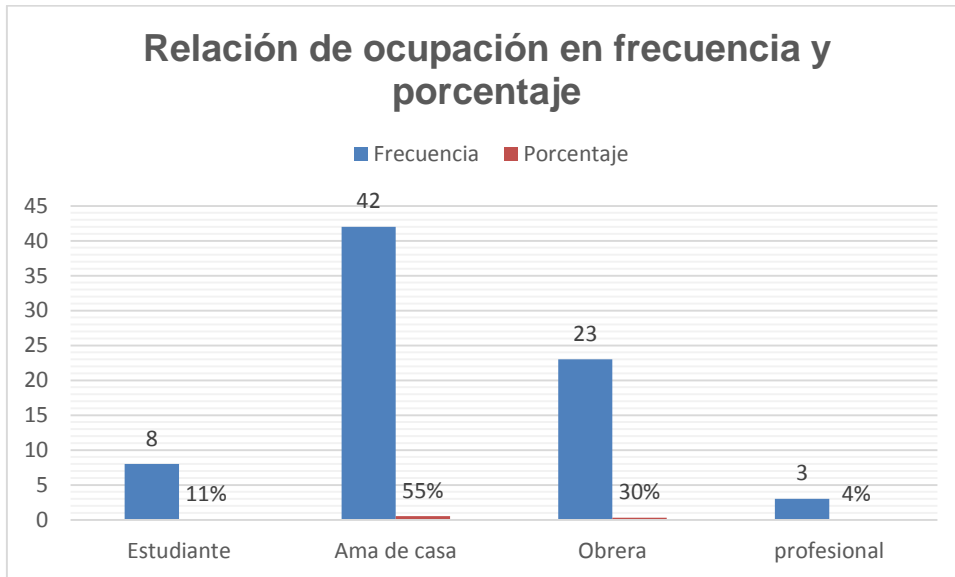
Fuente: Tabla 1

Gráfico 2: Relación de Nivel de Escolaridad en Frecuencia y Porcentaje del grupo de mujeres en estudio.



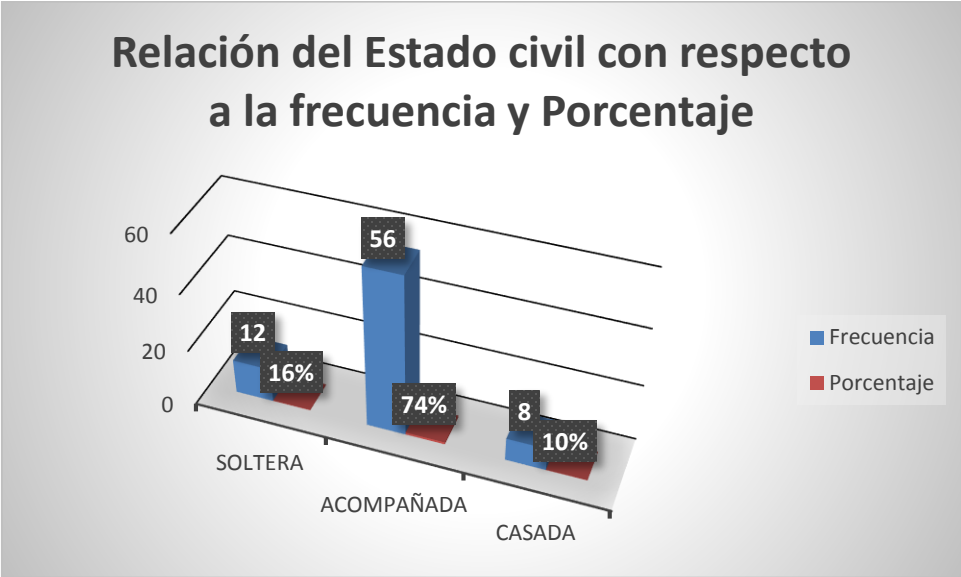
Fuente: tabla 2

Gráfico 3: Relación de Ocupación en Frecuencia y Porcentaje del grupo de mujeres en estudio.



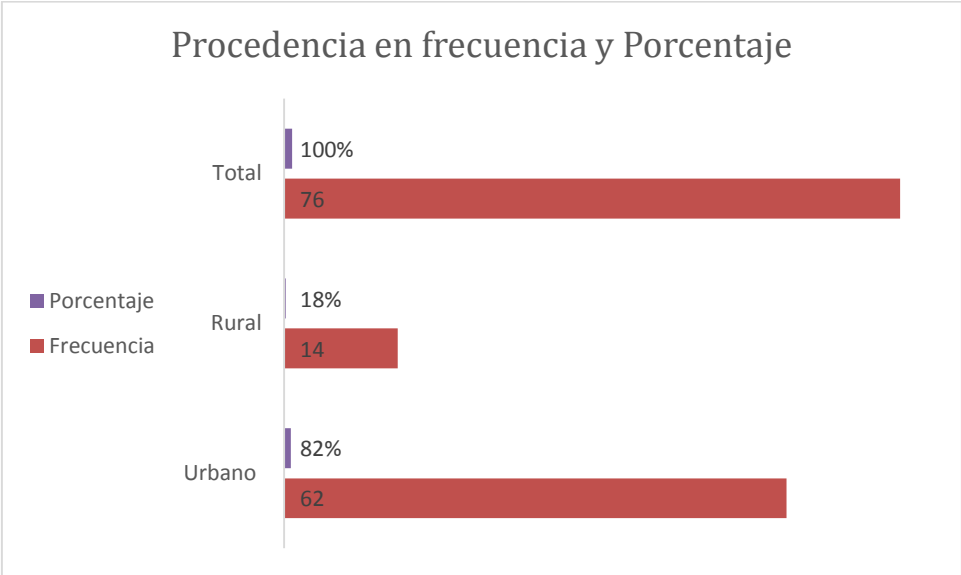
Fuente: tabla 3

Gráfico 4: Relación del Estado Civil en Frecuencia y Porcentaje del grupo de mujeres en estudio.



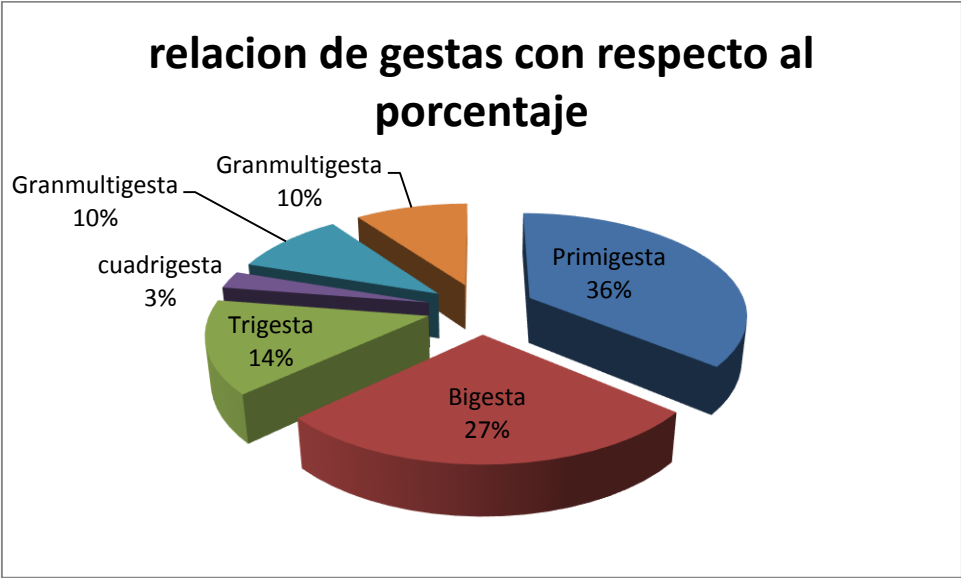
Fuente: tabla 4

Gráfico 5: Relación de la Procedencia en Frecuencia y Porcentaje del grupo de mujeres en estudio.



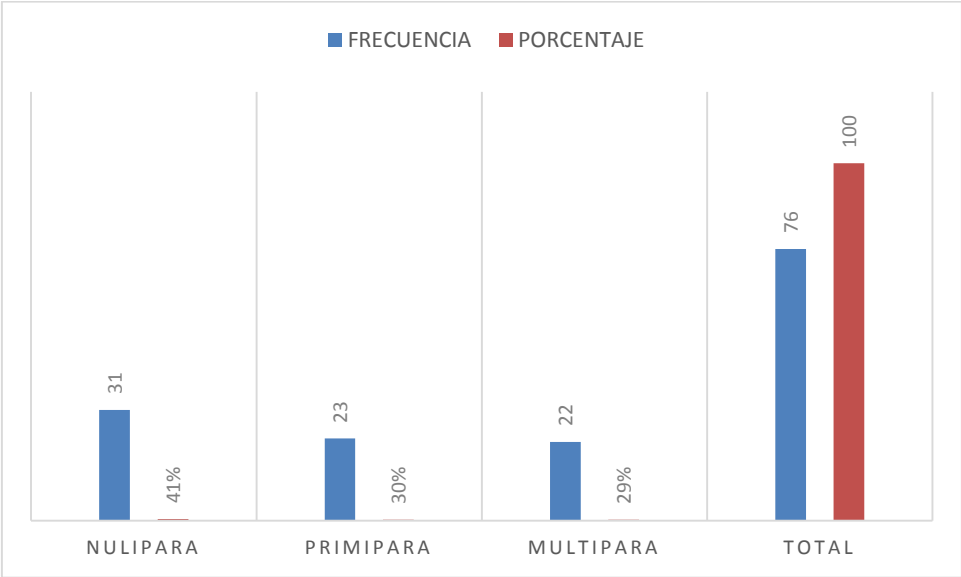
Fuente: tabla 5

Gráfico 6: Relación de las Gestas en Frecuencia y Porcentaje del grupo de mujeres en estudio.



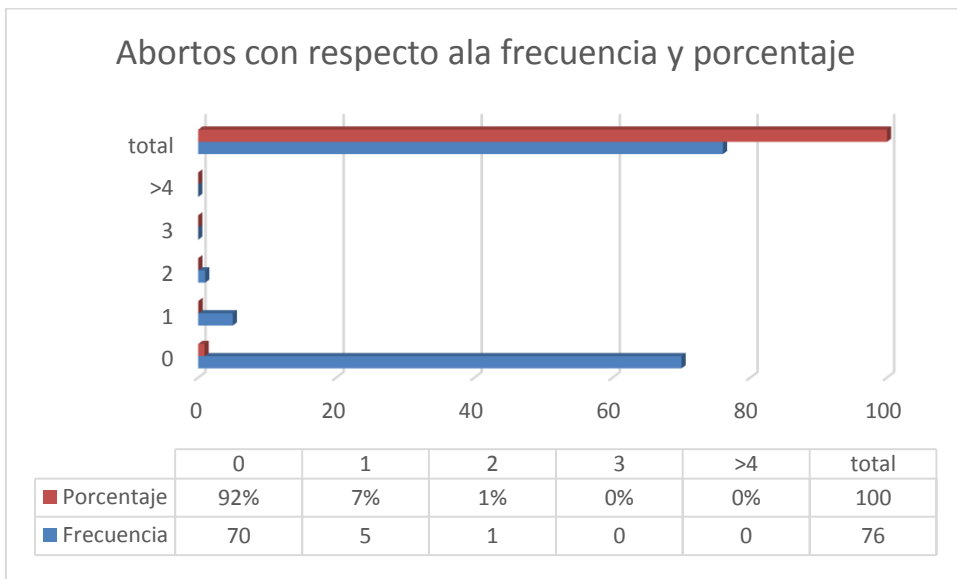
Fuente: tabla 6

Gráfico 7: Relación de las Paras en Frecuencia y Porcentaje del grupo de mujeres en estudio.



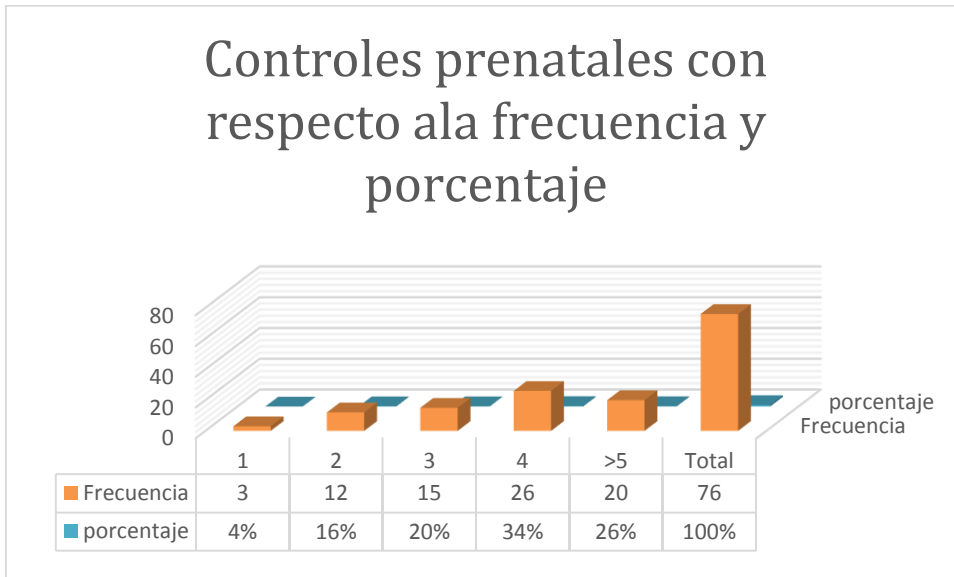
Fuente: tabla 7

Gráfico 8: Relación de Número de aborto en Frecuencia y Porcentaje del grupo de mujeres en estudio.



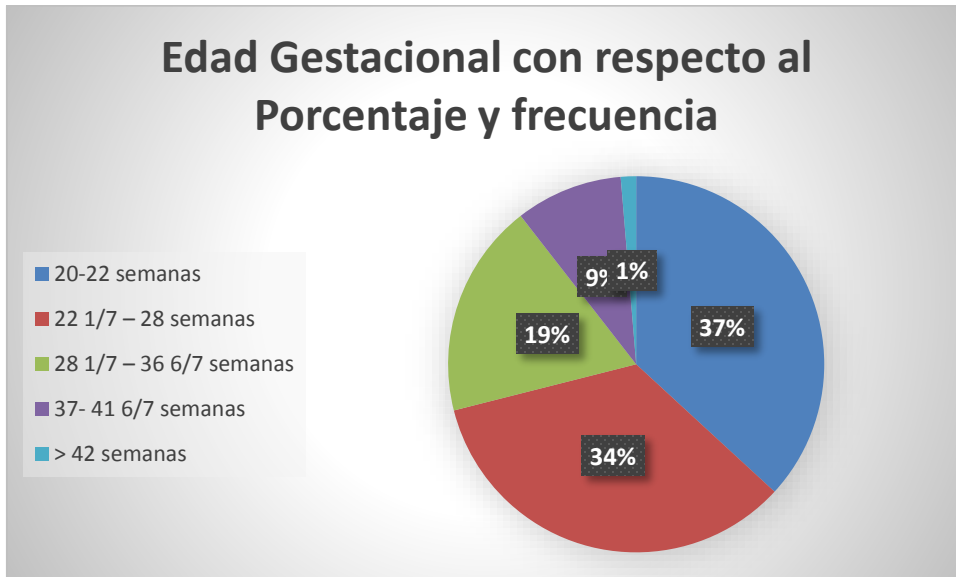
Fuente: Tabla 8

Gráfico 9 Número de Controles prenatales en Frecuencia y Porcentaje del grupo de mujeres en estudio



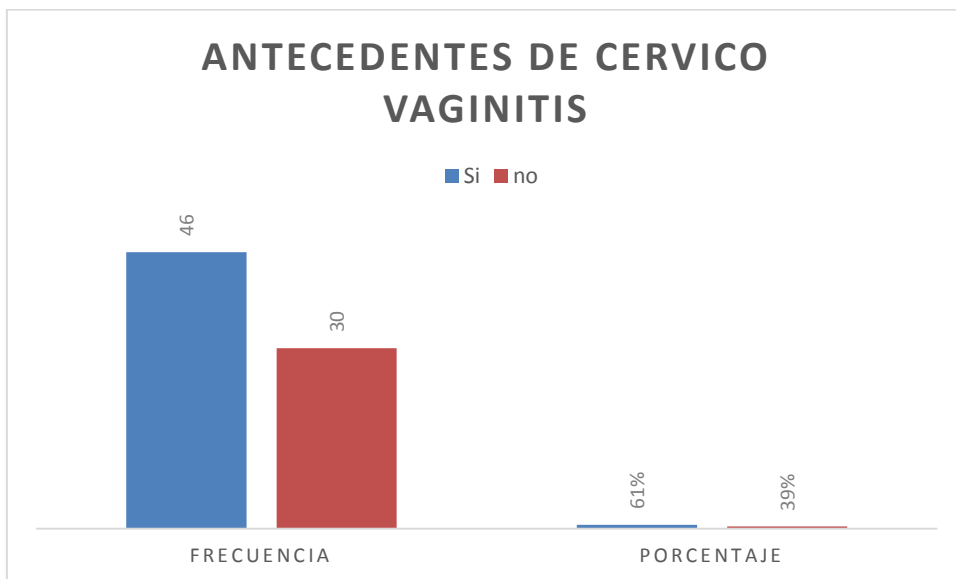
Fuente: tabla 9

Gráfico N°10 Edad Gestacional en Frecuencia y Porcentaje del grupo de mujeres en estudio



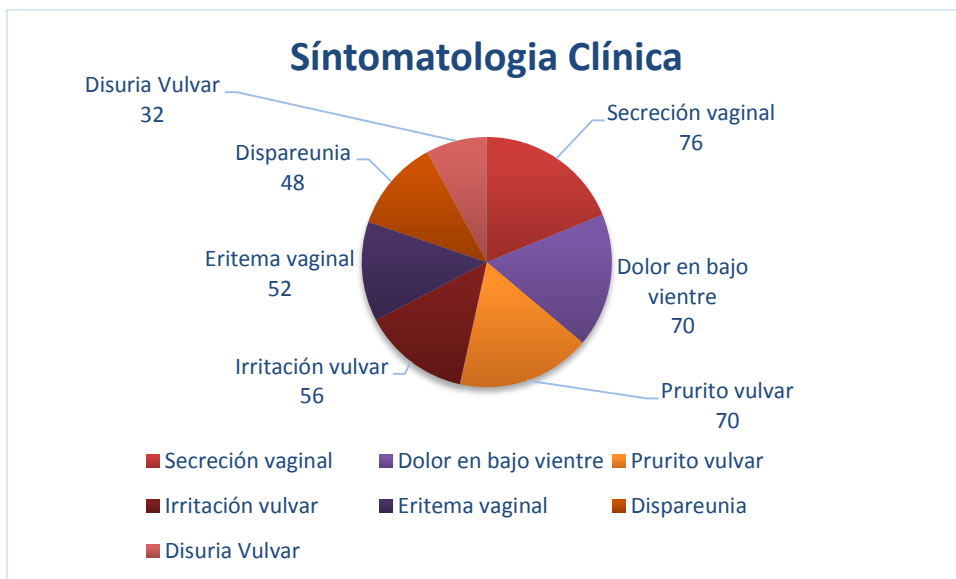
Fuente: tabla 10

Gráfico 11: Relación del antecedente de cervico vaginitis en Frecuencia y Porcentaje del grupo de mujeres en estudio



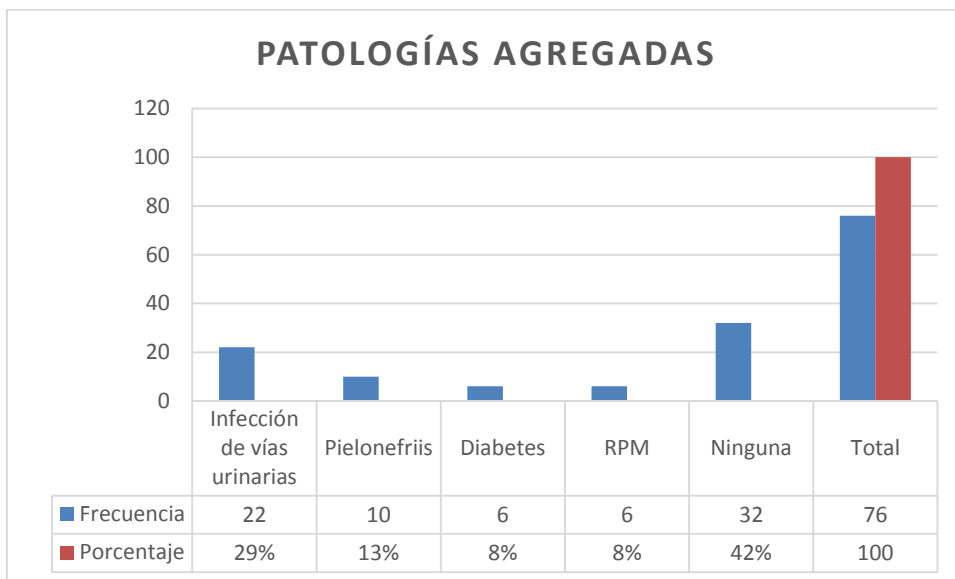
Fuente: tabla 11

Gráfico 12: Características del cuadro clínico del grupo de mujeres en estudio en relación a la frecuencia.



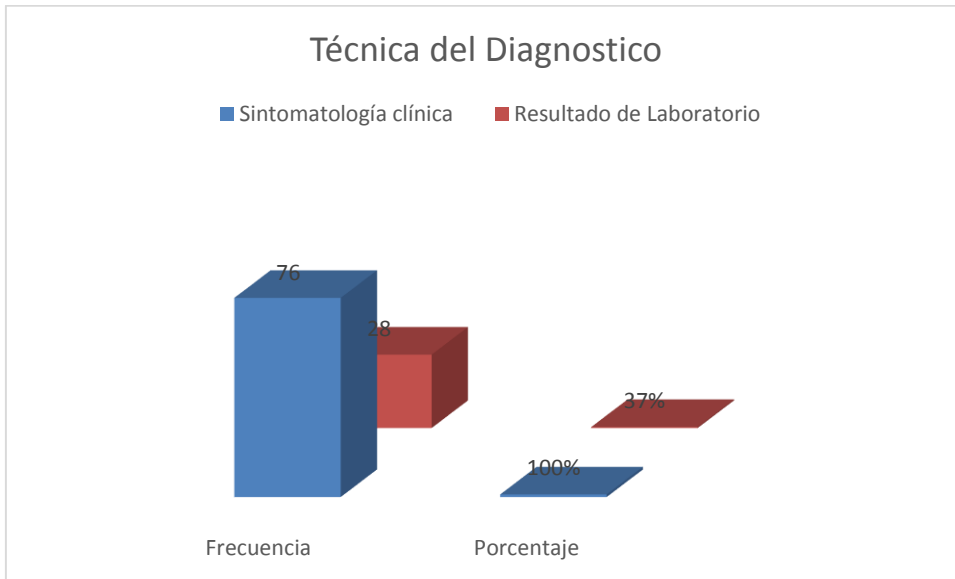
Fuente: tabla 12

Gráfico 13: Relación de patología agregada a la cervico vaginitis en frecuencia y porcentaje.



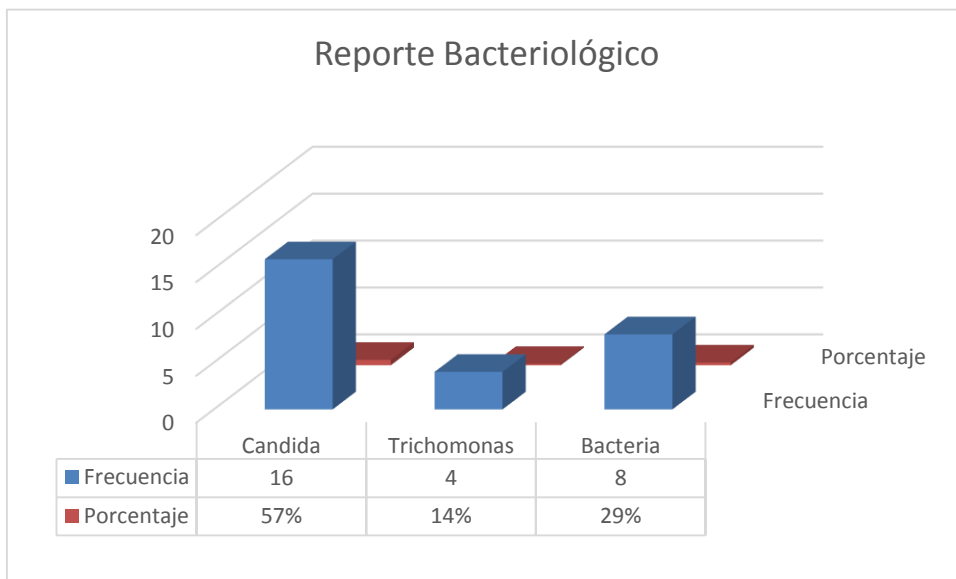
Fuente: tabla 13

Gráfico 14: Relación de las técnicas utilizadas para hacer diagnóstico de cervico vaginitis en el grupo de mujeres en estudio en frecuencia y porcentaje.



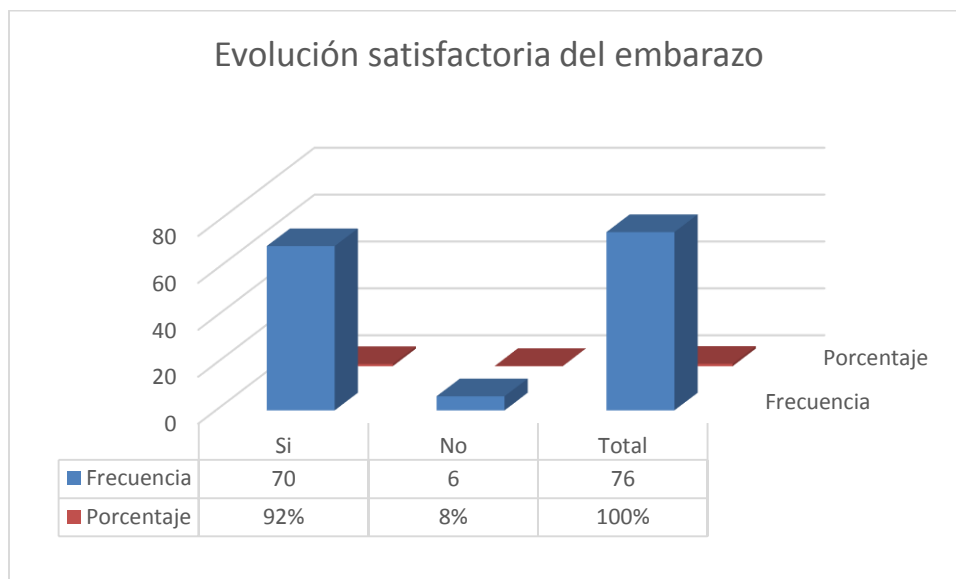
Fuente: tabla 14

Gráfico 15: Relación del Reporte Bacteriológico de las pacientes atendidas con cervico Vaginitis según frecuencia y porcentaje.



Fuente: tabla 15

Gráfico 16: Evolución satisfactoria de las embarazadas con respecto a frecuencia y porcentaje.



Fuente: tabla 16

Ficha de recolección de datos

Datos Generales

Edad: 15-19 años 20-34 años > 35 años

Escolaridad: analfabeta primaria secundaria profesional

Ocupación: Estudiante Ama de casa obrera profesional

Estado civil: soltera acompañada casada

Procedencia: Urbano Rural

Antecedentes Gineco-Obstétricos:

Gesta: Primigesta Bigesta Trigesta Cuadrigesta Granmultigesta

Para: Nu para para para

Aborto: 1 2 3 4 >5

Control prenatal: 1 2 3 4 >5

Semanas de gestación: 20-22 semana 22 1/7 -28 semanas 28 1/7-36 6/7

37-41 6/7 semanas >42 semanas

Antecedente de cervico vaginitis: SI NO

Sintomatología clínica: Secreción vaginal Dolor en bajo vientre

Prurito vulvar Irritación vulvar Eritema vulvar

Dispareunia Disuria vulvar

Patologías agregadas ala cervico vaginitis: NO SI Cual _____

Infección de vías Urinarias
RPM

pielonefritis

Diabetes descompensada

Método diagnóstico

Técnica utilizada para hacer el diagnóstico: Sintomatología clínica

Estudio bacteriológico

Agente causal

Germen: Gardnerella vaginalis

Candida albicans

Trichomonas vaginalis

Evolución de la embarazada:

Evolución satisfactoria del embarazo: SI NO