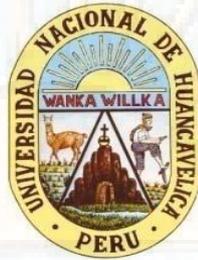


UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
(CREADA POR LEY N°25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



TESIS

**COMPLICACIONES ASOCIADAS A
VULVOVAGINITIS EN GESTANTES ATENDIDAS
EN EL CENTRO DE SALUD PICHARI, 2018 - 2019**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
ENFERMEDADES INFECCIOSAS, EMERGENTES Y
REEMERGENTES**

PRESENTADO POR:

Obsta. IVAN BARRIENTOS MOREYRA

**PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:
EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**

HUANCAVELICA - PERÚ
2020



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad de Huancavelica a las 08:00 horas del día diecisiete del mes de diciembre del año 2020 se reunieron los miembros del Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del Egresado:

BARRIENTOS MOREYRA IVAN

Siendo los Jurados Evaluadores:

- Presidente : Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
- Secretaria : Dr. LEONARDO LEYVA YATACO
- Vocal : Dra. LINA YUBANA CARDENAS PINEDA

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

COMPLICACIONES ASOCIADAS A VULVOVAGINITIS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PICHARI, 2018-2019.

Concluida la sustentación de forma sincrónica, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 340-2020-D-FCS-R-UNH concluyendo a las 08:40 horas. Acto seguido, el presidente del Jurado Evaluador informa al o los sustentantes que suspendan la conectividad durante unos minutos para deliberar sobre los resultados de la sustentación llegando al calificativo de: **APROBADO por UNANIMIDAD.**

Observaciones:

.....

.....

.....

Ciudad de Huancavelica, 17 de diciembre del 2020

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

 Mg. Tula Susana Guerra Olivares
 PRESIDENTE JURADO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

 Dr. Leonardo Leyva Yataco
 SECRETARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

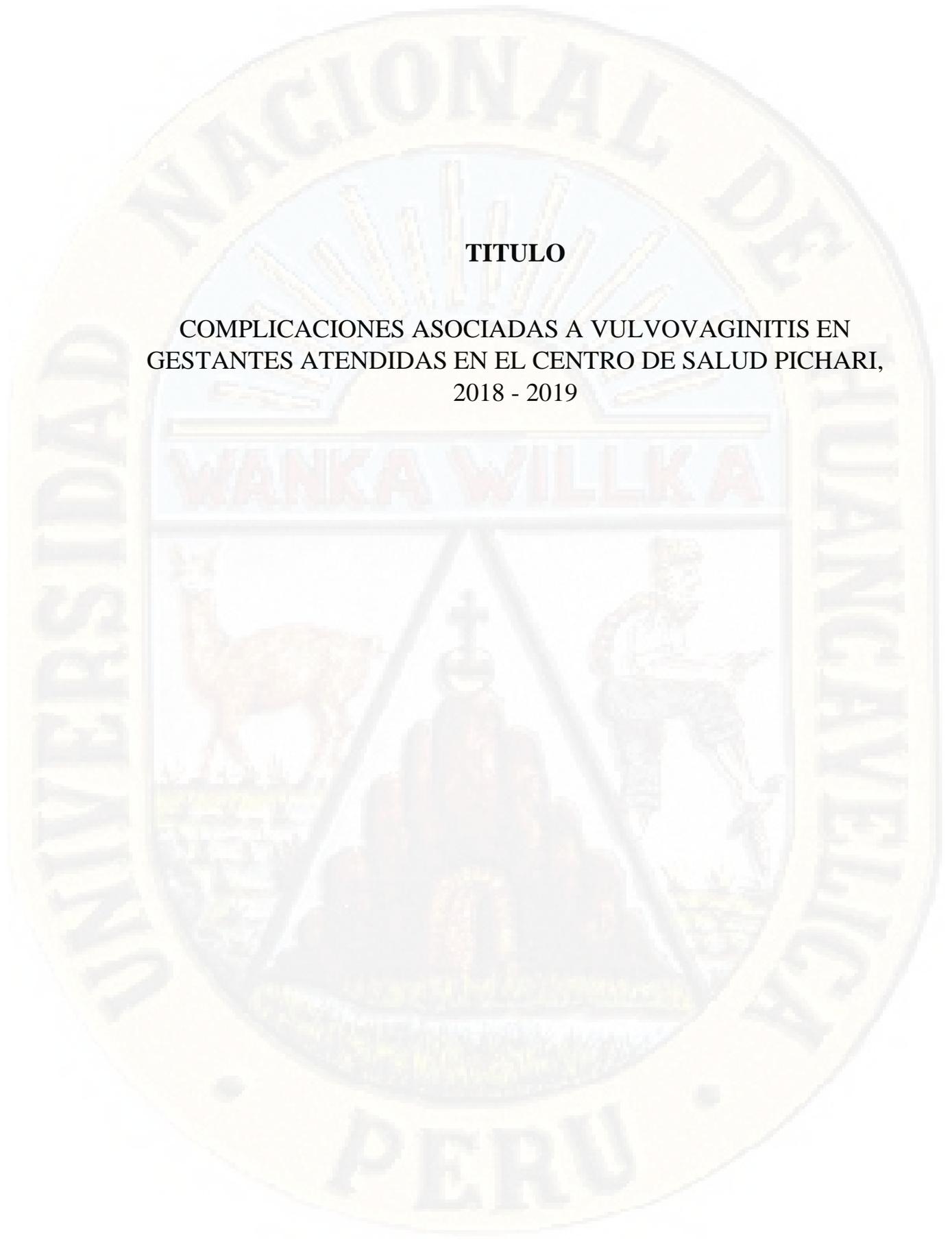
 Dra. Lina Yubana Cardenas Pineda
 VOCAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

 Mg. Tula Susana Guerra Olivares
 DECANO

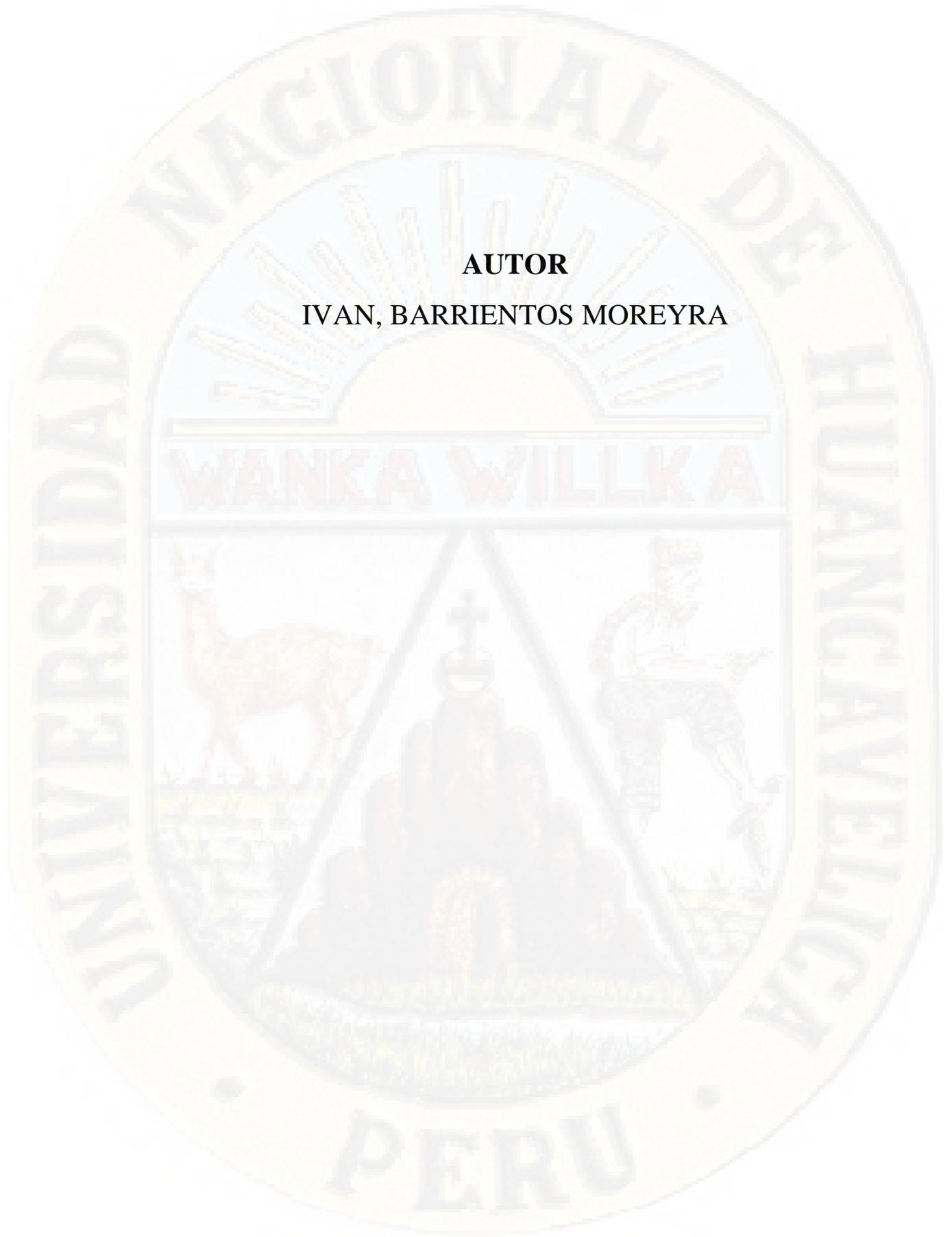
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

 Dr. Leonardo Leyva Yataco
 SECRETARIA DOCENTE
 VºBº SECRETARIA DOC.



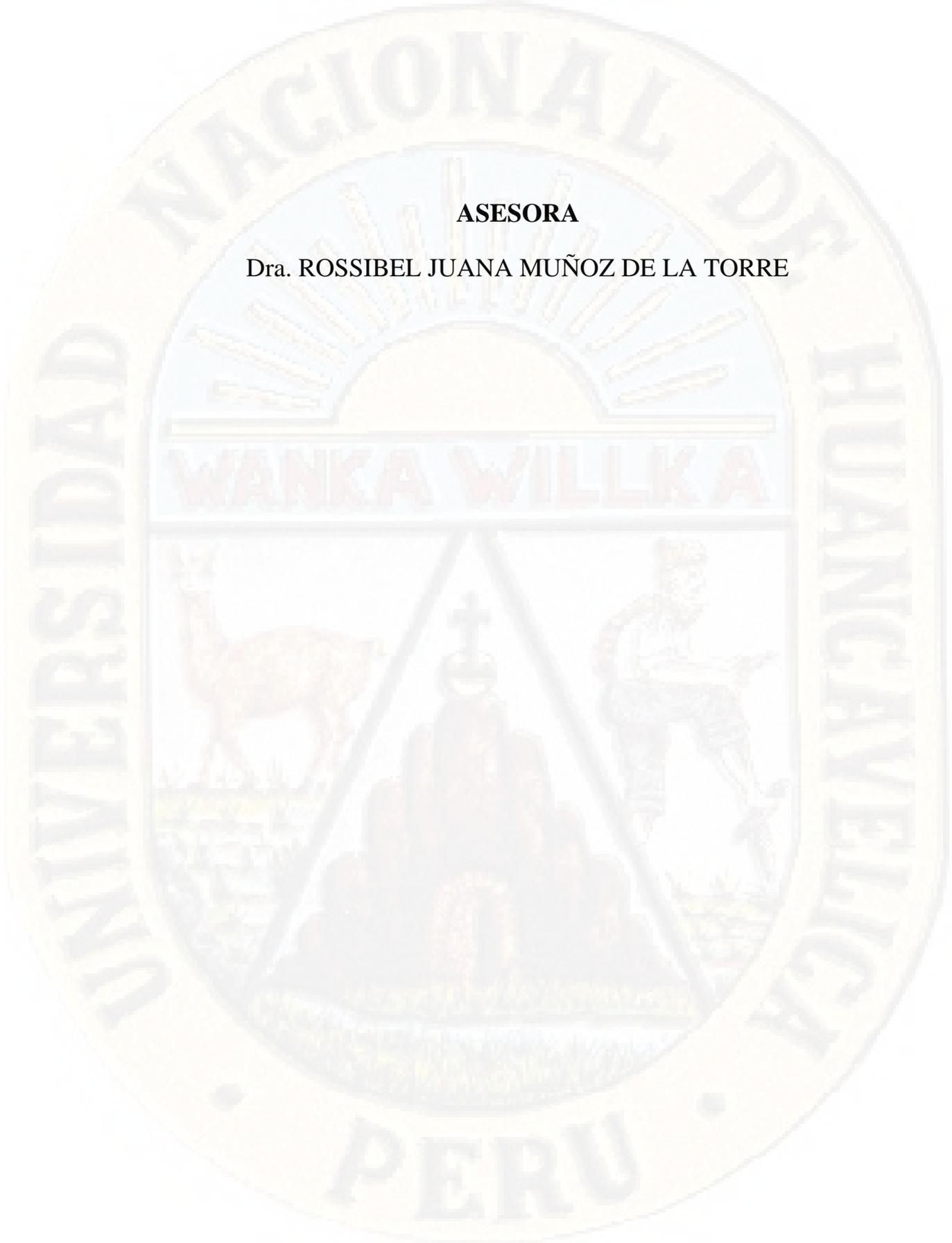
TITULO

**COMPLICACIONES ASOCIADAS A VULVOVAGINITIS EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PICHARI,
2018 - 2019**



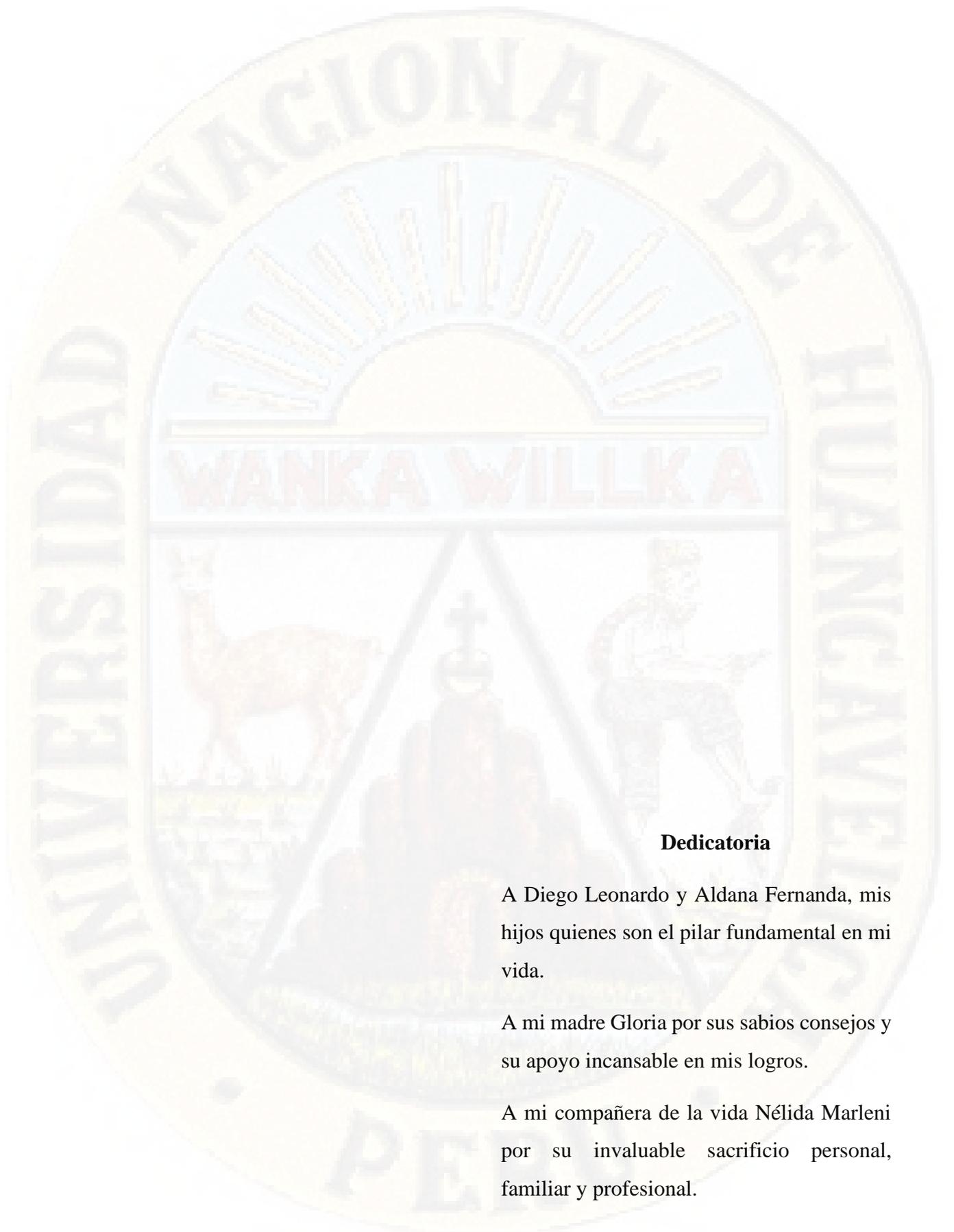
AUTOR

IVAN, BARRIENTOS MOREYRA



ASESORA

Dra. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE



Dedicatoria

A Diego Leonardo y Aldana Fernanda, mis hijos quienes son el pilar fundamental en mi vida.

A mi madre Gloria por sus sabios consejos y su apoyo incansable en mis logros.

A mi compañera de la vida Nélida Marleni por su invaluable sacrificio personal, familiar y profesional.

Iván

Agradecimiento

A la Universidad Nacional de Huancavelica, entidad que permite desarrollarme profesionalmente en bien de la salud materna.

Agradecimiento especial a mi asesora de tesis Dra. Rossibel Juana Muñoz De La Torre por su enseñanza, constancia y apoyo en el desarrollo de este trabajo de investigación.

A mis maestros de la segunda especialidad quienes guiaron mi aprendizaje y llevaron a mejorar mis competencias.

Agradecimiento al Centro de Salud Pichari, mi centro de trabajo o segundo hogar entidad que me impulsa a seguir creciendo y así brindar mejores atenciones profesionales

El autor.

TABLA DE CONTENIDO

Dedicatoria	vi
Agradecimiento	vii
Tabla de contenido	viii
Tabla de contenido de cuadros	x
Resumen	xi
Abstract	xii
Introducción	xiii
CAPÍTULO I	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Fundamentación del problema	15
1.2. Formulación del problema	16
1.2.1. Problema general	16
1.2.2. Problemas específicos	16
1.3. Objetivos de la investigación	17
1.3.1. Objetivo general	17
1.3.2. Objetivos específicos	17
1.4. Justificación e importancia	17
1.5. Limitaciones	18
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación	19
2.2. Bases teóricas	25
2.3. Formulación de hipótesis	32
2.4. Definición de términos	33
2.5. Identificación de variables	34
3.1. Operacionalización de variables	34
CAPÍTULO III	
MATERIALES Y MÉTODOS	
3.2. Tipo de investigación	37
3.3. Nivel de investigación	37
3.4. Métodos de investigación	38

3.5.	Diseño de investigación	38
3.6.	Población, muestra y muestreo	38
3.7.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	39
3.8.	Procedimiento de recolección de datos	40
3.9.	Técnicas de procesamiento y análisis de datos	40
3.2.	Descripción de la prueba de hipótesis	40
CAPÍTULO IV		
DISCUSION DE RESULTADOS		
4.1.	Presentación de resultados	41
4.2.	Proceso de prueba de hipótesis	50
4.3.	Discusión	51
CONCLUSIONES		
RECOMENDACIONES		
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		
APENDICE		
APENDICE A: MATRIZ DE CONSISTENCIA		
APENDICE B: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS		
APENDICE C: VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION		
APENDICE D: AUTORIZACION DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD		

TABLA DE CONTENIDO DE CUADROS

	Pg.
Cuadro N°1 Frecuencia de Vulvovaginitis en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari, durante los años 2018 y 2019.	41
Cuadro N°2 Edad de las gestantes con y sin vulvovaginitis atendidas en el Centro de Salud Pichari, durante los años 2018 y 2019.	42
Cuadro N°3 Grado de instrucción, estado civil y procedencia de las gestantes con y sin vulvovaginitis atendidas en el Centro de Salud Pichari, durante los años 2018 y 2019.	43
Cuadro N°4 Antecedentes gineco obstétricos en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari, durante los años 2018 y 2019.	44
Cuadro N°5 Diagnóstico de la vulvovaginitis en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari, durante los años 2018 y 2019.	46
Cuadro N°6 Complicaciones de la vulvovaginitis en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari, durante los años 2018 y 2019	47
Cuadro N° 7 Complicaciones asociadas a la vulvovaginitis en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari, durante los años 2018 y 2019.	49

RESUMEN

Objetivo, Determinar las complicaciones asociadas a vulvovaginitis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari, durante los años 2018 y 2019. **Materiales y métodos,** estudio analítico, retrospectivo, transversal cuyo diseño fue relacional en la que se aplicó el método inductivo, donde se revisó 226 historias clínicas de gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari donde se incluyeron a gestantes con y sin vulvovaginitis. **Resultados,** 183 gestantes padecieron de vulvovaginitis siendo la vaginosis bacteriana la más frecuente, seguido de la candidiasis en el 20.8% y tricomoniasis el 17.5%; las características personales son de nivel secundaria el 58.4%, conviviente el 81.1%, rural el 77.7%, multiparidad el 64.1%, andria de 1 a 3 el 73.6% y el diagnóstico se realizó en el II trimestre (26 semanas), también hubieron gestantes de 9 ss y 37 semanas; el 75% de las gestantes tenían más de las 22 semanas; las complicaciones frecuentes son amenaza de aborto el 29.1%, amenaza de parto pretérmino el 23.2%, rotura prematura de membranas 5%, RCIU el 9.1% y Bajo peso al nacer el 13%, infección del tracto urinario el 26.1% y ninguna complicación el 64.5%. **Conclusiones,** las complicaciones asociadas a la vulvovaginitis son amenaza de aborto, ITU, amenaza de parto pretérmino y la rotura prematura de membranas, todas con un p – valor menor a 0.05.

Palabras clave: vulvovaginitis, embarazo e ITS, complicaciones de vulvovaginitis.

ABSTRACT

Objective: To determine the complications associated with vulvovaginitis in pregnant women treated at the Pichari Health Center, during the years 2018 and 2019. Materials and methods, an analytical, retrospective, cross-sectional study whose design was relational in which the inductive method was applied, where reviewed 226 clinical records of pregnant women treated at the Pichari Health Center, where pregnant women with and without vulvovaginitis were included. Results, 183 pregnant women suffered from vulvovaginitis, being bacterial vaginosis the most frequent, followed by candidiasis in 20.8% and trichomoniasis in 17.5%; the personal characteristics are of secondary level 58.4%, 81.1% cohabiting, rural 77.7%, multiparity 64.1%, and andria from 1 to 3 73.6% and the diagnosis was made in the second quarter (26 weeks), there were also pregnant women of 9 ss and 37 weeks; 75% of the pregnant women were older than 22 weeks; frequent complications are threat of abortion in 29.1%, threat of preterm birth in 23.2%, premature rupture of membranes 5%, IUGR 9.1% and low birth weight in 13%, urinary tract infection in 26.1% and no complications in the 64.5%. Conclusions, complications associated with vulvovaginitis are threatened abortion, UTI, threatened preterm labor and premature rupture of membranes, all with a p - value less than 0.05.

Key words: vulvovaginitis, pregnancy and STI, complications of vulvovaginitis.

INTRODUCCION

La vulvovaginitis representa el motivo de consulta frecuente cuya causa es multifactorial asociado a factores ambientales, anatómicos o secundarios al hipuestrogenismo propio del proceso de embarazo (2), que ocurre en el 35% de las mujeres sexualmente activas, en el 15% de las gestantes y en el 5% de las pacientes ginecológicas y representan una tercera parte de todas las infecciones vulvovaginales (3).

La prevalencia de infecciones vaginales en el embarazo en los Estados Unidos del 10% al 90% son de origen infeccioso, correspondiendo el 40% a 50% a la vaginosis bacteriana, seguida de la infección por *Candida* el 25% y la tricomoniasis en el 15% (4).

La prevalencia en el Perú, la incidencia es el 28% (5), siendo este valor menor que en el tercer trimestre y mayor que las mujeres adultas en etapa fértil no embarazadas así mismo, se enfatiza que la *Candida albicans* es una especie más frecuente responsable de la candidiasis vulvovaginal (74- 94%).

Estudios refieren que las complicaciones más frecuentes de la vulvovaginitis son el parto pretérmino, colonización del líquido amniótico, inflamación del corión y amnios, rotura prematura de membranas, bajo peso al nacer, endometritis pos parto y aborto e incluso sepsis (8). Sin embargo, la elevada frecuencia de gestantes convive con estas infecciones por ser en su mayoría asintomáticos asociados exclusivamente a exámenes clínicos abordados muchas veces con inexactitud incrementando el riesgo de complicaciones.

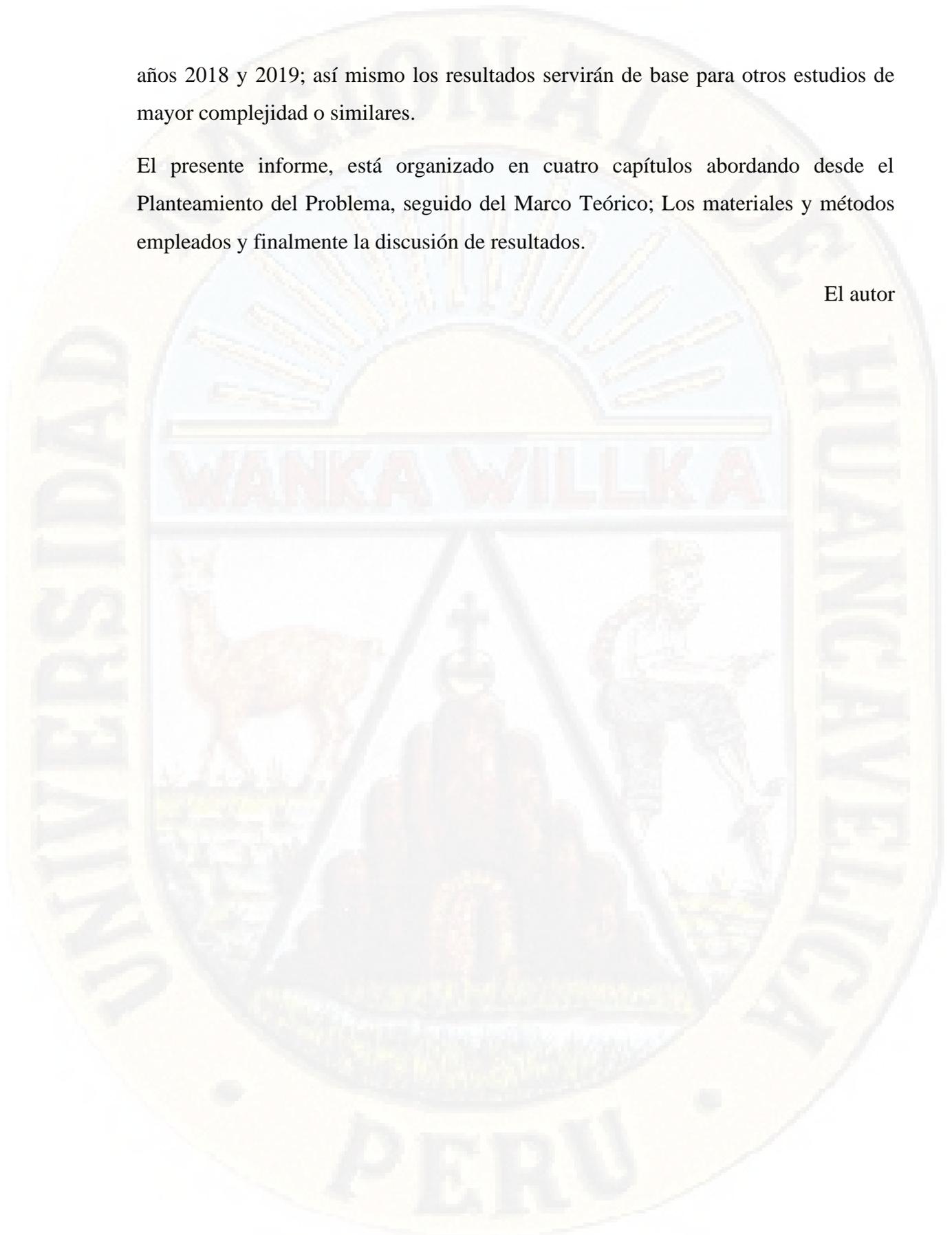
En el Centro de Salud Pichari, las gestantes conviven con estas infecciones y en ocasiones pasan inadvertidas, constituyéndose en una patología relevante después de la anemia e infección urinaria convirtiéndose en un riesgo para la salud del binomio madre niño, algunas con complicaciones que aún no han sido asociadas a las vulvovaginitis.

El objetivo de la presente investigación es determinar las complicaciones asociadas a las vulvovaginitis en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari, durante los

años 2018 y 2019; así mismo los resultados servirán de base para otros estudios de mayor complejidad o similares.

El presente informe, está organizado en cuatro capítulos abordando desde el Planteamiento del Problema, seguido del Marco Teórico; Los materiales y métodos empleados y finalmente la discusión de resultados.

El autor



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentación del problema

La vulvovaginitis son enfermedades del tracto inferior, que pueden presentarse durante la gestación. Los agentes etiológicos más prevalentes son vaginosis, candidiasis, tricomoniasis gonococia y sífilis. Se manifiesta por diferentes grados de inflamación de la vulva, vagina y tejido endocervical ectópico, caracterizada por una triada de síntomas por los cuales las mujeres buscan ayuda médica con dolor vulvovaginal, prurito y ardor, que pueden estar acompañados de flujo vaginal, disuria y dispareunia (1).

La vulvovaginitis representa el motivo de consulta frecuente cuya causa es multifactorial asociado a factores ambientales, anatómicos o secundarios al hipostrogenismo propio del proceso de embarazo (2), que ocurre en el 35% de las mujeres sexualmente activas, en el 15% de las gestantes y en el 5% de las pacientes ginecológicas y representan una tercera parte de todas las infecciones vulvovaginales (3).

La prevalencia de infecciones vaginales en el embarazo en los Estados Unidos del 10% al 90% son de origen infeccioso, correspondiendo el 40% a 50% a la vaginosis bacteriana, seguida de la infección por *Candida* el 25% y la tricomoniasis en el 15% (4); según diversos estudios en el Perú la incidencia es el 28% (5), siendo este valor menor que en el tercer trimestre y mayor que las mujeres adultas en etapa fértil no embarazadas (6); así mismo, se enfatiza que la *Candida albicans* es una especie más frecuente responsable de la candidiasis vulvovaginal (74- 94%) mientras que otras especies son menos frecuentes (7).

La forma más frecuente de las vulvovaginitis es la candidiasis vaginal que puede desarrollarse en el embarazo por motivo de los cambios hormonales y

modificaciones en el PH vaginal que provocan que el cuadro clínico se agrave si no se recurre a tratamientos oportunos.

Diversos autores han sugerido que la vulvovaginitis en el embarazo es un riesgo para el desarrollo de las complicaciones como parto pretérmino, colonización del líquido amniótico, inflamación del corión y amnios, rotura prematura de membranas, bajo peso al nacer, endometritis pos parto y aborto e incluso sepsis (8).

El manejo sintromico para el abordaje de la vulvovaginitis en nuestro país es razonable, porque se adapta a las condiciones locales; sin embargo, la elevada frecuencia de gestantes asintomáticos asociados exclusivamente a exámenes clínicos tiene márgenes de error generando algún grado de inexactitud.

En el Centro de Salud Pichari, las gestantes conviven con estas infecciones y en ocasiones pasan inadvertidas, constituyéndose en una patología relevante después de la anemia e infección urinaria convirtiéndose en un riesgo para la salud del binomio madre niño, algunas con complicaciones que aún no has sido asociadas a las vulvovaginitis.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

- ¿Cuáles son las complicaciones asociadas a vulvovaginitis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari, durante los años 2018 y 2019?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la frecuencia de vulvovaginitis en gestantes atendidas en el Centro de salud Pichari, durante los años 2018 y 2019?
- ¿Cuáles son las características generales de las gestantes con y sin vulvovaginitis, atendidas en el Centro de salud Pichari, durante los años 2018 y 2019?

- ¿Cuáles son los antecedentes gineco obstétricos de las gestantes con y sin vulvovaginitis, atendidas en el Centro de salud Pichari, durante los años 2018 y 2019?
- ¿Cuáles son las complicaciones de las gestantes con y sin vulvovaginitis, atendidas en el Centro de salud Pichari, durante los años 2018 y 2019?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

- Determinar las complicaciones asociadas a vulvovaginitis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari, durante los años 2018 y 2019.

1.3.2. Objetivos específicos

- Estimar la frecuencia de vulvovaginitis en gestantes atendidas en el Centro de salud Pichari, durante los años 2018 y 2019.
- Describir las características generales de las gestantes con y sin vulvovaginitis, atendidas en el Centro de salud Pichari, durante los años 2018 y 2019.
- Describir los antecedentes gineco obstétricos de las gestantes con y sin vulvovaginitis, atendidas en el Centro de salud Pichari, durante los años 2018 y 2019.
- Identificar las complicaciones de las gestantes con y sin vulvovaginitis, atendidas en el Centro de salud Pichari, durante los años 2018 y 2019.

1.4. Justificación e importancia

La vulvovaginitis es la más común de los procesos infecciosos que ocurren en el tracto genital femenino y motivo de consulta ginecológica en gestantes, a menudo muy difícil de erradicar y las recurrencias son frecuentes, afectando directamente la gestación al incrementar los números de abortos espontáneos, rotura prematura de membranas, bajo peso al nacer e infecciones posparto;

considerándola como un problema no solo a nivel internacional sino local en el distrito de Pichari.

El presente trabajo aborda las complicaciones de la vulvovaginitis en gestantes del Centro de Salud Pichari, con la finalidad de contar con información actualizada que proporcione un panorama de complejidades morbilidades materno perinatales para permitan proponer estrategias preventivas, promocionales y de tratamiento oportunos.

Así mismo, los resultados brindan un punto de partida para enfatizar en los controles prenatales en tempranas edades gestacionales para brindar educación preventiva a las gestantes sobre estas infecciones vulvovaginales.

1.5. Limitaciones

La investigación carece de validez externa, toda vez que los resultados son relevante porque se ajustan al contexto sociocultural donde se realizó más no es posible su generalización.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Internacional

Quisintuña (9), en su estudio Infecciones vaginales y su repercusión en complicaciones maternas en gestantes adolescentes del Centro de Salud “Las Piñas” – Milagros, octubre 2018 a abril 2019. El objetivo fue identificar la repercusión de las infecciones vaginales y complicaciones maternas en gestantes adolescentes del Centro de Salud Las Piñas – Milagro, durante el periodo octubre 2018 – abril 2019, Ecuador. La metodología se basó en un enfoque cuantitativo, método inductivo, analítico, observacional y retrospectivo donde se recolectó los datos a través de las historias clínicas de 103 gestantes. Los resultados fueron el 78.6% del nivel secundario, residencia rural el 59.2%, al momento del diagnóstico cursaban el primer trimestre el 59.2%, el segundo trimestre el 36.1% y en el tercer trimestre el 3.9%, fueron primigestas el 73.8% y segundigesta el 26.2%, parto vaginal el 79.6%; las vulvovaginitis frecuentes fueron vaginosis el 66%, candidiasis el 29.1% y tricomoniasis el 4.9%; las complicaciones fueron rotura prematura de membranas el 8.7%, amenaza de aborto el 6.8%, endometritis posparto el 6.8%, y parto pretérmino el 1%; no tuvieron complicaciones el 76.7%. En conclusión, el 80% de las infecciones fueron identificados a través de la clínica, siendo la más frecuente la vaginosis bacteriana presentado en el primer trimestre y la complicación frecuente fue la rotura prematura de membranas.

Zambrano et al (10), en principales agentes de infección vulvovaginal en adolescentes embarazadas en el Cantón ventanas, Ecuador 2019. El objetivo fue identificar los principales agentes causales de infección vulvo vaginal en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Jaime Roldos Aguilera del Cantón de las ventanas, Los Ríos Ecuador. Los materiales y métodos son un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, donde se abordó a 138 embarazadas adolescentes quienes solicitaron atención médica por infección vulvo vaginal. Los resultados fueron gestantes entre los 16 a 19 años de edad, con inicio precoz de las relaciones sexuales, en su mayoría solteras que provenían de hogares disfuncionales; los principales agentes causales de la vulvovaginitis fue candida albicans, tricomoniasis vaginal, gardnerella vaginal y clamidia trachomatis.

Criollo (11), en su estudio sobre Factores de riesgo asociados a la candidiasis vulvovaginal en mujeres embarazadas. El objetivo fue determinar los principales factores de riesgo asociados a la candidiasis vulvovaginal en gestantes atendidas que acuden al control prenatal en la maternidad María de Jesús, periodo 2015 – 2016. La metodología fue un enfoque cuantitativo, retrospectivo de modo que no se manipularon las variables y se describen los fenómenos; se aplicó un estudio histórico de los casos clínicos registrados en mujeres con candidiasis vaginal de la Maternidad durante los últimos cuatros años hasta ese entonces la actualidad, se aplicó un cuestionario a 70 gestantes con diagnóstico de candidiasis. Los resultados fueron el 79% presentó de 24 a 28 años de edad, el 49% de 17 a 19 años; las vulvovaginitis presentaron en su mayoría gestantes que tuvieron asistencia irregular a los controles prenatales; los factores de riesgo fueron la diabetes el 2%, hipertiroidismo 15%, automedicación en el 25%, VIH 2%, la sintomatología frecuente fue el prurito vulvar en el 42%, leucorrea el 56% y eritema vulvar el 15%. Tipo de candidiasis frecuente fue la candida albicans el 65% y candida glabrata el 5%. En conclusión, los factores de riesgo son las asistencias irregulares a los controles prenatales, además de las automedicaciones.

Pino (12), en su estudio Vulvovaginitis Mixta en embarazo. El objetivo fue diseñar un plan de prevención para la disminución de la vulvovaginitis en embarazadas que asisten a la unidad de salud con diagnóstico de infecciones vaginales en el segundo trimestre de 2015. La metodología fue desarrollar un estudio descriptivo de campo, explicativa y aplicada y no experimental, se aplicó el instrumento a 186 gestantes que acudieron a la Unidad Medica Dr. Pomerio Cabrera León, Ecuador. Los resultados fueron, gestantes de 20 a 35 años que iniciaron su vida sexual activa en la adolescencia; los agentes etiológicos de las infecciones vaginales fueron antecedente del uso del DIU, falta de hábitos de higiene vaginal, no dominio del aseo vaginal desde el punto de vista técnico, uso de elementos de riesgo para la aparición de infecciones en el área. Las infecciones frecuentes fueron candidas albicans, la gardenella, vulvovaginitis mixta y la tricomoniasis y la limitada información por las gestantes sobre causas y consecuencias que originan las infecciones vaginales. En conclusión, se requiere un plan educativo para prevención y promoción de la salud.

Anchundia (13), en su estudio de vulvovaginitis, factores de riesgo y complicaciones en pacientes embarazadas. El objetivo es determinar los principales factores de riesgo y complicaciones en pacientes embarazadas con vulvovaginitis. La metodología utilizada fue un estudio no experimental, de corte transversal y observacional, con 92 casos que presentaron infecciones vaginales y recibieron atención en el Hospital universitario de Guayaquil en el área de emergencia de Ginecología y obstetricia, Hospitalización sala 1 y en la consulta externa en los años 2014 y 2015. Resultados, el 58% de las gestantes no tenían protección durante las relaciones sexuales; los métodos anticonceptivos usados fue el preservativo en el 43%, anticonceptivos hormonales el 34%, método del ritmo 10%, el diagnóstico se realizó entre las 27 y 31 semanas el 29%, 32 y 35 ss el 18%, la edad de las gestantes era entre 20 a 35 años en el 36%, y menor a 20 años en el 54%. Las características del flujo vaginal son flujos blanquecinos con flujos en el 50%, amarillo verdoso el 23% y blanca grisácea con olor a pescado el 27%; en las complicaciones

frecuentes se hallaron 8% parto prematuro, 5% de amenaza de aborto y el 5% bajo peso al nacer; 3% rotura prematura de membranas; y el 77% no tuvo complicación alguna. En conclusión, el parto prematuro fue la principal complicación de la vulvovaginitis.

Oviedo (14), en Agentes etiológicos más frecuentes causantes de vulvovaginitis en mujeres embarazadas que asisten al Centro de Salud Perla María Norori durante el periodo octubre 2009 – 2010. El objetivo de determinar los agentes etiológicos más frecuentes causantes de vulvovaginitis en mujeres embarazadas que asistieron al Centro de Salud Perla María Nororí. La metodología, un estudio descriptivo de corte transversal, se tomó como población estudio de 120 pacientes escogidas al azar que acudieron a consulta en el periodo comprendido octubre 2009 a enero de 2010, se les tomó la muestra de flujo vaginal para la realización de examen directo, test de aminas y tinción de gram. Los resultados, se obtuvieron 42 muestras positivas que equivalen al 35%, siendo el más frecuente entre las edades de 21 a 25 años, estando la mayoría de las pacientes en su tercer trimestre del embarazo. Se determinó la candida spp, el agente más común en el 50%, seguido de gardenerella vaginales en el 38%, tricomoniasis vaginal en el 4.7% y candida tricomoniasis en el 2.3%. En conclusión, la vulvovaginitis no debe basarse solo en las características clínicas sino en la confirmación con métodos sencillos de laboratorio.

Duque et al. (15), en su estudio sobre candidiasis vulvovaginal en un grupo de mujeres gestantes de Medellín. EL objetivo fue determinar la prevalencia de levadura del género candida, aisladas de muestras de flujo vaginal de un grupo de gestantes de la ciudad de Medellín y evaluar a sensibilidad a los antifúngicos. La metodología aplicada fue un estudio descriptivo, donde se estudiaron a 300 gestantes que acudieron al control prenatal de diferentes instituciones públicas de salud de Medellín , durante el 2006 a junio de 2007. Los resultados hallados fueron, la prevalencia de candida spp. fue del 33.3%; todos sensibles al fluconazol. Se halló resistencia al itraconazol en 9%. En

conclusión, la *Candida albicans* fue la levadura más frecuente aislada de flujo vaginal, seguida por patógenos emergentes como *Candida parapsilosis* y *Candida tropicalis*.

Heredia et al. (16), en Prevalencia de candidiasis vaginal en embarazadas y sensibilidad a los antifúngicos: el objetivo fue determinar la prevalencia de levaduras aisladas de exudados vaginales de mujeres embarazadas y evaluar la sensibilidad de antifúngicos de uso frecuente. La metodología aplicada fue trabajar con 493 exudados de vaginales en pacientes atendidas en la División de Obstetricia del Hospital José de San Martín de la Universidad de Buenos Aires, 2006; fue un trabajo observacional para la identificación de levaduras. Los resultados fueron la edad promedio de las gestantes fue de 25 años, (16 a 42 años), el 49% cursaba el segundo trimestre de embarazo, el 29% el tercer trimestre y el 22% el primer trimestre. En 139 de 493 muestras estudiadas el 28% se aislaron levaduras; todas las gestantes presentaron síntomas de infección vaginal. La frecuencia de diferentes especies de *Candida* fue en 94 de 139 aislamientos siendo; *C. albicans* 90.4%, *C. glabrata* en el 6.3%, *Candida parapsilosis* 1.1%, *Candida kefyr* 1.1% y *Candida spp* en 1.1%.

Nacional

Morales (17), en su trabajo incidencia y factores asociados a vulvovaginitis en gestantes. El objetivo fue conocer la incidencia de la vulvovaginitis en gestantes atendidas en el Hospital de Kimbiri durante los meses de agosto a octubre de 2016. La metodología fue una investigación aplicada, descriptiva, prospectiva y transversal, estudiadas en 107 gestantes. Los resultados fueron la incidencia de vulvovaginitis en gestantes atendidas en el Hospital de Kimbiri fue de 57.9% de los cuales el 69.4% tuvieron vaginosis bacteriana, seguido de candidiasis vaginal en el 22.6% y solo el 8.1% presentó tricomoniasis vaginal. La edad fue de 20 a 35 años en el 45.8%, en las multíparas el 33.6%, convivientes el 29.9%, de condición media el 43%, con ocupación amas de casa el 48.6%, convivientes el 29.9% y con tres o más parejas sexuales el

38.3%. En conclusión, las vulvovaginitis son frecuentes y la más frecuente es la vaginosis bacteriana.

Pérez y Vásquez (18), en su estudio vaginitis y vaginosis bacteriana en mujeres en edad fértil y gestantes en un Centro de Salud de la Provincia de Chiclayo. El objetivo fue determinar la prevalencia de vaginitis y vaginosis bacteriana atendidas en el Centro de Salud Pósope Alto. Los materiales y métodos, se muestrearon en 90 pacientes en gestantes y en mujeres en edad fértil con diagnóstico clínico de infección del tracto vaginal. Resultados, se determinó la prevalencia de infección vaginal con vaginosis bacteriana en el 66.6%, seguido de hifas micóticas con 22.2% y por último la tricomoniasis vaginalis con un 11.1%. El 36% de las infecciones vaginales fue en gestantes y el 54% en la mujer en edad fértil. En conclusión, un diagnóstico correcto y oportuno de las infecciones vaginales no debe basarse solo en las características clínicas sino en la confirmación con métodos sencillos de laboratorio.

Rado, Mere y García (19), en su estudio sobre Riesgo de las complicaciones de vaginosis bacteriana en gestantes atendidas en el Hospital Arzobispo Loayza. El objetivo fue determinar el riesgo de las complicaciones de la vaginosis bacteriana no tratada en gestantes. La metodología fue un estudio retrospectivo de corte histórica con revisión de historias clínicas de gestantes que acudieron al parto con y sin diagnóstico de vaginosis bacteriana, siendo 130 gestantes con vaginosis bacteriana que no cumplieron su tratamiento y 447 gestantes sin vaginosis bacteriana. Los resultados, en las gestantes que padecieron de vulvovaginitis tuvo riesgo de aborto con $p = 0.01$ y endometritis con p valor de 0.034; no se halló riesgo para parto pretérmino, corioamnionitis, rotura prematura de membranas y bajo peso al nacer. En conclusión, las gestantes con vaginosis bacteriana tienen más riesgo de aborto y de endometritis puerperal por lo que es necesario el diagnóstico y tratamientos oportunos.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Vulvovaginitis

2.2.1.1. Definición

La flora vaginal es un conjunto de microorganismos que viven en el canal vaginal sin causar daño alguno, conocido como la microbiota vaginal, estas bacterias son los lactobacilos acidófilos porque producen ácido láctico y peróxido de hidrógeno, sustancias que regulan el crecimiento de otras bacterias de la microflora vaginal (20). El microbiota vaginal protege a la mucosa vaginal de los microorganismos a través de tres mecanismos (21):

- La adherencia específica al epitelio, que bloquea su asentamiento.
- Producción de compuestos antimicrobianos.
- Co agregación de los agentes patógenos.

El efecto de los lactobacilos sugiere que su instalación podría regenerar el ecosistema vaginal, eliminando de recidivas asociadas al tratamiento de la infección.

Para mantener un ambiente libre de bacterias patógenas el ácido láctico mantiene el PH vaginal es menor a 4.5 con secreciones vaginales que incluyen moco cervical, secreciones trasudadas a través de la pared vaginal y varía la cantidad conforme a la edad, al ciclo menstrual, la excitación, la actividad sexual, embarazo, uso de métodos anticonceptivos y el estado emocional (22).

Las secreciones vaginales normales son indoloras, claras o blancas, viscosas, homogéneas o algo flocúlenas con elementos aglutinados; el pH es menor a 4.5, no fluyen al espéculo, sin neutrófilos polimorfos nucleares (22).

La vulvovaginitis es una inflamación común del tracto genital femenino, específicamente de la vulva y la vagina y tejido

endocervical ectópico; acompañado de síntomas como el prurito, flujo vaginal y escozo; puede acompañarse en algunos casos de dispareunia y disuria; su origen puede ser infeccioso o no infeccioso, aunque más del 50% son infecciosos (23, 24), y aparece por aumento en la virulencia de gérmenes ya existentes en la microbiota vaginal (24).

2.2.1.2. Agentes infecciosos de la vulvovaginitis

Entre las infecciones se destacan las causadas por bacterias, virus, levaduras, virus, parásitos y otros; destacándose las *trichomonas vaginalis*, *cándida spp.*, *gardnerella vaginalis* y las causadas por herpes, gonococos y clamidias (25).

Cuando existe un desequilibrio en el canal vaginal desaparece el efecto protector de los lactobacilos generándose condiciones favorables para que los microorganismos endógenos potencialmente patógenos que se encuentran en la mucosa (26).

2.2.1.3. Clasificación

Los estudios epidemiológicos realizados coinciden en declarar los tres tipos de infecciones vaginales comunes siendo: la vaginosis bacteriana, candidiasis y tricomoniasis.

• Candidiasis vaginal

Hipócrates S. VII antes de cristo, fue el primero en mencionar la afección producida por la candidiasis con la denominación de estomatitis aftosa; fue en el año 1927 el investigador Berkhou propuso el género de *Cándida*.

Es una enfermedad causada por el hongo llamado *cándida* y se puede dar en diferentes causas primaria o secundaria. Este puede afectar solo a la vagina o en situaciones complejas

migra hacia la profundidad de los órganos generando inflamaciones tomando un curso agudo a crónico.

Se caracteriza por la presencia de flujo vaginal blanquecino inodoro como leche cortada, prurito, sensación de quemadura, eritema y edema vaginal (27).

La candidiasis vaginal en el embarazo presentó un alto riesgo de parto pretérmino, se estima que el 75% la padecen y el 40% a 50% desarrollan infección vaginal recurrente.

Las candidiasis se pueden hallar en dos formas:

Levaduras y germinativa; la primera es la responsable de la transmisión y colonización asintomática y la segunda es la forma invasiva identificada en la *Candida albicans*.

✓ **Etiología**

El agente etiológico es el *Candida albicans* que se encuentra en las mucosas del humano y bajo ciertas condiciones se transforma en patógeno.

El paciente con candidiasis tiene alteraciones fisiológicas y de orden inmune que comprometen la integridad de los tejidos con mayor susceptibilidad de micosis, siendo las más frecuentes *Candida dubliniensis*, *Candida glabrata*, *Candida famata*, *Candida krusei*, *Candida lusitanae*, etc (25).

✓ **Cuadro clínico**

Puede ser asintomático en 10% o 20% de mujeres de edad fértil, ardor prurito y vulvar en 83.3%, vulvodinea, sensación de quemadura en el 56.3%, dispareunia y síntomas urinarios como la disuria, polaquiuria y tenesmo.

La presencia de leche cortada en 78.3% de los casos con o sin flóculos y eritema vaginal 54.2%, test de aminas negativo y pH vaginal 4.4 con una variabilidad de -0.7.

La candidiasis comúnmente causa flujo espeso como cuajado, puede o no haber olor desagradable especialmente en la menstruación. En casos muy graves se forman úlceras o infecciones bacterianas en los tejidos lesionados.

✓ **Diagnóstico**

Se toma la muestra de la pared vaginal lateral, puede ser sometida a observación microscópica con KOH al 10% o 20% que permitan reconocer blastoconidias, pseudohifas de candida spp.

✓ **Complicaciones**

La infección intrauterina por candida en la gestación puede complicar el embarazo con parto prematuro y rotura prematura de membranas; si la candidiasis persiste en el periodo expulsivo el neonato puede verse afectado con candidiasis oral.

• **Tricomoniasis vaginal**

Es otra forma de vaginitis, cuyo único hábitat es el hombre, transmitida a través del contacto sexual; representa el 20% de las vulvovaginitis y es asintomático.

En el embarazo y tricomonas representa el 30% de las complicaciones como el aborto, infección de heridas operatorias, endometritis, RPM y bajo peso al nacer.

✓ **Etiología**

Es causado por el parásito unicelular tricomonas vaginales, que es un protozoo flagelado presenta forma ovoideo o piriforme, con un pH alcalino que ofrece de 5 a 7.5 que favorece su reproducción y crecimiento (27).

✓ **Cuadro clínico**

La tricomoniasis es asintomática en el 50% de los casos, una tercera parte de las gestantes se vuelven asintomáticas seis meses después de haber padecido de síntomas como leucorrea abundante, espumosa, fétida y de color amarillo verdoso.

✓ **Diagnóstico**

A la especuloscopia, se observa eritema vagina y cervical “vagina en empedrado y cérvix en fresa” debido a la dilatación de capilares y a las hemorragias puntiformes (28).

El análisis microscópico se considera de elección porque el 50% es asintomático, luego se realiza la tinción gram y si esta no es posible se evalúa los criterios de Amsel.

✓ **Complicaciones**

La tricomoniasis se asocia a adenitis inguinal, piosalpingitis, endometritis, uretritis, enfermedad inflamatoria pélvica, vaginitis, cervicitis. En la gestación, se presenta rotura prematura de membranas, rotura prematura de membranas y el bajo peso al nacer (29).

• **Vaginosis bacteriana**

Constituye uno de los problemas con una frecuencia del 20%; es una enfermedad donde el microbiota vaginal está alterado dando pase a la reproducción excesiva de bacterias. En ocasiones se ve acompañada de flujo vaginal, mal olor, dolor, picazón o ardor.

✓ **Etiología:** los lactobacilos disminuyen y las bacterias anaerobias aumentan, siendo las más abundantes la

gardnerella vaginalis, prevotella spp., mobiluncus spp., ureaplasma y micoplasma hominis (30).

Los microorganismos involucrados producen fosfolipasa A2, iniciándose la síntesis de prostaglandinas a partir del catabolismo del ácido araquidónico trayendo como consecuencia el parto pretérmino. La producción de enzimas virulentas como mucinasa y siálicas por microorganismos cervicovaginales como la gardnerella juegan un rol importante en la perturbación de los mecanismos de defensa cervical e intrauterino, permitiendo el ascenso de los microorganismos en la cavidad uterina favoreciendo la infección (31).

✓ **Cuadro clínico**

Los signos encontrados son secreciones blanquecinas que se percibe después de cada relación sexual acompañado del dolor fétido animado (pescado) debido a la producción de aminas que en combinación con el flujo seminal alcalino favorece al mal olor.

✓ **Diagnóstico**

El 50% de las gestantes padecen de vaginosis bacteriana asintomática. Basados en cuatro características (32):

1. Descarga trans vaginal lechosa de color grisáceo o amarillento.
2. Ph mayor a 4.5
3. Prueba de aminas positiva (olor a pescado)
4. Presencia de células descamativas.

✓ **Complicaciones**

La vaginosis bacteriana por gardnerella vaginalis va en aumento de complicaciones como la enfermedad

inflamatoria pélvica, endometritis, corioamnionitis, rotura de prematura de membranas, parto prematuro además de aborto.

El parto pretérmino y la vaginosis bacteriana se asocian con un OR de 1.3 y 3.3 esta variación depende de la forma de diagnóstico de la infección.

El riesgo de corioamnionitis por vaginosis bacteriana es de 2.19 y el riesgo de presentar endometritis fue de 2.44 veces más que aquellas que no tenían la infección.

2.2.2. Características generales y antecedentes obstétricos de las gestantes

2.2.2.1. Características generales

- **Edad**, se refiere a los años cronológicos cumplidos de la gestante contados a partir del nacimiento.
- **Grado de instrucción**, son procesos educativos alcanzado a través del sistema educativo peruano, que abarca desde el nivel inicial hasta el superior, este último universitario o tecnológico (33).

Analfabeta, cuando no curso ningún grado.

Educación inicial, constituye el primer nivel de la educación básica regular que presta servicio desde los 2 hasta los 5 años.

Educación primaria, considerado el segundo nivel de educación básica regular que dura seis años.

Educación secundaria, es el tercer nivel de educación básica con una duración de cinco años.

Educación superior, destinada a los años siguientes para el logro de competencias pudiendo ser a nivel técnico o profesional.

- **Estado civil**; Es la condición personal en que se encuentra en razón a las obligaciones civiles, porque se crea lazos jurídicos reconocidos sin que sea su pariente adquiriendo deberes y derechos, siendo con unión estable (casada y conviviente) y Sin unión estable (soltera, viuda y divorciada).
- **Procedencia**, Es el lugar de origen donde nace, pudiendo ser urbana y rural; es decir desde la ciudad y la vida desde el campo, respectivamente.
- **Paridad**, se refiere al número de nacidos con un peso mayor a 500 gramos o edad gestacional mayor a 22 semanas. Siendo:
Nuliparidad = 0 partos
Primiparidad = 1 parto
Multiparidad = de 2 a 5 partos
Gran multiparidad = Mayor a 6

2.3. Formulación de hipótesis

H₁: Las complicaciones están asociadas a la vulvovaginitis en gestantes atendidas en el centro de Salud Pichari, durante los años 2018 al 2019.

H₀: Las complicaciones no están asociadas a la vulvovaginitis en gestantes atendidas en el centro de Salud Pichari, durante los años 2018 al 2019.

2.4. Definición de términos

- **Vulvovaginitis:** es la inflamación de la vagina o de la vulva.
- **Gestante:** mujer que concibe un niño (a) en su vientre materno.
- **Vaginosis bacteriana:** es un tipo de inflamación vaginal causada por el crecimiento excesivo que se encuentran en el canal vaginal.
- **Candidiasis vaginal,** es una enfermedad inflamatoria de la vagina, producida por algunas especies de cándida, frecuente en condiciones fisiológicas alteradas que determinan la disminución en la inmunidad local.
- **Tricomoniiasis:** es una enfermedad de transmisión sexual muy común causada por las tricomonas vaginales.
- **Paridad:** referido al número de partos o nacimientos de fetos con peso mayor a 500g o edad gestacional superior a 22 semanas.
- **PAP:** prueba de papanicolau.
- **Amenaza de aborto:** presencia de contracciones uterinas intermitentes con o sin sangrado vaginal.
- **Procedencia:** lugar de origen del nacimiento de una persona.
- **Grado de instrucción,** es el nivel máximo de estudios alcanzados o en proceso.
- **Estado civil,** condición legal de una persona respecto a la otra.

2.5. Identificación de variables

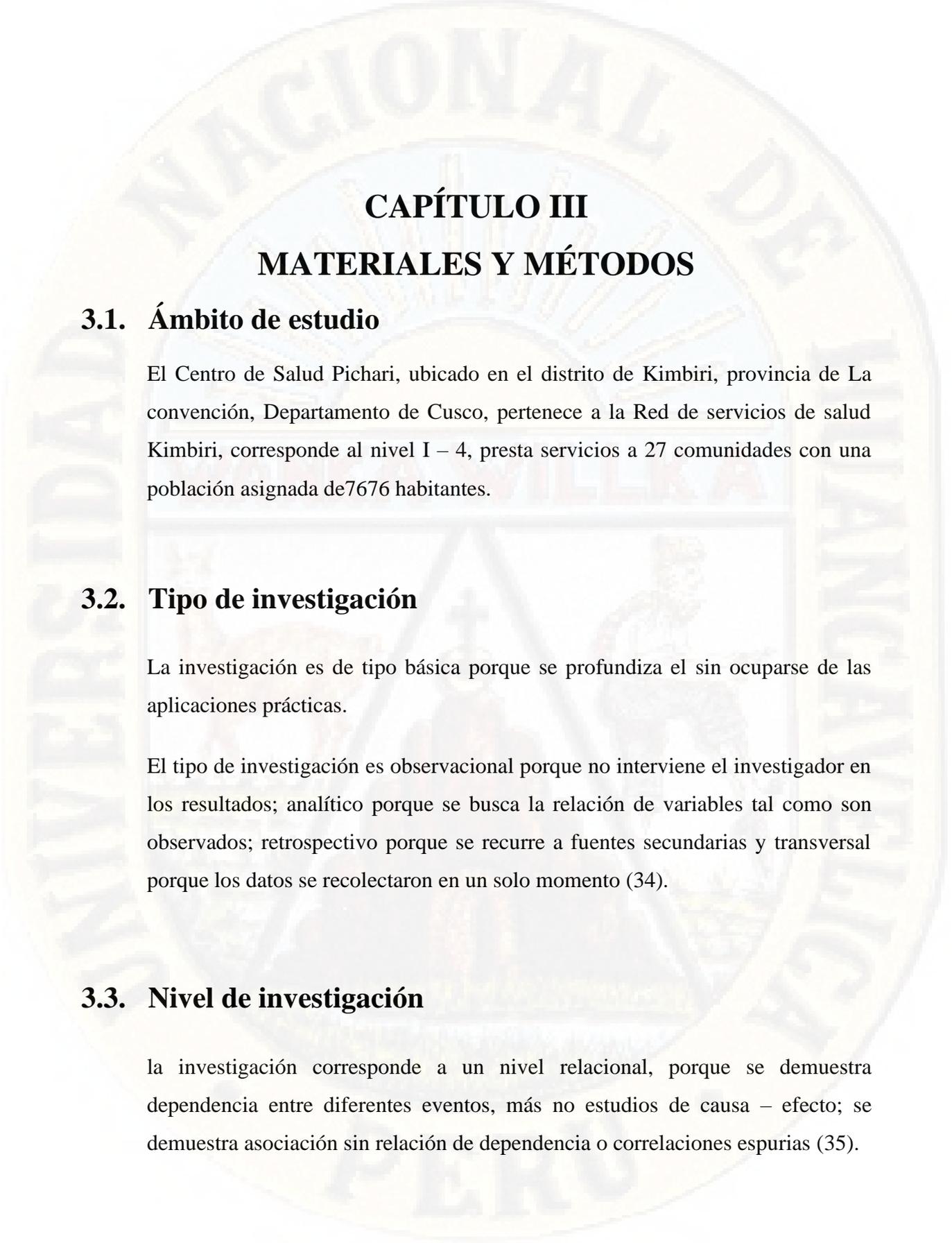
Variable 1: Vulvovaginitis en gestantes.

Variable 2: Complicaciones

3.1. Operacionalización de variables

VARIABLE 1	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA	TIPO DE VARIABLE
Vulvovaginitis en gestantes	Es la inflamación de la vulva o vagina, afectando a las mujeres indistintamente de su condición etarea.	Considera la transcripción de datos de las historias clínicas y demás registros de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari.	Características generales	Tipología	1. Vaginosis bacteriana 2. Candidiasis 3. Tricomoniasis	Nominal
				Edad	4.años	Razón
				Grado de instrucción	1. Ninguna 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior	Nominal
				Estado civil	5. Casado 6. Conviviente 7. Soltera 8. Divorciada	Nominal
				Procedencia	9. Urbana 10. Rural	Nominal
			Antecedentes gineco obstétricas	Paridad	1. Nuliparidad 2. Primiparidad 3. Multiparidad	Ordinal
				1° relación sexual	1. ≤16 años 2. > 16 años	Nominal
				N° parejas sexuales	1. Uno 2. Dos 3. Tres 4. > a tres	Nominal
				MAC (3 meses antes del embarazo)	1. Si () Detalle 2. No ()	Nominal
				Antecedente de aborto	1. Si () 2. No ()	Nominal
				Relaciones coitales semanales durante el embarazo	1. Si () 2. No ()	Nominal

				Dx de vulvovaginitis en semana	3. Semana.....	Nominal
				PAP	1. Normal () 2. Patológico ()	Nominal
VARIABLE 2	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA	TIPO DE VARIABLE
Complicaciones del embarazo	Conjunto de problemas gineco obstétricos que se presenta durante el curso del embarazo, parto y puerperio	Es el registro de problemas gineco obstétricos a causa de la vulvovaginitis en gestantes	Complicaciones	Amenaza d aborto Amenaza de parto pretérmino RPM Corioamnionitis Endometritis RCIU Bajo peso del neonato Ninguna Otras complicaciones	Si () No () Si () No ()	Nominal



CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Ámbito de estudio

El Centro de Salud Pichari, ubicado en el distrito de Kimbiri, provincia de La Convención, Departamento de Cusco, pertenece a la Red de servicios de salud Kimbiri, corresponde al nivel I – 4, presta servicios a 27 comunidades con una población asignada de 7676 habitantes.

3.2. Tipo de investigación

La investigación es de tipo básica porque se profundiza el sin ocuparse de las aplicaciones prácticas.

El tipo de investigación es observacional porque no interviene el investigador en los resultados; analítico porque se busca la relación de variables tal como son observados; retrospectivo porque se recurre a fuentes secundarias y transversal porque los datos se recolectaron en un solo momento (34).

3.3. Nivel de investigación

la investigación corresponde a un nivel relacional, porque se demuestra dependencia entre diferentes eventos, más no estudios de causa – efecto; se demuestra asociación sin relación de dependencia o correlaciones espurias (35).

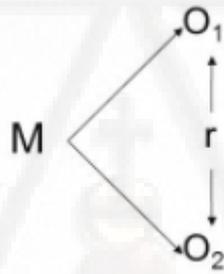
3.4. Métodos de investigación

Los métodos aplicados fueron el método inductivo porque se obtuvo conclusiones generales a partir de premisas particulares; este es un método usual donde se aplica cuatro pasos esenciales primero la observación de los hechos para su registro, la clasificación y estudio de los hechos y la derivación inductiva que parte de los hechos y permitió llegar a una generalización y la contrastación (36).

3.5. Diseño de investigación

El diseño es relacional, porque se recolectó dos conjuntos de datos de un objeto de investigación con la intención de determinar la relación entre los datos recolectados. El esquema es:

Donde:



Donde:

M = gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari

O₁ = vulvovaginitis

O₂ = complicaciones

3.6. Población, muestra y muestreo

3.6.1. Población

Estuvo conformada por todas las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari durante los años 2018 y 2019, siendo un total de 228 gestantes.

3.6.2. Muestra

Estuvo conformada por todas las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari; seleccionados según los criterios de selección; haciendo un total de 226 gestantes.

Criterios de inclusión :

- Gestantes con y sin vulvovaginitis

Criterios de exclusión :

- Gestantes con fetos dobles.

3.6.3. Muestreo

El muestreo fue no probabilístico según criterios de selección.

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

La técnica utilizada fue la ficha el análisis documental porque se aplicó un conjunto de operaciones encaminadas a representar un documento y su contenido bajo una forma diferente de su forma original, con la posibilidad de identificarlo.

Este proceso intelectual da lugar a recurrir a fuentes secundarias donde se realiza un proceso de interpretación y análisis de la información de documentos y registros para luego sintetizarlo (37).

3.7.2. Instrumento

Ficha de registro, elaborada por el investigador y validado cualitativamente a través del juicio de expertos; consta de aspectos generales como edad, estado civil, grado de instrucción, entre otros aspectos, además de los antecedentes gineco obstétricas y las complicaciones asociadas a vulvovaginitis.

3.8. Procedimiento de recolección de datos

Primero: Se solicitó los permisos respectivos a nivel institucional y personal al jefe del Centro de Salud Pichari.

Segundo: Se capacitó a dos investigadores de campo para la recolección de datos de la investigación.

Tercero: Con la debida autorización y capacitación a los investigadores de campo se procede al llenado de la ficha de registro, tomando en cuenta las historias clínicas y demás registros de los años 2018 y 2019.

3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Se ordenaron y codificaron las fichas de registro recolectadas por las investigadoras de campo.

Se procedió a elaborar una base de datos en el spss versión 24.

Se organizó los resultados haciendo uso de la estadística descriptiva presentando las tablas de contingencia con frecuencias absolutas y relativas además de las medidas de tendencia central. Para el contraste de la hipótesis se utilizó la estadística inferencial a través de la prueba no paramétrica.

3.2. Descripción de la prueba de hipótesis

Para establecer la asociación de las complicaciones con las vulvovaginitis durante la gestación, se empleó la prueba no paramétrica chi cuadrado con un IC 95% y nivel de significancia al 0.05 ; este análisis permite identificar la dependencia de variables.

CAPÍTULO IV

DISCUSION DE RESULTADOS

4.1. Presentación de resultados

Cuadro N° 1: Frecuencia de Vulvovaginitis en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari, durante los años 2018 y 2019.

Vulvovaginitis	N°	%
Vaginosis bacteriana	113	61.7%
Candidiasis	38	20.8%
Tricomoniasis	32	17.5%
Total	183	100.0%

Fuente: Registro de atenciones del Centro de Salud Pichari, 2018 y 2019.

En el presente cuadro se observa la frecuencia de vulvovaginitis; del 100% (183) de las gestantes que padecen de vulvovaginitis el 61.7% (113) corresponden a vaginosis bacteriana, seguido de candidiasis con el 20.8% (38) y finalmente la tricomoniasis el 17.5% (32).

Características generales

Cuadro N° 2: Edad de las gestantes con y sin vulvovaginitis atendidas en el Centro de Salud Pichari, durante los años 2018 y 2019.

Unidad muestral	Media	Moda	Mínimo	Máximo	Percentiles		
					25	50	75
183	25	18	18	35	19	22	31
257	26	29	14	39	21	25	33

Fuente: Historias clínicas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari, 2018 y 2019.

En el presente cuadro se observa las edades de las gestantes con y sin vulvovaginitis, siendo las gestantes con vulvovaginitis tenían edades entre 18 y 35 años, la edad promedio de 25 años, además el 75% tiene más de 19 años. En el caso de las gestantes sin vulvovaginitis las edades fluctuaron entre los 14 a 39 años, la edad promedio es 26 años y el 75% tiene más de 21 años.

Cuadro N° 3: Grado de instrucción, estado civil y procedencia de las gestantes con y sin vulvovaginitis atendidas en el Centro de Salud Pichari, durante los años 2018 y 2019.

Características	Vulvovaginitis					
	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
	(183)	(41.6%)	(257)	(58.4%)		
Grado de instrucción						
Ninguno	0	0.0%	17	3.9%	17	3.9%
Primario	18	4.1%	141	32.0%	159	36.1%
Secundario	165	37.5%	92	20.9%	257	58.4%
Superior	0	0.0%	7	1.6%	7	1.6%
Estado civil						
Conviviente	183	41.6%	174	39.5%	357	81.1%
Soltera	0	0.0%	74	16.8%	74	16.8%
Casada	0	0.0%	9	2.0%	9	2.0%
Procedencia						
Urbano	3	0.7%	95	21.6%	98	22.3%
Rural	180	40.9%	162	36.8%	342	77.7%

Fuente: Historias clínicas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari, 2018 y 2019.

En el presente cuadro se observa el grado de instrucción de las gestantes, siendo el secundario en el 58.4% (257), de ellos el 37.5% (165) presentó vulvovaginitis, seguido del nivel primario con el 36.1%, de ellos el 4.1% (18) presentaron vulvovaginitis.

Respecto al estado civil, el 81.1% (357) son convivientes de los cuales el 41.6% (183) corresponden gestantes con vulvovaginitis y el 39.5% sin esta patología; seguido de solteras en el 16.8% (74) todas sin vulvovaginitis y casadas sin vulvovaginitis el 2.0% (9).

La procedencia de las gestantes es rural en el 77.7% (342) de ellas el 40.9% (180) tienen vulvovaginitis y e 22.3% (98) proceden de la zona urbana siendo solo el 0.7% (3) con vulvovaginitis.

Antecedentes Gineco obstétricos

Cuadro N° 4: Antecedentes gineco obstétricos en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari, durante los años 2018 y 2019.

Antecedentes gineco obstétricos	Vulvovaginitis				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Paridad						
Nuliparidad	0	0.0%	66	15%	66	15%
Primiparidad	34	7.7%	25	5.7%	59	13.4%
Multiparidad	147	33.4%	135	30.7%	282	64.1%
Gran multiparidad	2	0.5%	31	7.0%	33	7.5%
1° relación sexual						
≤16 años	183	41.6%	248	56.4%	431	98.0%
> 16 años	0	0.0%	9	2.0%	9	2.0%
Andría						
Uno a tres	112	25.5%	212	48.2%	324	73.6%
Mayor a tres	71	16.1%	45	10.2%	116	26.4%
MAC						
Si (inyectables)	52	11.8%	7	1.6%	59	13.4%
No	131	29.8%	250	56.8%	381	86.6%
Antecedente de aborto						
Si	127	28.9%	19	4.3%	146	33.2%
No	56	12.7%	238	54.1%	294	66.8%
Relación coital semanal en el embarazo						
Si	167	38%	132	30.0%	299	68.0%
No	16	3.6%	125	28.4%	141	32.0%
PAP c/resul.						
Si	101	23.0%	74	16.8%	175	39.8%
No	82	18.6%	183	41.6%	265	60.2%

Fuente: Historias clínicas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari, 2018 y 2019.

En el presente cuadro se observa los antecedentes gineco obstétricos de las gestantes con y sin vulvovaginitis; la paridad predominante es la multiparidad en el 64.1% (282), de ellas el

33.4% (147) tienen vulvovaginitis frente al 30.7% (135) que no tuvo la patología; seguido de la primiparidad en el 13.4% (59) cuyo 7.7% (34) tienen vulvovaginitis.

Respecto a la primera relación coital el 98% (431) menciona que fue a los 16 años o mucho más antes de las cuales el 41.6% (183) padecen de la vulvovaginitis y el 56.4% (248) pues no la padece.

La andría fue de uno a tres en el 73.6% (324) de las cuales el 25.5% (112) tienen vulvovaginitis; así mismo, hubo andrias mayores a 3 con el 26.4% de las cuales el 16.1% (71) tiene vulvovaginitis.

El método anticonceptivo utilizado 6 meses antes del embarazo fue el método hormonal en inyectables solo en el 13.4% (59) de las cuales el 11.8% (52) corresponde a gestantes con vulvovaginitis y el 86.6% (381) no utilizó algún método anticonceptivo.

El antecedente de aborto se presentó en el 33.2% (146) de las gestantes de las cuales el 28.9% (127) padece de vulvovaginitis frente al 4.3% (19) sin la patología.

Respecto a las relaciones coitales durante el embarazo el 68% (299) se mantienen activas semanalmente de las cuales el 38% (167) padece de vulvovaginitis.

La prueba de papanicolao fue realizada en el 39.8% (175) de las gestantes de las cuales el 23% (101) corresponde a las que padece de vulvovaginitis.

Cuadro N° 5: Diagnóstico de la vulvovaginitis en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari, durante los años 2018 y 2019.

Unidad muestral	Media	Moda	Mínimo	Máximo	Percentiles		
					25	50	75
183	26	27	09	37	22	27	31

Fuente: Historias clínicas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari, 2018 y 2019.

El diagnóstico de la vulvovaginitis en la gestación fue a las 26 semanas en promedio, las semanas fluctuaron entre 9 a 37 semanas; el 75% tenían más de 22 semanas, el 50% más de 27 semanas y el 25% más de 31 semanas.

Cuadro N° 6: Complicaciones de la vulvovaginitis en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari, durante los años 2018 y 2019.

Complicaciones		Vulvovaginitis				TOTAL	
		SI		NO		N°	%
		N°	%	N°	%		
Amenaza de aborto	Si	127	28.9%	1	0.2%	128	29.1%
	No	56	12.7%	256	58.2%	312	70.9%
Amenaza de parto pretérmino	Si	64	14.5%	38	8.6%	102	23.2%
	No	119	27.0%	219	49.8%	338	76.8%
Rotura prematura de membranas	Si	19	4.3%	3	0.7%	22	5.0%
	No	164	37.3%	254	57.7%	418	95.0%
RCIU	Si	2	0.5%	38	8.6%	40	9.1%
	No	181	41.1%	219	49.8%	400	90.9%
Bajo peso al nacer	Si	20	4.5%	37	8.4%	57	13.0%
	No	163	37.0%	220	50.0%	383	87.0%
Infección del tracto urinario	Si	76	17.3%	39	8.9%	115	26.1%
	No	107	24.3%	218	49.5%	325	73.9%
Ninguna	Si	66	15.0%	218	49.5%	284	64.5%
	No	117	26.6%	39	8.9%	156	35.5%

Fuente: Historias clínicas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari, 2018 y 2019.

Las complicaciones de las gestantes fueron la amenaza de aborto en el 29.1% (128) de los cuales el 28.9% (127) corresponden a las que tienen vulvovaginitis; seguido de la amenaza de parto pretérmino con el 23.2% (102) donde el 14.5% (64) padece de vulvovaginitis. Otra complicación presentada es la rotura prematura de membranas en el 5% (22) de las cuales el 4.3% (19) padece de vulvovaginitis.

El retardo de crecimiento intrauterino se presentó en el 9.1% (40) de los cuales el 0.5% (2) tenían vulvovaginitis; el bajo peso al nacer también se presentó en el 13.0% (57) donde el 4.5% (20) de las gestantes padecen de vulvovaginitis.

La infección del tracto urinario se halló en el 26.1% (115) de los cuales el 17.3% (76) padecen de vulvovaginitis.

No presentaron ninguna complicación el 64.5% (284) de las cuales el 15% (66) padece de vulvovaginitis y el 49.5% (218) sin esta patología; el 35.5% (156) presentaron complicaciones de las cuales el 26.6% (117) padece de vulvovaginitis y el 8.9% (39) no tiene esta patología.



Cuadro N° 7: Complicaciones asociadas a la vulvovaginitis en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari, durante los años 2018 y 2019.

Complicaciones	Vulvovaginitis				X ² /corrección de Yates	P- valor
	SI		NO			
	N°	%	N°	%		
Amenaza de aborto	127	28.9%	1	0.2%	250.7	0.000
Infección del tracto urinario	76	17.3%	39	8.9%	38.4	0.000
Amenaza de parto pretérmino	64	14.5%	38	8.6%	24.46	0.000
Rotura prematura de membranas	19	4.3%	3	0.7%	25.43	0.000
Bajo peso al nacer	20	4.5%	37	8.4%	1,14	0.28
RCIU	2	0.5%	38	8.6%	35.3	0.062

Fuente: Historias clínicas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari, 2018 y 2019.

Las complicaciones asociadas a la vulvovaginitis son la amenaza de aborto con la corrección de Yates de 250.7 y p – valor de 0.000; la infección del tracto urinario con un X² de 38.4 y p – valor de 0.000; la amenaza de aborto con un X² de 24.46 y p – valor de 0.000 y la rotura prematura de membranas con corrección de Yates de 25.43 y p – valor de 0.000.

4.2. Proceso de prueba de hipótesis

3.2.1. Las hipótesis planteadas fueron:

Hipótesis Nula (H₀) = se refiere a la hipótesis de no asociación, se plantea en forma opuesta a la pregunta de investigación, definida para ser rechazada:

“Las complicaciones no están asociadas a la vulvovaginitis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari, durante los años 2018 y 2019”.

Hipótesis Alterna (H₁) = se refiere a la hipótesis de asociada, se plantea en forma de pregunta científica de interés, definida para ser rechazada:

“Las complicaciones están asociadas a la vulvovaginitis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari, durante los años 2018 y 2019”.

Para el proceso de prueba de hipótesis con un nivel de confianza del 95% y un nivel de significancia del 5%; se tuvo presente dos aspectos:

- Para determinar si existe o no asociación entre factor de exposición al daño, se realizó el contraste de hipótesis con la prueba de chi cuadrado expresando la ocurrencia del evento en función a otras variables que se presume relevante o influyente.

Se aplicó la tabla de contingencia:

	Caso	Control	
Expuestos	a	b	a + b
No expuestos	c	d	c + d
	a + c	b + d	

Cálculo de frecuencias esperadas

a _e	b _e
c _e	d _e

$$ae = \frac{(a + b)(a + c)}{(a + b + c + d)}$$

$$be = \frac{(a + b)(b + d)}{(a + b + c + d)}$$

$$ce = \frac{(c + d)(a + c)}{(a + b + c + d)}$$

$$de = \frac{(c + d)(b + d)}{(a + b + c + d)}$$

$$X^2 = \sum \left(\frac{\text{observado} - \text{esperado}}{\text{esperado}} \right)^2$$

Calcular los grados de libertad, en este caso, son como los dos criterios de clasificación, el grado de libertad (gl) fue calculado de la siguiente manera:

$$gl = (N^\circ \text{ de filas} - 1) * (N^\circ \text{ de columnas} - 1)$$

$$gl = (2 - 1) * (2 - 1)$$

$$gl = 1$$

Para el estudio:

Si $X^2 > 3.84$, el test es significativo (se rechaza H_0) con $p < 0.05$.

El valor – p o significancia estadística es una medida (cuantitativa) de la evidencia en contra de la hipótesis nula.

Así:

$$X^2 = \sum \left(\frac{\text{observado} - \text{esperado} - 0.5}{\text{esperado}} \right)^2$$

En el caso de que el valor de una frecuencia esperada sea menor que 5, recurrimos a la prueba exacta de Fisher.

4.3. Discusión

El estudio se desarrolló con 226 gestantes, de las cuales 183 padecieron de vulvovaginitis en sus tres presentaciones vaginosis bacteriana con el 61.7% (113),

seguido de candidiasis del 20.8% (38) y tricomoniasis el 17.5% (32), similar a los estudios de Quisintuña (9), Ecuador aunque en porcentajes menores pero se mantiene el orden de frecuencias así mismo, Morales (17), Kimbiri – Cusco; halló que el 69.4% tenían vaginosis bacteriana, seguido de candidiasis en el 22.6% y tricomonas el 8.1%; probablemente se deba a cambios hormonales que atraviesa la gestante (lactobacilos disminuyen) indistintamente del lugar siendo más susceptibles a la alteración de la microbiota vaginal con la producción excesiva de bacterias (31); similar también a lo hallado por Anchundia (13), donde las características del flujo vaginal eran blanquecinos en el 50% que corresponde a vaginosis bacteriana, seguido del amarillo verdoso en el 23% y blanca grisácea con olor a pescado en el 27%.

La edad de las gestantes con y sin vulvovaginitis son 25 a 26 años en promedio con edades extremas para las gestantes que desarrollaron la vulvovaginitis de 18 a 35 años, que iniciaron su vida sexual activa a los 16 años o antes en 98% (431), de los cuales el 41.6% (183) corresponde a las que padecían de vulvovaginitis. La andria es de uno a tres en el 73.6% (324), siendo mayor en las que no padecen de la patología en el 48.2% (212) y que mantienen las relaciones coitales durante el embarazo en el 68% (299), de las cuales el 38% (167) corresponden a las gestantes con vulvovaginitis; al respecto los estudios de Heredia et al. (16) identificó edad promedio de los 25 años y Criollo (11), halló edades entre 24 a 28 años en el 79%; con inicio de actividad sexual en la adolescencia; estos resultados probablemente se deba al propio contexto de Pichari, donde la mujer andina rural es sumisa con familias monoparentales sexualmente activas; por tanto la frecuencia de la vulvovaginitis aparentemente no se vería afectada por estas tres variables: inicio de vida sexual, andria y relaciones coitales en el embarazo sino más bien parece ser aspectos de higiene y cuidado durante la actividad sexual que favorece a la proliferación de bacterias y hongos a nivel vulvovaginal, similar a lo que halló Pino (12) donde las gestantes con vulvovaginitis carecían de hábitos en higiene vaginal además del uso de elementos de riesgo para la aparición de infecciones en el área.

El grado de instrucción de las gestantes son secundario en el 58.4%, siendo el 37.5% (165) en gestantes con vulvovaginitis; el 32% (141) de las gestantes sin vulvovaginitis tienen nivel primario; similar a lo estudios de Quisintuña (9) donde

el nivel educativo no es una variable que enmarque diferencia en ambos grupos, puesto que las gestantes indistintamente de su nivel instructivo requieren educación sobre prevención de la vulvovaginitis.

El estado civil de las gestantes, son convivientes en el 81.1% (357); la residencia rural en el 77.7% (342) de ellos el 40.9% corresponde a las que padecían vulvovaginitis y el 36.8% (162) no padecían de esta patología; resultado similar a Quisintuña (9), donde las gestantes con vulvovaginitis viven en la zona rural en el 59.2% y Morales (17) donde el 29.9% eran convivientes; ambos contextos tienen aspectos en común como la dedicación a la agricultura, ganadería y los pocos cuidados sobre la salud además de la tradición de convivencia como mecanismos de que se conozcan las parejas.

El antecedente gineco obstétrico Paridad de las gestantes, es multiparidad el 64.1% (282), de ellos corresponde el 33.4% (147) a las gestantes con vulvovaginitis, no hallándose estudios referentes para la confrontación.

El uso de método anticonceptivo seis meses antes del parto fue el inyectable en el 13.4% (59), de ellos el 11.8% (52) corresponde a las gestantes con vulvovaginitis. El antecedente de aborto fue del 33.2% (146) de los cuales el 28.9% (127) también tenían la patología, no se encontraron estudios al respecto.

La toma de PAP con resultados solo se contó con 39.8% (175) de ellos el 23% (101) padecía de la vulvovaginitis; estos resultados muchas veces es un medio de ayuda en el diagnóstico de las infecciones vaginales; sin embargo, el proceso administrativo para la recepción y entrega de los resultados aun tiene deficiencias en el Centro de Salud Pichari.

La edad gestacional en la que se diagnosticó la vulvovaginitis fue a las 26 semanas, las semanas fluctuaron entre las 9 semanas a las 37 semanas; el 75% de las gestantes tenían más de 22 semanas y el 25% más de 31 semanas de embarazo; resultados similares a Heredia et al. (16), donde el 49% cursaba el segundo trimestre, el 29% el tercer trimestre y el 22% del primer trimestre estos resultados se deberían al incremento de las hormonas propias del embarazo y a los niveles de defensa disminuidos en esta etapa.

Las complicaciones de la vulvovaginitis en las gestantes son amenaza de aborto en el 28.1% (127); amenaza de parto pre término el 14.5% (64), la rotura prematura de membranas en el 4.3% (19) y la infección del tracto urinario en el 17.3% (76); todas con un nivel de significancia al 95%; similar a lo hallado por Rado, Mere y García (19), donde el riesgo de aborto fue con un p -valor menor a 0.01 y endometritis con un p-valor de 0.034 y los datos que se oponen al resultado fueron parto pretérmino, corioamnionitis, rotura prematura de membranas y bajo peso al nacer; estos resultados probablemente se deba a alguna complicación silenciosa que no fue identificada según la clínica ya que algunas de ellas requiere de un análisis de laboratorio, además la tricomona está asociada a endometritis y aborto (29) temporalidad extrema del embarazo donde existe invasión ascendente de estos microorganismos patógenos.

En el caso de las infecciones urinarias asociadas a la vulvovaginitis, es frecuente por la vecindad de la uretra femenina por sus características es más susceptible al paso de agentes que pueden llegar a colonizar el tracto urinario. Ello sustenta la asociación entre estas variables.

Así mismo, no presentaron complicaciones el 15% probablemente ayudó el tratamiento sintromico en la disminución de complicaciones.

CONCLUSIONES

1. La vulvovaginitis se presentó en 183/226 gestantes de las cuales el 61.7% corresponde a la vaginosis bacteriana.
2. Entre las características personales de las gestantes con y sin vulvovaginitis fueron edades promedias similares (25 vs 26 años); el nivel de instrucción fue del 58.4% secundario de ellos el 37.5% corresponde a las gestantes con vulvovaginitis; estado civil conviviente en el 81.1%; procedencia rural en el 77.7%.
3. Las características gineco obstétricas son multíparas en ambos casos, la primera relación coital fue a los 16 años o antes, y el 73.6% tuvieron hasta tres parejas sexuales; el 33.2% tiene antecedente de aborto, el PAP se realizó en el 39.8% y mantiene actividad sexual durante el embarazo el 68%.
4. Las vulvovaginitis fueron diagnosticados a las 26 semanas en promedio.
5. Las complicaciones asociadas a la vulvovaginitis son la amenaza de aborto, amenaza de parto pretérmino, la infección del tracto urinario y la rotura prematura de membranas.

RECOMENDACIONES

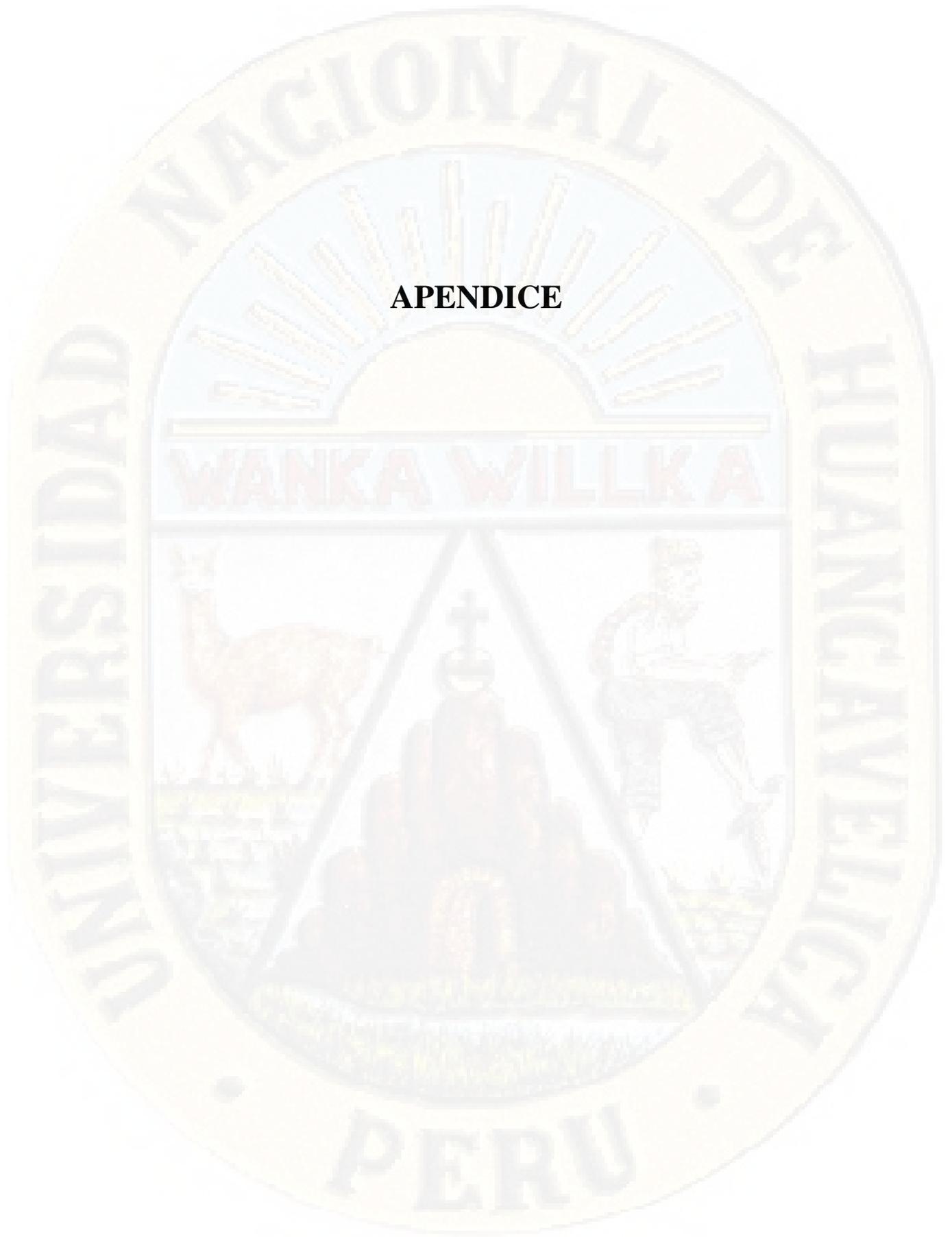
- Al jefe del Establecimiento de salud, mejorar la gestión en el proceso de toma y entrega de resultados del Papanicolau sin descuidar el proceso de gestación.
- Al equipo de Salud del establecimiento desarrollar actividades extramurales que permitan llegar a las gestantes de residencia rural y enfatizar la prevención de infecciones vaginales.
- Al personal Obstetra, educar a las gestantes en higiene vaginal como un hábito; así mismo orientar al uso de preservativos en las relaciones coitales durante el embarazo puesto que es el único mecanismo que protege contra la ITS e infecciones vaginales.
- A todo el equipo de salud brindar educación a toda mujer en edad fértil y sobre todo en las gestantes para la identificación de signos y síntomas de una vulvovaginitis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

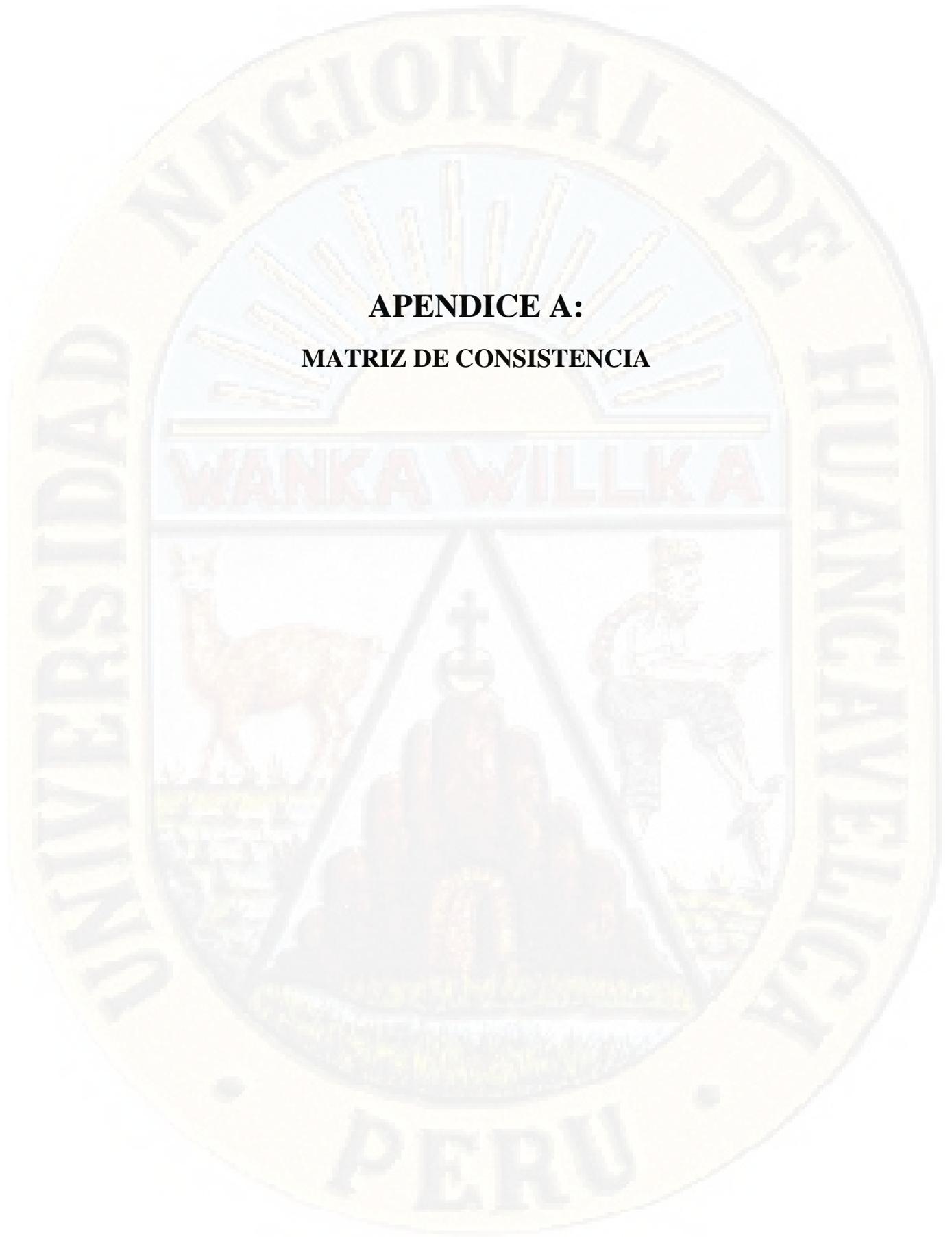
1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. *Obstetricia de Williams*: McGraw Hill Brasil; 2016.
2. Brot C, Menard J-P, Bretelle F. Infecciones cervicovaginales durante el embarazo: recomendaciones. *EMC-Ginecología-Obstetricia*. 2019;55(1):1-11.
3. DE LEÓN NEP. VAGINOSIS BACTERIANA Y AMENAZA DE PARTO PRETERMINO. HOSPITAL NACIONAL REGIONAL DE ESCUINTLA. JULIO-DICIEMBRE 2010: UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA; 2013.
4. Ibarrola M, Benito J, Azcona B, Zubeldía N, editors. *Patología infecciosa: vulvovaginitis, enfermedades de transmisión sexual, enfermedad inflamatoria pélvica, abscesos tubo-ováricos*. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*; 2009: SciELO Espana.
5. Omar A. Gram stain versus culture in the diagnosis of vulvovaginal candidiasis. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*, 7 (6), 925-934, 2001. 2001.
6. Buscemi L, Arechavala A, Negroni R. Estudio de las vulvovaginitis agudas en pacientes adultas, sexualmente activas, con especial referencia a la candidiasis, en pacientes del hospital de infecciosas Francisco J. Muñiz. *Rev Iberoam Micol*. 2004;21(1):177-81.
7. Mujica M, Finkelievich J, Jewtuchowicz V, Iovannitti C. Prevalencia de *Candida albicans* y *Candida no albicans* en diferentes muestras clínicas: Período 1999-2001. *Revista argentina de microbiología*. 2004;36(3):107-12.
8. Meis PJ, Goldenberg RL, Mercer B, Moawad A, Das A, McNellis D, et al. The preterm prediction study: significance of vaginal infections. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1995;173(4):1231-5.
9. Quisintuña Castillo VD, Ortiz Rodríguez DC. Infecciones vaginales y su repercusión en complicaciones maternas en gestantes adolescentes del centro de salud "las piñas"-milagro, octubre 2018-abril 2019: Babahoyo: UTB, 2019; 2019.
10. Mazacón JAZ, Falconi JMO, Delgado VMV, Roca BNM. PRINCIPALES AGENTES CAUSALES DE INFECCIÓN VULVOVAGINAL EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN EL CANTÓN VENTANAS, ECUADOR. *Magazine de las Ciencias: Revista de Investigación e Innovación*. 2019;4(3):55-64.
11. Críollo Apolinario TdJ. Factores de riesgo asociados a la candidiasis vulvovaginal en mujeres embarazadas: Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Graduados; 2016.

12. Pino Gonzaga ML. Vulvovaginitis mixta en embarazo. Elaboración de un plan para su prevención: Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Graduados; 2016.
13. Anchundia Anchundia YM. Vulvovaginitis, factores de riesgo y complicaciones en pacientes embarazadas. Estudio realizado en el Hospital Universitario de Guayaquil. periodo 2014-2015: Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina; 2016.
14. Oviedo Díaz LC, Muñoz Muñoz AdC. Agentes etiológicos más frecuentes de vulvovaginitis en mujeres embarazadas que asisten al Centro de Salud Perla María Norori, durante el periodo octubre 2009-enero 2010 2010.
15. Duque CM, Uribe OL, Soto AF, Alarcón J. Candidiasis vulvovaginal en un grupo mujeres gestantes de Medellín. *Infectio*. 2009;13(1):14-20.
16. Heredia MG, García S, Copolillo E, Eliseth MC, Barata A, Vay C, et al. Prevalencia de candidiasis vaginal en embarazadas: Identificación de levaduras y sensibilidad a los antifúngicos. *Revista argentina de microbiología*. 2006;38(1):9-12.
17. Morales Silvera K, Morales Chávez NM. Incidencia y factores asociados a vulvovaginitis en gestantes. Hospital de Kimbiri-Cusco. Agosto a octubre 2016. 2017.
18. Delgado OP, Zapata YV. Vaginitis y vaginosis bacteriana en mujeres en edad fértil y gestantes en un centro de salud de la provincia de Chiclayo. *Salud & Vida Sipanense*. 2016;3(2):37-42.
19. Rado A, Mere J, García M. Riesgo de las complicaciones de vaginosis bacteriana en gestantes. *Revista peruana de ginecología y obstetricia*. 2001;47(3):177-83.
20. Ahued JRA, Del Castillo CF, Uriza RB. *Ginecología y obstetricia aplicadas: Editorial el Manual Moderno*; 2002.
21. Martín R, Soberón N, Vázquez F, Suárez JE. La microbiota vaginal: composición, papel protector, patología asociada y perspectivas terapéuticas. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2008;26(3):160-7.
22. Pacheco J. *Ginecología y Obstetricia*. 1° ed. edición, editor 1999. 1004 - 29 p.
23. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. *Obstetricia*. 6ª. Ed Buenos Aires-Argentina: El ateneo. 2009.
24. Mohanty S, Xess I, Hasan F, Kapil A, Mittal S, Tolosa JE. Prevalence & susceptibility to fluconazole of *Candida* species causing vulvovaginitis. *Indian Journal of Medical Research*. 2007;126(3):216.

25. Azzam M, Cermeño-Vivas JR, Orellán-García Y, Penna SJ. Vulvovaginitis por *Candida* spp. y *Trichomonas vaginalis* en mujeres sexualmente activas. *Investigación Clínica*. 2002;43(1):03-13.
26. Gamiño-Arroyo AE, Barrios-Ceballos MP, de la Peña LPC, Anaya-Velázquez F, Padilla-Vaca F. Flora normal, probióticos y salud humana. *Acta universitaria*. 2005;15(3):34-40.
27. Miranda Guerra AdJ, Hernández Vergel LL, Romero Rodríguez C. Infección vaginal en gestantes y su incidencia en indicadores seleccionados del Programa Materno Infantil. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2010;26(2):0-.
28. Murray PR, Rosenthal KS, Pfaller MA. *Microbiología médica*: Elsevier Health Sciences; 2017.
29. Coleman JS, Gaydos CA, Witter F. *Trichomonas vaginalis* vaginitis in obstetrics and gynecology practice: new concepts and controversies. *Obstetrical & gynecological survey*. 2013;68(1):43.
30. Molina J, URETA E. *Vaginosis bacteriana*. Universidad Nacional Autónoma de México. 2013.
31. Soper DE. Bacterial vaginosis and postoperative infections. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 1993;169(2):467-9.
32. Menard J-P. Antibacterial treatment of bacterial vaginosis: current and emerging therapies. *International journal of women's health*. 2011;3:295.
33. Romero AA. Breve historia de la educación en el Perú-A brief history of education in Peru. *Apuntes universitarios*. 2016;6(2).
34. Artilles Visbal L, Otero Iglesias J, Barrios Osuna I. *Metodología de la Investigación para las Ciencias de la Salud*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2009:169-81.
35. Supo JA. *Metodología de la Investigación*. Bioestadístico. 2012.
36. Caballero A. *Metodología de la investigación científica*. Editorial Udegraf SA Lima. 2000.
37. Palomino J, Peña J, Zevallos G, Orizano L. *Metodología de la investigación. Guía para elaborar un proyecto en salud y educación* Lima: Editorial San Marcos. 2015.

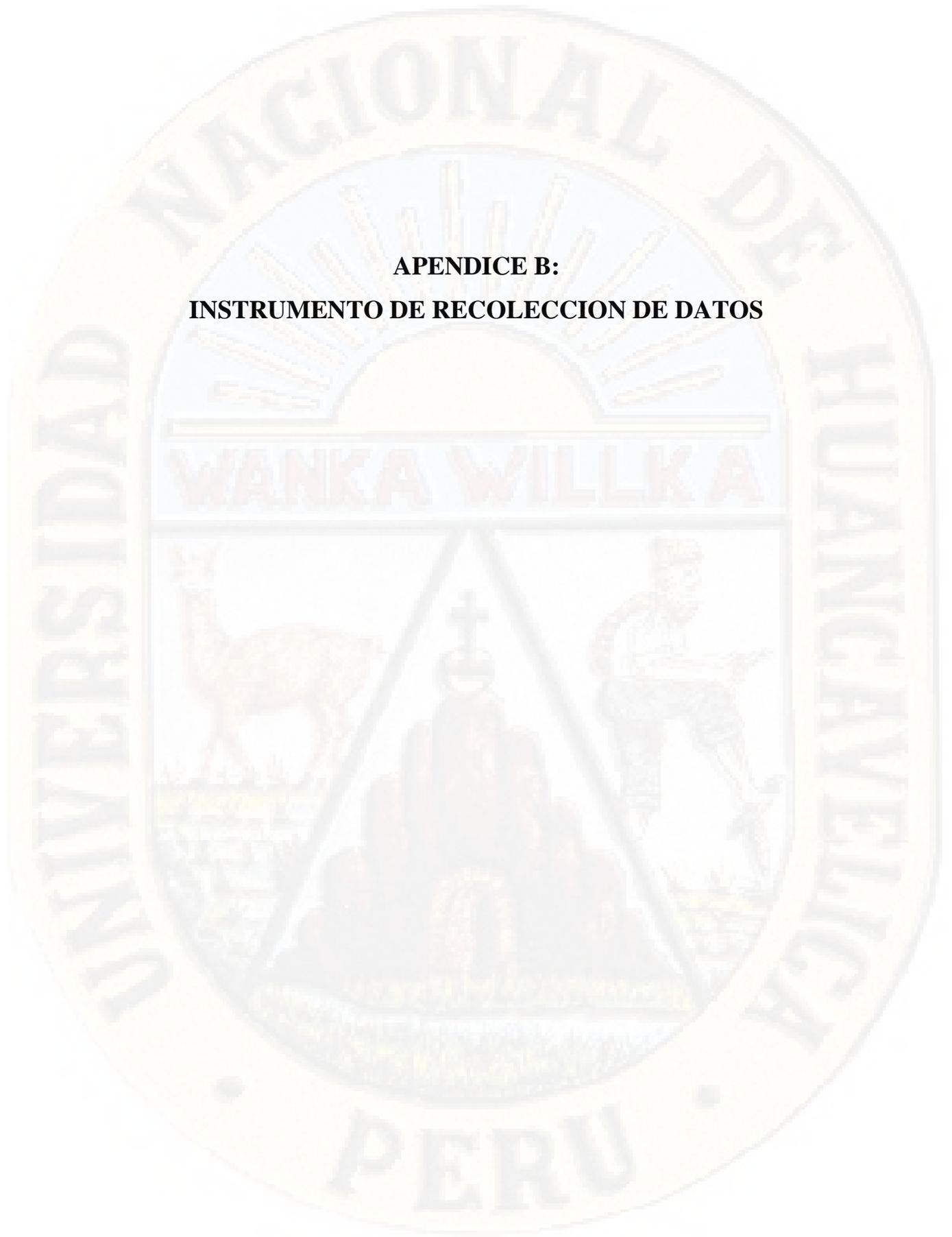


APENDICE



**APENDICE A:
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	METODOLOGÍA
<p>atendidas en el Centro de Salud Pichari, 2018 – 2019?.</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuáles son las complicaciones de las gestantes con y sin vulvovaginitis atendidas en el Centro de Salud Pichari, 2018 – 2019? 	<p>atendidas en el Centro de Salud Pichari, 2018 – 2019.</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar las complicaciones de las gestantes con y sin vulvovaginitis atendidas en el Centro de Salud Pichari, 2018 – 2019. 		Complicaciones	Complicaciones obstétricas	<p>Dx de vulvovaginitis en semana</p> <p>PAP</p> <p>Amenaza d aborto</p> <p>Amenaza de parto pretérmino</p> <p>RPM</p> <p>Corioamnionitis</p> <p>Ninguno</p> <p>Otros</p>	<p>Semanas...</p> <p>Normal ()</p> <p>Patológico ()</p> <p>Si () No ()</p> <p>detalle</p>	<p>Muestra:</p> <p>Estuvo conformado por 226 gestantes atendidas en el C. S. Pichari.</p> <p>Procesamiento de datos</p> <p>Se utilizó la estadística descriptiva e inferencial representada en tablas de contingencia.</p>



**APENDICE B:
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS**



Universidad Nacional de Huancavelica
Segunda especialidad en emergencias y alto riesgo obstétrico

FICHA DE REGISTRO

Instrucciones: Complete la siguiente ficha de recolección de datos acorde a lo hallado en las historias clínicas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari, La convención durante los años 2018 y 2019.

Vulvovaginitis: Si () No ()

Si es Sí: marque el tipo:

Vaginosis bacteriana ()

Candidiasis ()

Tricomoniiasis ()

I. Datos generales

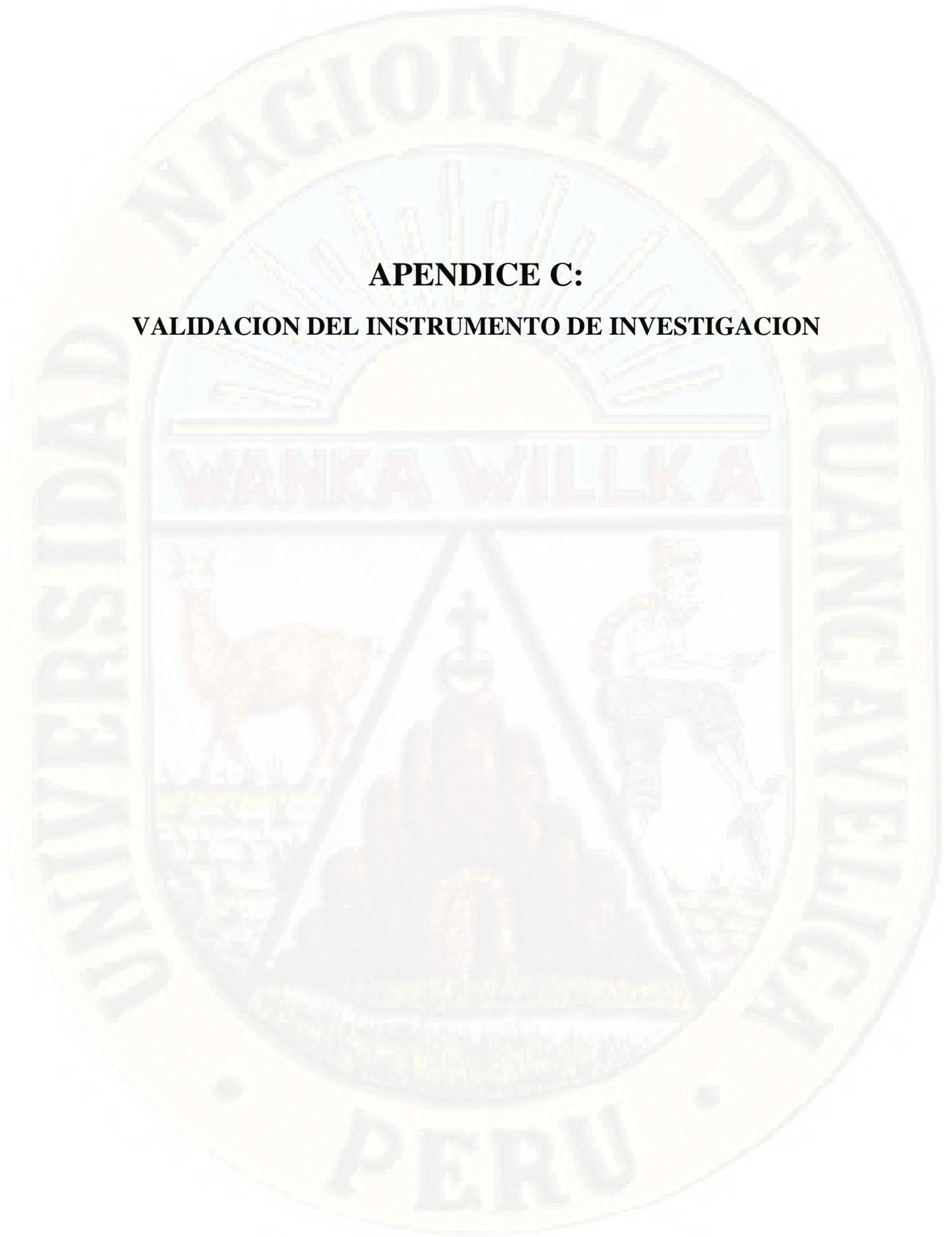
Edad materna: años
Grado de instrucción: Ninguna () Primaria () Secundaria () Superior ()
Estado civil: Casada () Conviviente () Soltera ()
Procedencia: Urbana () Rural ()

II. Antecedentes gineco obstétricas

Paridad: Nuliparidad () Primiparidad () Multiparidad () Gran múltipara ()
1° Relación sexual: ≤ 16 años () > 16 años ()
N° parejas sexuales: Uno () Dos () Tres () > tres ()
MAC tres meses antes del embarazo: Si () No () Si es sí ¿cuál?:.....
Antecedente de aborto: Si () No ()
Relaciones coitales durante el embarazo: Si () No () No registra ()
Semanas de gestación en que se diagnostica la infección vaginal:
PAP: Si () No () Si es sí ¿cuál es el DX?:.....

III. Complicaciones

Amenaza de aborto	Si ()	No ()
Amenaza de parto prematuro	Si ()	No ()
Parto pretérmino	Si ()	No ()
Rotura prematura de membranas	Si ()	No ()
Corioamnionitis	Si ()	No ()
Endometritis	Si ()	No ()
RCIU	Si ()	No ()
Bajo peso del neonato	Si ()	No ()
Ninguna	()	
Otras complicaciones	Si ()	No ()



APENDICE C:

VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(Creada por Ley 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Ficha de evaluación del instrumento de investigación por el criterio de experto o Juez

Instrumento: Ficha de registro

Investigación: Complicaciones asociadas a vulvovaginitis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari, 2018 - 2019.

1. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del Juez : _____
- 1.2. Grado académico : _____
- 1.3. Mención : _____
- 1.4. DNI/ Celular : _____
- 1.5. Cargo e institución donde labora : _____
- 1.6. Lugar y fecha : _____

2. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables.					
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					
4. ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada.					
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.					
6. PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.					
8. COHERENCIA	Entre variables, dimensiones, indicadores e ítems.					
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					
10. APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.					

CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)	↓	↓	↓	↓	↓
	A	B	C	D	E

CALIFICACIÓN GLOBAL: Coeficiente de validez = $\frac{1x A + 2x B + 3x C + 4x D + 5x E}{50}$
= -----

3. **OPINIÓN DE APLICABILIDAD** (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado).

CATEGORÍA		INTERVALO
No válido, reformular	<input type="radio"/>	[0,20 – 0,40]
No válido, modificar	<input type="radio"/>	<0,41 – 0,60]
Válido, mejorar	<input type="radio"/>	<0,61 – 0,80]
Válido, aplicar	<input type="radio"/>	<0,81 – 1,00]

4. **RECOMENDACIONES:**

.....

.....

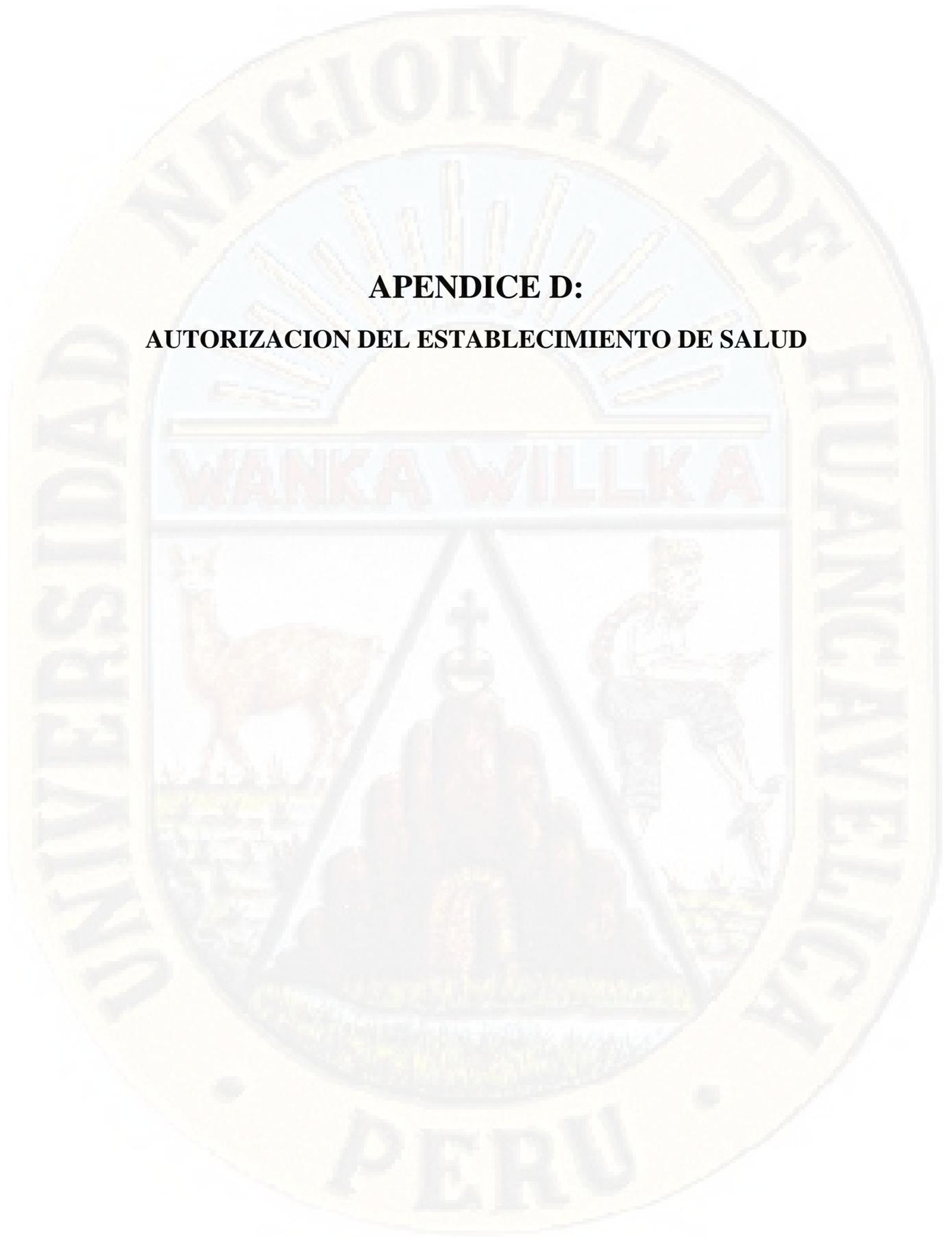
.....

.....

.....

.....

.....
Firma del Juez



APENDICE D:

AUTORIZACION DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
RED DE SERVICIOS DE SALUD KIMBIRI- PICHARI
MICRO RED DE SERVICIOS DE SALUD PICHARI
CENTRO DE SALUD PICHARI



CONSTANCIA

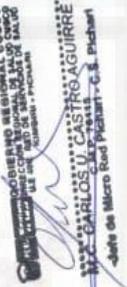
EL QUE SUSCRIBE JEFE DEL CENTRO DE SALUD PICHARI – GERENTE DE MICRORED PICHARI. “UNIDAD EJECUTORA 406 RED DE SERVICIOS DE SALUD KIMBIRI - PICHARI”, MEDIANTE LA PRESENTE HACE CONSTAR QUE:

OBST. IVÁN BARRIENTOS MOREYRA

Identificado con DNI N° 28315018, de Profesión obstetra con COP 17321, quien realizo recolecta de datos de estadística para su trabajo de “INVESTIGACIÓN: COMPLICACIONES ASOCIADAS A VULVOVAGINITIS EN GESTANTES” atendidos en el Centro de Salud Pichari **MICRO RED Pichari “Unidad Ejecutora 406 Red de Salud Kimbiri-Pichari** en los meses de Julio y Agosto del presente año.

Se extiende el presente documento a solicitud del interesado para los fines que estime por conveniente.

Pichari, 27 de Noviembre del 2020.



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
RED DE SERVICIOS DE SALUD KIMBIRI- PICHARI
MICRO RED DE SERVICIOS DE SALUD PICHARI
CENTRO DE SALUD PICHARI
DR. CARLOS U. CASTRO GUIRRE
Jefe de Micro Red Pichari - C.S. Pichari