

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, UNAN-MANAGUA



## INFORME FINAL TESIS MONOGRAFICA PARA OPTAR AL TITULO DE MEDICO Y CIRUJANO

“Comportamiento de las cervicovaginitis en embarazadas de la segunda mitad del embarazo ingresadas al servicio de ARO en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo primer semestre 2018”

Autores:

- Br. María Chavarría Aguilera
- Br. Yasser Larios Martínez

Tutor:

Dr. José de los Ángeles Méndez´

Msc. Salud Publica y epidemiologia

Gineco-Obstetra Hospital Bertha Calderon Roque

Profesor Titular de la UNAN/Managua

**Managua Nicaragua 2018.**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos primeramente a Dios por ser nuestra guía a lo largo de todo este camino a nuestros padres que fueron nuestros guías y apoyo incondicional en cada uno de los pasos que seguimos para hoy estar al final de un camino que marca el inicio de un cambio.

Agradecemos personalmente a nuestro tutor por haber confiado en nosotros y por habernos brindado el apoyo, sabiduría y experiencia a lo largo de este trabajo por haber dedicado su tiempo y su espacio para ser parte de nuestro trabajo monográfico.

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo monográfico está dedicado de forma muy especial a nuestras familias que fueron y siguen siendo el apoyo en este camino largo y difícil de recorrer en especial a los que hoy no pueden estar presentes porque han sido nuestros ángeles desde lo alto del cielo gracias a cada uno de ellos que fueron directa e indirectamente nuestra base sólida para que hoy seamos y estemos ante ustedes como profesionales a pesar de todas las adversidades.

Gracias a ustedes que demostraron que la familia es en todo momento nuestra fortaleza.

## **OPINION DEL TUTOR**

El proceso investigativo aporta para la formación médica, un elemento importante en la calidad de atención médica.

Los investigadores en este proceso investigativos han marcado un hito a la calidad de atención. Los resultados servirán para nuestras modificación y cambios necesarios en los protocolos de manejo de las complicaciones obstétricas. Reciban altas muestras de respeto

Atentamente

M.S.C M. D José de los Ángeles Méndez

Tutor

# ÍNDICE

## Contenido

1. INTRODUCCIÓN .....	4
2. ANTECEDENTES.....	6
3. JUSTIFICACIÓN.....	8
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	9
5. OBJETIVOS.....	10
Objetivo general .....	10
Objetivos específicos.....	10
6. MARCO TEÓRICO .....	11
Flora vaginal normal.....	11
Síndrome de flujo vaginal .....	12
a) VAGINITIS.....	12
b) CERVICITIS.....	13
CLASIFICACIÓN DEL FLUJO VAGINAL .....	14
Según su sitio anatómico.....	14
Flujo cervical.....	14
Flujo corporal (uterino) .....	14
Flujo vulvar .....	14
Flujo tubarico .....	14
CLASIFICACIÓN DEL FLUJOVAGINAL SEGÚN LA FLORA .....	15
Flora tipo I.....	15
Flora tipo II.....	15
Flora tipo III.....	15
CLASIFICACIÓN POR SU ETIOLOGÍA .....	15
Flujo fisiológico .....	15
Flujo patológico.....	15
Trichomonas vaginalis .....	16
Gardnerella vaginalis.....	18
Vaginosis.....	19
Cándida albicans.....	20
Actinomyces israeli.....	21
8. Infección cervical o cervicovaginitis.....	22

9.	Cervicovaginitis y embarazo .....	23
10.	Tratamiento en mujeres no embarazadas con cervicitis y vaginitis.....	26
11.	Tratamiento en mujeres embarazadas con cervicitis y vaginitis.....	27
12.	Vaginosis Bacteriana.....	28
13.	DISEÑO METODOLÓGICO .....	30
	Área de estudio: .....	30
	Tipo de estudio.....	30
	Universo: .....	30
	Muestra: .....	30
	Tipo de Muestra:.....	30
	Criterios de inclusión: .....	30
	Pacientes con expedientes clínicos completos. ....	30
	Criterios de exclusión: .....	30
	Fuentes y obtención de datos.....	30
	Técnicas e instrumentos.....	31
	Procesamiento de datos .....	31
14.	VARIABLES DEL ESTUDIO.....	32
	Objetivo 1 .....	32
	Objetivo 2 .....	32
	Objetivo 3.....	32
	Objetivo 4.....	32
	Objetivo 5.....	32
15.	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	33
16.	Bibliografía .....	44

## 1. INTRODUCCIÓN

Las infecciones del tracto genital son frecuentes en mujeres de todos los grupos de edad, pero afectan principalmente a mujeres en edad reproductiva por lo que constituyen una de las razones más frecuentes de consultas prenatales; y son corresponsables de un importante porcentaje de morbilidad materna y morbimortalidad perinatal, sobre todo en lugares de escasos recursos. Estas infecciones pueden ser de transmisión sexual o genitales endógenas.

Las mujeres embarazadas desarrollan de manera fácil infecciones vaginales debido a cambios funcionales y hormonales.

El flujo vaginal es uno de los motivos de consulta más frecuente en las mujeres en edad fértil. Este puede tener causas infecciosas y no infecciosas. La presencia de este síntoma causa en muchos casos una gran molestia para la paciente, además, suele acompañarse de otros como prurito, vulvovaginitis, disuria y dispareunia. La secreción vaginal en muchas ocasiones acompaña enfermedades que pueden comprometer seriamente la salud de la mujer.

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 *tricomonas vaginalis*.

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.

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.

En Nicaragua Los registros del primer nivel de atención del Ministerio de Salud (MINSAL) señalan que, del total de consultas por ITS en el país, los principales motivos son: 46% por Candidiasis, 16.7% por Tricomoniasis urogenital, 9.1% por Tricomoniasis no especificada, 8.3 por candidiasis en otros sitios, 3.1% por sífilis congénita, 2.9% por infección gonocócica y 2.48 por infecciones herpéticas. Las consultas por ITS representan en promedio el uno por ciento del total de consultas generales, siendo 68.7% por pacientes del sexo femenino y 31.2% del sexo masculino; la edad media es de 27 años. Del total de consultas por ITS, el 53% de las consultas por Herpes Zoster y el 77% por Gonorrea son en el sexo masculino, mientras que el 84% de las infecciones del tracto genitourinario inferior debido a Clamidias y el 91.7% por Tricomoniasis urogenital (vaginal) (leucorrea, prostatitis) son en el sexo femenino.

Dicho evento patológico ha motivado en nuestro interés como médico, estudiar y enfocar los desenlaces fatales asociadas a la condición de la madre y el bebe; al igual tratar de enfocar aquellos medios que permitan reducir la incidencia de este evento al embarazo.

## 2. 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.

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.

Roberto Gonzales –Pedraza Avilés, 2010, México. Las pacientes con resultados positivos para infecciones cervicovaginales encontraron que la vaginosis bacteriana es la condición más 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%, *Tricomoniiasis* 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 Tricomoniiasis y la cándida son los agentes causales que originaron diferentes resultados perinatales a nivel materno amenaza 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%).

### **3. JUSTIFICACIÓN**

En Nicaragua según estadísticas 4 de cada 10 consulta ginecológica tiene como motivo de consulta las secreciones vaginales, esto es un problema de salud pública muy frecuente que afecta a mujeres de todas las edades y que puede deberse a muchos factores que desencadenen este padecimiento.

Se considera ser una patología multifactorial con gérmenes causantes de distintas familias como virus hongos y bacterias.

Conocer acerca de estas enfermedades nos permitirá adquirir los conocimientos suficientes y adecuados que nos permitan abordar oportunamente esta patología en los centros de atención primaria donde será la primera captación e intervención para cada una de las mujeres que presenten una cervicovaginitis en cualquier etapa de su vida, principalmente cuando se asocia a mujeres en estado gravídico.

Es de suma importancia erradicar los cuadros a repetición de cervicovaginitis en el embarazo para prevenir complicaciones que comprometan la calidad de vida fetal exponiéndolo a desencadenar un parto pre terminó lo cual se traduce en un impacto social que afecta al sector salud y principalmente al vínculo familiar puesto que el parto pre terminó por si solo trae complicaciones que pueden comprometer la vida del producto.

Por esta razón la necesidad de elaborar este trabajo investigativo acerca de cómo se comportan las cervicovaginitis en dependencia del paciente y de las condiciones bajo las cuales inicia y se trata para prevenir complicaciones que afecten directamente al producto.

#### **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cómo es el comportamiento de la Cervicovaginitis en las pacientes embarazadas durante la segunda mitad ingresadas en sala alto riesgo obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque durante primer semestre 2018?

## **5. OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Describir el comportamiento de la Cervicovaginitis en embarazadas de la primera mitad ingresados al servicio de Alto Riesgo Obstétrico en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo del segundo semestre del 2017

### **Objetivos específicos**

- Describir los datos sociodemográficos de las pacientes embarazadas ingresadas en la sala de Alto Riesgo Obstétrico incluidas en el estudio.
- Conocer los antecedentes Gineco-Obstetricos de la población en estudio.
- Mencionar los principales exámenes de laboratorio que se utilizaron para el diagnóstico de cervicovaginitis.
- Conocer las complicaciones que ponen en peligro la vida materno-fetal relacionada con la cervicovaginitis.
- Identificar la evolución del embarazo en las mujeres ingresadas al estudio

## 6. MARCO TEÓRICO

### **Flora vaginal normal.**

Se define como Flora Vaginal Normal (FVN) a aquellos microorganismos que habitualmente se encuentran en la vagina de mujeres sanas. La flora normal se adquiere con rapidez durante y poco después del nacimiento y cambia de constitución en forma permanente a lo largo de la vida. Si bien se han realizado esfuerzos por determinar cuáles son las características últimas de todos estos microorganismos, aún no existe claridad absoluta de todos los agentes comensales de la FVN.

La presencia predominante de las distintas especies de *Lactobacillus* promueve un ambiente sano al estar en mayor número, por una parte y produciendo ácido láctico para mantener el ambiente ácido, el cual es inhóspito para muchas bacterias y se correlaciona en forma negativa con VB. Por otra parte, *Lactobacillus* produce también Peróxido de Hidrógeno ( $H_2O_2$ ), bacteriocinas, que son radicales hidroxilados tóxicos y que inhiben el crecimiento de bacterias de similares características a la que la producen; y probióticos.

Una queja espontánea por flujo vaginal anormal (en cuanto a cantidad, color y olor) frecuentemente se debe a una infección vaginal. En casos excepcionales, puede estar causada por cervicitis mucopurulenta asociada a una ITS. Las causas más comunes de infección vaginal son *T. vaginalis*, *C. albicans* y la vaginosis bacteriana (VB). La *N. gonorrhoeae* y la *C. trachomatis* causan infección cervical. La detección clínica de una infección cervical es difícil debido a que en una gran cantidad de mujeres la infección cervical gonocócica o por clamidiasis es asintomática.

El síntoma de flujo vaginal anormal es altamente indicativo de infección vaginal, aunque es un mal predictor de infección cervical. Por lo tanto, todas las mujeres que presentan flujo vaginal deberían recibir tratamiento para trichomoniasis y vaginosis bacteriana. Entre las mujeres con flujo anormal, se podría intentar

identificar a aquéllas que presentan mayores probabilidades de estar infectadas por *N. gonorrhoeae* y/o *C. trachomatis*.

La infección vaginal o síndrome de flujo vaginal es un proceso infeccioso de la vagina caracterizado por uno o más de los siguientes síntomas: flujo, prurito vulvar, ardor, irritación, disuria, dispareunia y fetidez vaginal, determinados por la invasión y multiplicación de cualquier microorganismo en la vagina y como resultado de un desbalance ambiental en el ecosistema vaginal. Se presenta en las mujeres cuando tienen infección en la vagina. (también llamada vaginitis) o en el cuello del útero (cervicitis), siendo esta última más severa y que puede ocasionar complicaciones graves.

Se considera síndrome de flujo vaginal al aumento de la cantidad de secreciones vaginales, con cambio de color, olor y consistencia, a veces acompañado o no de prurito o irritación vulvar, en algunos casos con disuria y dispareunia. Cuando a este cuadro se añade el dolor en el abdomen bajo, éste deberá ser manejado como síndrome de dolor abdominal bajo.

Se debe considerar que la mujer presenta un flujo vaginal normal que deriva de la trasudación de fluidos de los vasos capilares de la vagina mezclados con secreciones de las glándulas de Bartholin, de Skene y del endometrio.

### **Síndrome de flujo vaginal**

El Síndrome de flujo vaginal incluye:

- Vaginitis
- Cervicitis

#### **a) VAGINITIS**

- Tricomoniasis genital causado por *Trichomonas vaginalis*
- Vaginosis bacteriana frecuentemente asociado a *Gardnerella vaginalis* y otros microorganismos anaerobios

- Candidiasis causada comúnmente por *Cándida albicans*

Se debe evitar los antisépticos vaginales en duchas, protectores diarios o tampones vaginales no estériles y prendas de vestir muy ajustadas (nylon, lycras); suspender las relaciones sexuales mientras dura el tratamiento y no suspender el tratamiento por la presencia de menstruación.

### **b) CERVICITIS**

- Gonorrea causada por *Neisseria gonorrhoeae*.
- Clamidia causada por *Chlamydia trachomatis*.

Es importante señalar que en una mujer pueden coexistir ambas infecciones Vaginitis y Cervicitis.

Es fundamental el examen ginecológico con espéculo, para diferenciar entre vaginitis y cervicitis. Además, se preguntará la existencia o no de dolor abdominal bajo en los últimos tres meses; en el caso de obtener respuestas positivas, se debe seguir el manejo de síndrome abdominal bajo.

Para la evaluación de riesgo se han asociado diversos factores demográficos y conductuales. Entre los factores se incluyen:

- 21 años o menos.
- Estado civil soltero/a
- Más de una pareja sexual en los últimos tres meses
- Una nueva pareja en los últimos tres meses
- Pareja actual que padece una ITS
- Pareja que recién ha comenzado a utilizar condones.

Es importante obtener más de tres de estos factores para definir una evaluación de riesgo positivo.

En Nicaragua tomando en cuenta nuestra cultura e idiosincrasia se indican los siguientes 3 factores de riesgo positivo

1. Queja de dolor abdominal bajo.
2. Vida sexual activa e indagar sobre uso de preservativos en sus relaciones sexuales.

Pareja sexual con algún síntoma que haga sospechar de ITS.

## **CLASIFICACIÓN DEL FLUJO VAGINAL**

### **Según su sitio anatómico**

#### ***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.

## **CLASIFICACIÓN DEL FLUJOVAGINAL SEGÚN LA FLORA**

### ***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 usara 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 candida.
- 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 *Candida 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.

La infección vaginal se produce cuando el equilibrio natural de la vagina se altera dando lugar a un ambiente propicio para la proliferación excesiva de hongos, bacterias y parásitos. Este tipo de condición puede ser más frecuente durante el embarazo por cambios químicos en el entorno de la vagina, y en mujeres diabéticas, por el aumento en la glucosa en las secreciones vaginales que alimenta principalmente a las infecciones por hongos.

Algunos factores de riesgo que aumentan las posibilidades de contraer una infección vaginal incluyen: diabetes no controlada, el embarazo, desórdenes endocrinos y de la tiroides, alergias, algunos tratamientos con antibióticos, cortico esteroides, medicamentos para el cáncer, el estrés, una mala nutrición, las duchas vaginales, el uso de ropa ajustada, de licra o nylon y con poca ventilación el uso de químicos y otros irritantes como el detergente.

## 7. Infección cervical o cervicovaginitis

Se define como un proceso infeccioso e inflamatorio localizado en útero, cérvix, vagina con presencia de flujo, el cual varía dependiendo del agente causal. Se estima que el 75 por ciento de las mujeres tendrá al menos un episodio de infección vaginal durante su vida y hasta un 50 por ciento de ellas presentará inclusive dos episodios o más.

Dentro de la etiología de las cervicovaginitis, 23 % de los casos son producidos por *Gardnerella vaginalis*, 19 % por *Candida spp.*, 8 % por *Candida albicans* y 1.5 % por tricomonas. En los últimos años se ha agregado a los principales agentes causales el estreptococo del grupo D en 11.8 % y el estreptococo beta hemolítico en 5%, por lo que se recomienda realizar cultivo a todas las pacientes con sintomatología sugestiva. La identificación de los factores de riesgo asociados con agentes etiológicos es importante para orientar adecuadamente el diagnóstico y otorgar el tratamiento específico.

Las infecciones por VIH constituyen un factor de riesgo para la infección y para la progresión neoplásica, en particular en los períodos que cursan con inmunosupresión. Factores ambientales adicionales de progresión son la utilización prolongada de anticonceptivos orales, la alta paridad y el tabaquismo.

Factores posibles son la coinfección con otras infecciones transmitidas sexualmente, en particular por *Chlamydia Trachomatis* o por el virus de herpes simple tipo 2.

La historia natural de la infección por VPH está relacionada con el tipo viral ya que las de alto riesgo oncogénico tienden a desarrollar infecciones persistentes y a progresar a lesiones intraepiteliales de alto grado con mayor frecuencia que el grupo de bajo riesgo. Los virus 16 y 18 son responsables del 70% de los casos de carcinoma de células escamosas.

## **8. Cervicovaginitis y embarazo**

El factor de riesgo con mayor asociación con el parto pre término es la presencia de infección durante el embarazo, y por ello se ha propuesto que de manera directa o indirecta la existencia de un proceso infeccioso en la mujer embarazada y en especial en cualquier región anatómica dentro del útero gestante, podría explicar el nacimiento pre término.

Durante el embarazo, las cervicovaginitis se asocian en 11.5 % con el parto pre término y en 11.6 % con ruptura prematura de membranas. Las diferentes bacterias pueden ascender y colonizar las membranas, disminuyendo de esta forma la fuerza de tensión de las mismas y causando un debilitamiento de la matriz de las membranas, secundario a la producción de metaloproteasas, que desencadenaría su ruptura.

Los antecedentes de riesgo de infección genitourinaria durante el embarazo han sido establecidos por los criterios de O'valle y cols considerando como riesgo la existencia de los siguientes antecedentes:

- 1** Aborto espontáneo de segundo trimestre (sin causa o asociados con infección genitourinaria).
- 2** Vaginitis a repetición (3 o más episodios).
- 3** Infección del tracto urinario.
- 4** Parto de pretérmino, con rotura prematura de membranas o con membranas intactas (sin causa o asociados con infección genitourinaria). e) Infección puerperal).
- 5** Diabetes familiar.
- 6** Patología psiquiátrica (epilepsia, depresión).
- 7** Fiebre tifoidea.

Aunque se considera posible que una infección sistémica pueda diseminarse al entorno uterino por vía hematogena, provocando infección placentaria y llegar a infectar al producto de manera directa, se ha propuesto un modelo general que pretende explicar el desarrollo de la mayor parte de las infecciones intrauterinas por ascensión progresiva de los microorganismos desde la región de cérvix y vagina. Bajo este modelo de tres etapas se propone que de manera inicial existe alteración en la flora microbiana del tracto genital externo y que se manifiesta en la mayor parte de los casos como una infección centinela denominada vaginosis bacteriana, caracterizada por disminución de lactobacilos y establecimiento de anaerobios facultativos.

La ruptura del equilibrio ecológico en vagina y cérvix permitiría la proliferación de microorganismos patógenos que en una segunda etapa pasarían a través del canal cervical y ascenderían hasta el espacio coriodecidual, delimitado entre la pared uterina y las membranas corioamnióticas (infección coriodecidual y corioamnionitis). Esta etapa podría considerarse como de duración variable, pero generalmente crónica y precede al paso de los patógenos a través de las membranas corioamnióticas, con la posterior e inmediata infección del líquido amniótico (corioamnionitis) y del producto (infección fetal).

Se ha propuesto que el arribo de los microorganismos a cada uno de estos compartimientos podría resultar en la activación con magnitud variable de respuestas tisulares que desencadenarían inducción de amenaza de parto pretérmino y/o ruptura prematura de membranas. La hipótesis que vincula la infección intrauterina con el nacimiento pretérmino, propone dos posibilidades para el esquema fisiopatogénico: Diferentes investigaciones han sugerido que el inicio del trabajo de parto normal está asociado a la activación de la fosfolipasa A<sub>2</sub> tisular (FLA<sub>2</sub>), la cual hidroliza los fosfolípidos de las membranas celulares locales, produciendo un incremento en el araquidónico libre, que al difundir a las células vecinas induce aumento en la síntesis de prostaglandinas por diferentes células, como las del epitelio amniótico, que son especialmente ricas en un tipo de ciclooxigenasa inducible y cuyo mRNA aumenta hasta en dos órdenes de

magnitud en la etapa periparto. Las prostaglandinas producidas por esta ruta difunden de manera paracrina hacia la musculatura lisa del miometrio e inducen su actividad contráctil.

La presencia de ciertos microorganismos que colonizan y/o infectan el tracto genital femenino puede aumentar la actividad local de la FLA2 en etapas intermedias de la gestación y provocar desde irritación uterina hasta trabajo de parto pretérmino. Tal es el caso de la *Gardnerella vaginalis* que cuenta con una FLA2 ligada a membrana y que, mediante el mecanismo mencionado, produce la liberación de prostaglandina E<sub>2</sub> (PGE<sub>2</sub>), lo que podría desencadenar contracciones uterinas, ablandamiento del colágeno del cérvix y finalmente parto prematuro sin respuesta efectiva a los tocolíticos.

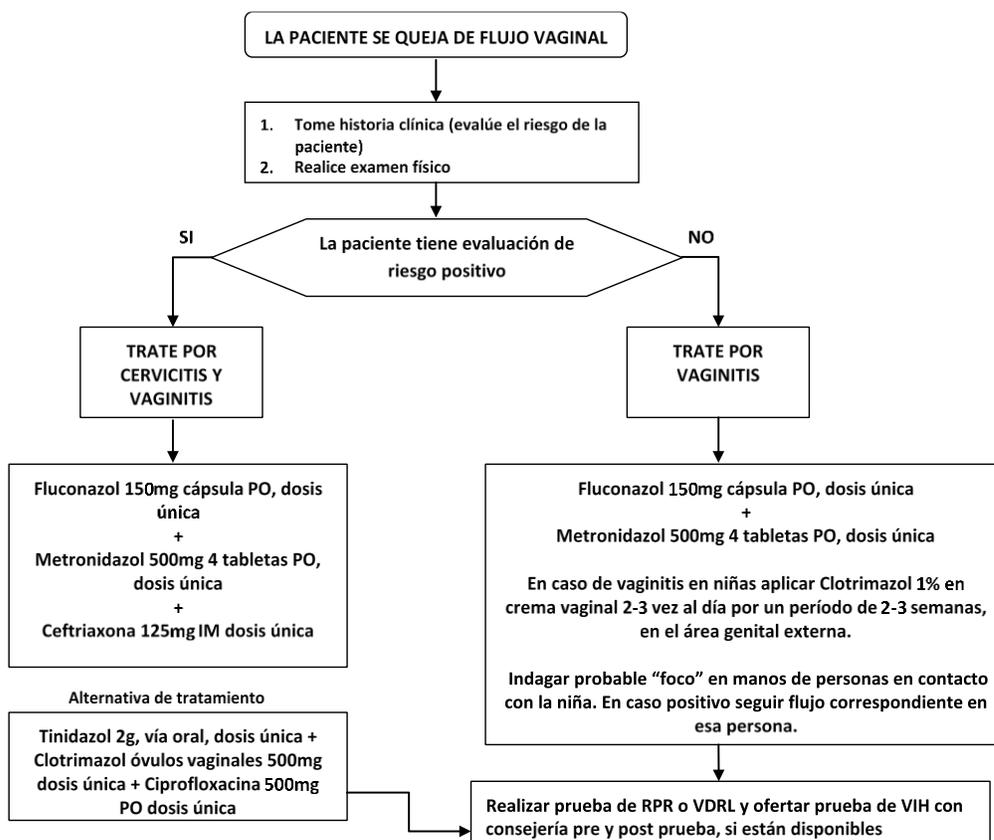
Entre las infecciones que se presentan durante el embarazo, y para las cuales existe buena evidencia de un mayor riesgo de parto prematuro y rotura prematura de membranas, antes del inicio del trabajo de parto, se encuentran la bacteriuria asintomática, las infecciones por *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis* y la vaginosis bacteriana. Por lo tanto, es posible reducir la tasa de parto prematuro mediante el tratamiento de estas infecciones durante el embarazo.

Estudios recientes han logrado medir las citoquinas de las secreciones cervicales de mujeres embarazadas y encontraron que las citoquinas IL-8, IL-10, IL-12, y el interferón-gamma, están presentes en la mayoría de las gestantes; sin embargo, las concentraciones de IL-8 se hallan significativamente más altas en mujeres con hallazgos patológicos en el frotis en fresco del flujo, con un conteo elevado de polimorfonucleares. Por lo tanto, el frotis en fresco es un examen útil para identificar pacientes con inflamación cervical, la cual es considerada un factor de riesgo para parto pretérmino espontáneo.

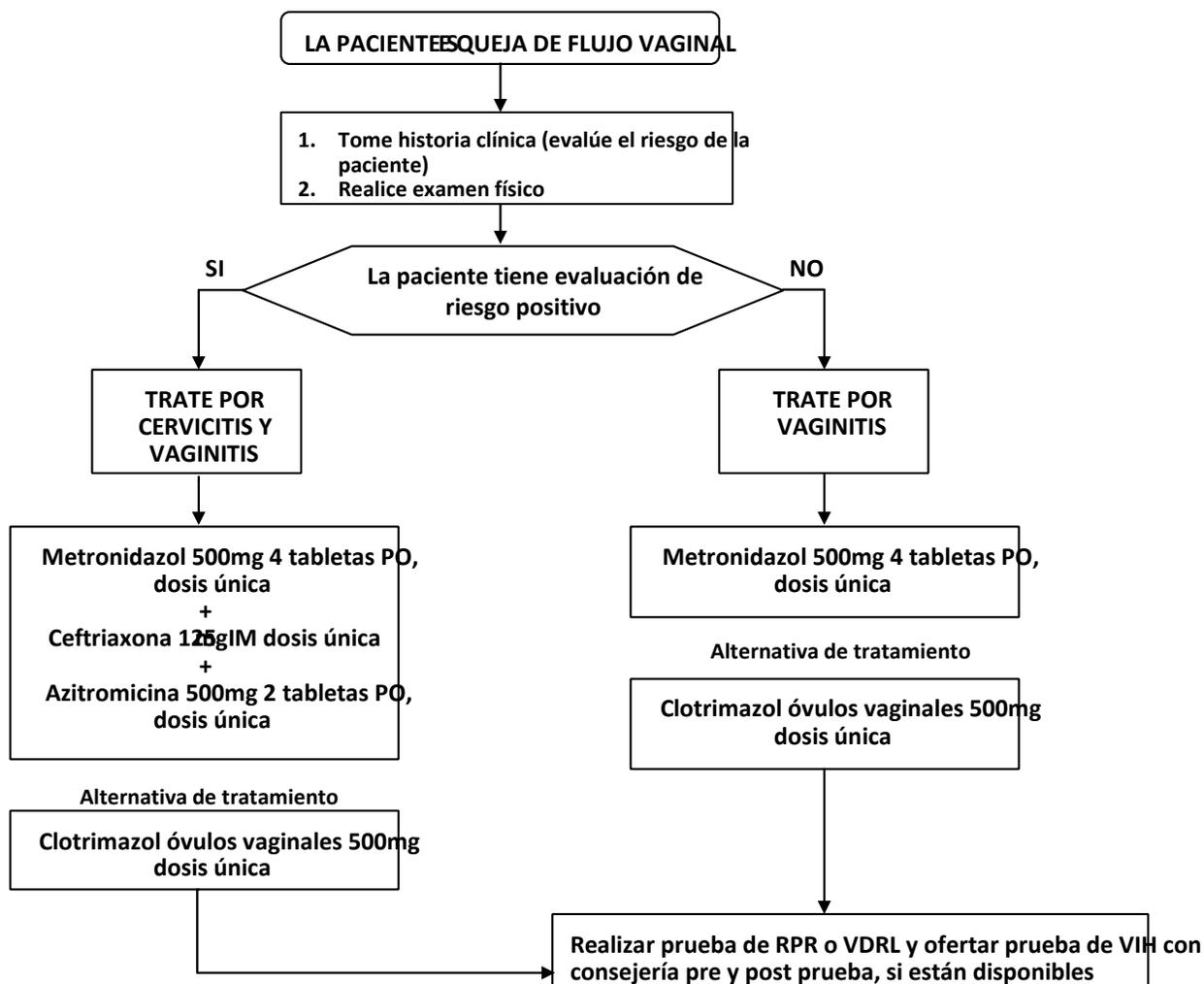
Algunos estudios han demostrado que, con el tamizaje y el tratamiento de infecciones vaginales, como vaginosis bacteriana, tricomoniasis y candidiasis, se logra disminuir la incidencia de parto pretérmino (RR 0,55 IC95 por ciento

0,410,75), de parto de niños con bajo peso al nacer (< 2.500 g) y de parto de niños de muy bajo peso al nacer (menor de 1500 gramos). (RR 0,48 IC95 por ciento 0,340,66).

## 9. Tratamiento en mujeres no embarazadas con cervicitis y vaginitis



## 10. Tratamiento en mujeres embarazadas con cervicitis y vaginitis



## 11. Vaginosis Bacteriana

La vaginosis bacteriana (VB) es un desequilibrio de la flora vaginal causado por una disminución de la flora lactobacilar normal y una gran proliferación de flora anaeróbica mixta que incluye *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, especies de *Mobiluncus*, *Prevotella* spp., *Peptostreptocci*. No se ha podido dilucidar por qué muchos de estos microorganismos, que normalmente se encuentran en pequeñas cantidades en la vagina, se multiplican, mientras que los lactobacilos, que por lo general son prevalentes, disminuyen. Los lactobacilos productores de peróxido de hidrógeno tienen un papel importante en la prevención de la proliferación de anaerobios en la flora vaginal normal. La vaginosis bacteriana no parece ser una enfermedad de transmisión sexual, pero puede estar asociada con la actividad sexual.

El microorganismo más prevalente en mujeres con infección vaginal ha sido el coccobacilo Gram variable tipo *Gardnerella*, seguido por la candidiasis. La *Gardnerella Vaginalis* es una bacteria que está siempre en el cuerpo de la mujer, es un habitante normal del cuerpo, que durante toda la vida es inofensivo y ayuda a mantener el nivel bacteriano adecuado. La prevalencia de vaginosis bacteriana varía de 4 a 46 por ciento, dependiendo de la población estudiada. En mujeres asintomáticas la prevalencia es de 12 a 14 por ciento, y es similar en mujeres gestantes. En Colombia se encontró en mujeres embarazadas asintomáticas una prevalencia de vaginosis bacteriana del 9 por ciento.

Esta enfermedad es a menudo asintomática, pero puede provocar secreción vaginal de color gris con un característico olor "a pescado". No se asocia con la inflamación de la mucosa vaginal y rara vez produce picazón vulvar. En la vaginosis la *Gardnerella vaginalis* produce el succinato necesario para la proliferación de anaerobios, los cuales producen aminopeptidasas que liberan aminoácidos que a su vez son descarboxilados para producir diaminas. Las diaminas más comunes son la putresina, la cadaverina, la trimetilamina y las poliamidas. Se ha sugerido que la trimetilamina es la principal responsable del olor a pescado.

Existen flora microbiana tiene alta sensibilidad y especificidad y se acepta como método alternativo ya usado con anterioridad en muchos estudios. Los sistemas de puntaje que ponderan números bajos o ausencia de lactobacilos con números elevados de bacilos Gramnegativo/Gram variable se usan rutinariamente en laboratorios clínicos para el diagnóstico de vaginosis bacteriana con la tinción Gram. Es posible que se presenten células indicadoras, pero no es indispensable.

La clasificación de Nugent incluye un grupo "intermedio" de mujeres con colonización anormal del aparato genital (lactobacilos reducidos y flora intermedia), que puede ser un estadio de transición hacia la vaginosis bacteriana totalmente desarrollada. Una prueba de tamizaje rápido para el diagnóstico de la VB podría ser la medición del pH vaginal. Un pH < 4,5 tiene un valor predictivo negativo de 95 por ciento. En las gestantes con pH < de 4,5 se podría descartar la VB, y cuando el pH es > 4,5 se debe realizar el frotis de Gram y el puntaje de Nugent para el diagnóstico de esta patología.

## **12. DISEÑO METODOLÓGICO**

**Área de estudio:** Hospital Bertha Calderón Roque

**Tipo de estudio:** Descriptivo de Corte Transversal.

**Universo:** conformada por el total de pacientes Embarazadas con diagnóstico de cervicovaginitis, atendidas en la Emergencia en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el periodo en estudio.

**Muestra:** Se conformó por 46 expedientes clínicos con diagnóstico de cervicovaginitis ingresadas en alto riesgo obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque durante el primer semestre 2018. De una población total de 46 expedientes cumplieron criterios de inclusión 30 expedientes clínicos.

**Tipo de Muestra:** Aleatoria por conveniencia.

### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes con expedientes clínicos completos.

### **Criterios de exclusión:**

- 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 cervicovaginitis. .

Se realizará el llenado de una ficha, durante el periodo de investigación, hasta completar la muestra. Se aplicarán según los criterios de selección ya mencionados.

### **Técnicas e instrumentos**

Se utilizó una ficha, la cual consto en una serie de preguntas de selección múltiple, llenadas por los investigadores para así evitar sesgo, mediante la revisión del expediente clínico de cada paciente

### **Procesamiento de datos**

Se seleccionaron 30 expedientes clínicos se utilizó el programa spss 20 para el análisis de los resultados se utiliza Word 2010 para realizar las tablas que muestran resultados obtenidos y se grafican resultados en programa power point 2010 para análisis de las gráficas.

## **13. VARIABLES DEL ESTUDIO**

### **Objetivo 1**

Edad

Escolaridad

Procedencia

Ocupación

Estado civil

### **Objetivo 2**

Menarca

IVSA

Gesta

Para

Aborto

Cesárea

Legrados

Edad gestacional

Controles prenatales (no) y calidad de controles

Antecedentes de ITS

Sintomatología clínica

### **Objetivo 3**

Exámenes bacteriológicos

Exámenes sanguíneos

### **Objetivo 4**

Complicaciones vida materno fetal

### **Objetivo 5**

Evolución del embarazo

#### 14. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

N°	VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA O VALOR
1	Edad	Años transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha	Años	< 19 años 20-34años >35 años
2	Escolaridad	Nivel de educación adquirida hasta el momento	Según Expediente	Analfabeta Analfabeta Profesional
3	Procedencia	Territorio de origen de la persona	Según Expediente	Urbano Rural
4	Ocupación	Actividad que realiza con fines de adquisición	Según Expediente	Ama de cada Estudiante Obrera Profesional
5	Estado civil	Estado legal en relación marital	Según Expediente	Soltera Unión libre Casada Divorciada
6	Menarca	Primera menstruación	Edad	< 15 años 15-20 años >20años
7	IVSA	Primera relación sexual	Según Expediente	<15 años 15-20años >20 años
8	Gesta	Número de	Según	Primigesta

		veces que la paciente a estado embarazada	Expediente	Bigesta Trigesta Multigesta Gram multigesta
9	Para	Número de veces que la paciente a parido	Según Expediente	Nulípara Multípara
10	Aborto	Interrupción del embarazo de cualquier etiología antes de las 20 semanas de gestación con peso menor 500grs	Según expediente	Si No
11	Cesárea	Técnica realizada para extracción de feto	Según Según Según Expediente	0 1 <2
12	Control prenatal	Serie de visitas de un embarazo para monitoreo materno fetal y calidad del control	Según Expediente	BUENA MALA
13	Edad gestacional	Numero de semanas de	Según Expediente	0-12 SG 121/7-20

		gestación hasta el momento del estudio		
14	Antecedentes de cervicovaginitis	Proceso infeccioso catalogado como cervicovaginitis al momento del encuentro	Según Expediente	SI NO
15	Sintomatología clínica	Manifestación molestia que refiere la paciente que le obliga a buscar asistencia medica	Según Expediente	Leucorrea Prurito Irritación vulvar Dispareuria Eritema vulvar
16	Exámenes de laboratorio	Medio diagnostico encargados de realizar cultivos de secreciones del objeto en estudio	Según Expediente	SI NO
17	Evolución del embarazo	Consecuencia del embarazo hasta el final de la gestación	Según Expediente	SI NO

## RESULTADOS

Se realizó un estudio de corte trasversal no aleatorio, en donde se investiga el comportamiento de las cervicovaginitis en pacientes ingresadas en la sala de alto riesgo obstétrico durante la segunda mitad del embarazo del hospital Bertha Calderón Roque durante el primer semestre del año 2018

El estudio se realizó durante el segundo semestre 2018 la muestra fue conformada por 46 expedientes de los cuales 30 cumplieron con los criterios de inclusión.

Cuyos resultados son los siguientes:

- a) En relación a los grupos etarios se distribuyen de la siguiente manera en mayor frecuencia de 20-34 años de edad con 22 casos de (73.3%) grupo <19 años 5 casos (16.7%) y en menor frecuencia >35 años (10%). Ver tabla N°1
- b) En relación al nivel de escolaridad se encontró que la mayor frecuencia estaba en la educación primaria con un total de 10 casos (33.3%) en segundo lugar educación secundaria 9 casos (30.0%), analfabeta 8 casos (26.7%) y por ultimo educación superior 3 casos corresponden (10%). Ver tabla N°2
- c) En relación a la procedencia con mayor frecuencia son de origen urbano con 26 casos (86.7%), rural con 4 casos (13.3%). Ver tabla N°3
- d) Se distribuye la ocupación de las pacientes en estudio con mayor frecuencia obreras con 13 casos (43.3%), ama de casa 9 casos (30%), con una igualdad en frecuencia estudiante y profesionales con 4 casos cada descripción que equivaless a (13.3%) cada una. Ver tabla N°4
- e) Al estudiar el estado civil se llega al resultado con mayor frecuencia en unión libre 15 casos (50%), solteras 10 casos (33.3%), casada 3 casos (10%) y 2 divorciadas (6.7%). Ver tabla N°5
- f) En el estudio de antecedentes Gineco-obstetricos encontramos que el inicio de vida sexual activa con resultados mayor frecuencia de 15-29 años 19 casos (63.3%), <15 años 9 casos (30%) y mayor de 20 años 2 casos (6.7%). Ver tabla N°6

Menarca menor de 15 años 26 casos (86.7%), 15-20 años 4 casos (13.3%).Tabla N°8

Según las gestaciones con mayor frecuencia primigestas con 14 casos (46.7%), Bigesta 9 (30%) y multigesta 3 (23.3%) ver tabla N°9. De acuerdo

a la paridad nulípara 14 casos (54%) y múltipara 9 casos (46%). Ver tabla N°9

- g) En relación a la calidad del CPN de acuerdo a los estándares de calidad encontramos de buena calidad 14 casos (46.7%), y mala calidad 16 casos (53.3%) Ver tabla N°10
- h) En relación a las semanas de gestación de acuerdo a nuestra población de estudio toda las pacientes seleccionadas son mayor de 20 semanas de gestación en un 100%. Ver tabla N°11
- i) Se busca los antecedentes de episodios anterior de cervicovaginitis de los cual llegamos a los siguientes resultados con mayor frecuencia con antecedentes en 19 casos (63.3%), sin antecedentes 6 casos (20%), 5 casos no están documentados (16.7%). Ver tabla N°12
- j) En relación a la sintomatología se asocian sintomatologías y signos de acuerdo a lo descrito en los expedientes en estudio 30 describieron leucorrea, 25 describen prurito, 28 describen dispareunia y expedientes describen eritema vulvar.
- k) Se busca exámenes bacteriológicos en expedientes en estudio donde se encuentra con una frecuencia de 30 casos que corresponden a la totalidad (100%) no realizados procedimientos bacteriológicos. Ver tabla N°14
- l) Cuando se investigó sobre la patología agregada a las cervicovaginitis se encontró con mayor frecuencia 18 casos (60%) infección de vías urinarias, amenaza parto pre terminó 7 casos (23.3%), amenaza de parto pre terminó 5 casos (16.6%). Ver tabla N°15
- m) Según la evolución del embarazo con mayor frecuencia 18 casos (60%) finalizaron sin ninguna complicación, con complicación 12 casos (40%). Ver tabla N°16

## ANALISIS DE RESULTADO

- a) En cuanto al grupo etareo de acuerdo a los resultados obtenidos esta patología está presente en mujeres en edad fértil comprendida 20-34 años de edad de origen urbano en mayor porcentaje siendo este resultado similar a lo descrito en la literatura consultada además relacionada con la realidad nacional en la que mayor parte de los embarazos están comprendidos en esta edad, siendo este un factor de riesgo que puede intervenir directamente en la calidad de vida.
- b) Tomando en cuenta el nivel de escolaridad en un mayor porcentaje son de educación primaria y educación secundaria en menos porcentaje con educación superior en lo que se traduce en un factor de riesgo primordial en cuanto al entendimiento de la responsabilidad de llevar un embarazo con los cuidados necesarios y sobre todo la falta de educación conlleva a poca conciencia acerca de practicar una sexualidad responsable que ayude a disminuir la incidencia de esta patología.
- 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 este estudio en donde el mayor porcentaje de mujeres en estudio son obreras.
- d) Todas estas variables anteriores tienen relación directa con el estado civil de este grupo de mujeres en estudio, en donde más del 60% se encuentran en unión libre lo cual hace menos probable la estabilidad familiar no por condición de etiqueta sino porque tomando en cuenta nuestra cultura son relaciones más inestables que pueden cambiar repentinamente lo cual hace que el número de parejas a la cual se exponen nuestra población predisponga al que las cervicovaginitis en un futuro sean consideradas como cualquier patología viral.
- e) En cuanto a los antecedentes Gineco-Obstétricos, las de mayor frecuencia era las primigestas con un 46.7 %, seguido de las Bigesta con un 30%, Multigesta con 23.3% sin antecedentes de aborto en ningún caso con una Menarca comprendida <15 años den su mayoría con un IVSA entre los 15 y 20 años. En cuanto a la calidad del control prenatal el 53.3% tiene registro de APN en el expediente clínico de mala calidad correspondiente a 16 expedientes del total incluidos en el estudio y solamente 46.7% tiene registro de APN registrado en el expediente clínico como APN de buena calidad correspondiente a 14 pacientes del total incluido en el estudio. Estos datos se correlacionan con la literatura consultada que describe que

en embarazos de mujeres primíparas o primigestas es más común encontrar esta patología.

- f) En relación con la edad gestacional se encontró una alta prevalencia de la cervico vaginitis en mujeres con embarazos de 28-36 semanas de gestación.
- g) 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 63.3% 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.
- h) En relación al cuadro clínico la sintomatología referida por nuestras pacientes es idénticas a lo referido en la literatura consultada, lo que hace una validez completa para la terapia del manejo de esta patología.
- i) 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.
- j) Con Relación a la evolución satisfactoria del embarazo 60% de las mujeres del estudio concluyeron exitosamente el embarazo sin complicación y 40% presento alguna complicación relacionada a la patología.

## Conclusiones

1. El grupo de pacientes en estudio se caracteriza en su mayoría entre 20-34 años de edad, seguidos del grupo de 19 años, de educación primaria procedencia urbana con ocupación obrera y en su mayoría unión libre.
2. En relación a los datos Gineco-obstetricos pacientes con Menarca <15 años de edad con entre 15-20 años de edad, ningún aborto en mayor porcentaje multíparas, con embarazos comprendidos entre las 28-36 semanas de gestación.
3. El cuadro clínico que se caracterizó en orden de frecuencia según el número de pacientes que lo describen leucorrea, prurito, dispareunia y por último en minoría de casos eritema vulvar
4. Las patologías medicas asociadas a cervicovaginitis en orden de mayor frecuencia infecciones urinarias, amenazas de parto pre terminó y ruptura prematura de membranas.
5. Las técnicas utilizadas para hacer diagnostico fueron características totalmente basadas en la clínica signos y síntomas debido a que en ningún caso estudiado se encontró reporte bacteriológico ni indicación del mismo.
6. Con relación a la evolución satisfactoria del embarazo 27 mujeres concluyeron exitosamente el embarazo y 3 presentaron ruptura prematura de membranas posterior al diagnóstico de cervicovaginitis sin embargo ninguna presento repercusión en la vida ni materna ni fetal.

## Recomendaciones

1. A las autoridades del ministerios de salud y SILAIS Managua a una adecuada supervisión acerca de la captación precoz y el seguimiento adecuado que asegure un control prenatal de calidad en las mujeres embarazadas que condicione adecuada identificación de los factores de riesgo relacionados con la cervicovaginitis en la atención .
2. A las autoridades de centro de salud para la capacitación necesaria a los recursos médicos con actuales manejos y normativas actualizadas para el manejo oportuno y adecuado de las cervicovaginitis las cuales no deben ser minimizadas como un cambio atribuido al estado gravídico puesto que terminan afectando la calidad de vida materno fetal.
3. A todo el personal médico que brinda control prenatal hacer énfasis en la identificación precoz de infecciones urinarias y el uso de cinta urinaria en cada atención prenatal para poder dar manejo oportuno y precoz evitando de esta forma complicaciones y factores que contribuyan al desarrollo de cervicovaginitis y por consiguiente favorecer a disminuir el índice de amenazas de parto pre término.
4. A nivel hospitalario solicitar a la dirección y a cada uno de los jefes de servicios que realicen supervisiones rigurosas acerca del manejo que se le da a cada una de las pacientes ingresadas que cursan con cervicovaginitis que se establezca reglamentario el realizar exámenes bacteriológicos que nos permitan identificar el agente no solo basándonos en la clínica sino en exámenes que nos fundamenten y confirmen el diagnostico sospechado.
5. A los jefes de servicios del Hospital Bertha Calderón Roque que tomen rigurosamente la supervisión de cada una de las historias clínicas realizadas en dicha unidad por el personal de salud sean de calidad y aporten los datos necesarios y que son de suma importancia para identificar los factores a los cuales ha sido expuesto el paciente antes, durante y hasta el momento del embarazo.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
UNAN-MANAGUA  
Hospital Bertha Calderón Roque.**

**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS SOBRE COMPORTAMIENTO DE LAS  
CERVICOVAGINITIS EN LAS PACIENTES INGRESADAS EN EL SERVICIO DE  
ARO PRIMERO SEMESTRE 2017.**

Nº expediente clínico: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico de Ingreso: \_\_\_\_\_  
Días de hospitalizada: \_\_\_\_\_.

**1. Datos de filiación**

- Edad: \_\_\_\_\_
- Estado civil: soltera ( ) casada ( ) unión libre ( ) divorciada ( )
- Procedencia:
- Escolaridad: Analfabeta ( ) Alfabetada ( ) Profesional ( )
- Ocupación: Ama de casa ( ) Estudiante ( ) Obrera ( ) Profesional ( )

**2. Antecedentes Gineco-Obstetricos**

- Menarca
- IVSA
- Gestas ( ) Para ( ) Aborto ( ) Cesárea ( )
- Edad Gestacional
- Controles prenatales
- Numero parejas sexuales

**3. Antecedentes de cervicovaginitis**

- Antecedentes de cervicovaginitis SI ( ) NO ( )

**4. Sintomatología clínica al ingreso**

Síntomas al ingreso	SI	NO
Leucorrea		
Dispareuria		
Fiebre		
Prurito		
Eritema vulvar		
Dolor pélvico		

**5. Exámenes de laboratorio**  
**Biometría Hemática Completa**

Leucocitos: \_\_\_\_\_ Segmentados: \_\_\_\_\_ Linfocitos: \_\_\_\_\_

**Cinta de Uro análisis**

Nitritos: \_\_\_\_\_ Leucocitos: \_\_\_\_\_ Bacterias: \_\_\_\_\_  
PH: \_\_\_\_\_ Densidad: \_\_\_\_\_

**Examen General de Orina**

Leucocitos: \_\_\_\_\_ Nitritos: \_\_\_\_\_ Bacterias: \_\_\_\_\_  
PH: \_\_\_\_\_ Densidad: \_\_\_\_\_

**Cultivo secreción vaginal**

Crecimiento bacteriano y/o hongo:

Sensible a : \_\_\_\_\_.

Resistente a : \_\_\_\_\_.

**6. Complicaciones materno-fetales**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## 15. Bibliografía

- Botero, J. (2000). obstetricia y ginecologia. sexta edicion: Universidad de Antioquia.
- Cajina, J. (febrero de 2016). *Prevencion y Control de las infecciones de Transmision Sexual*. Obtenido de Organizacion Panamericana de la Salud: [www.paho.org/nic/index](http://www.paho.org/nic/index).
- CALDERON, E. (2000). Tratamiento y Prevencion de las infecciones de transmision sexual. *SCIELO*.
- CEBALLOS, M. ( 2011). Vaginosis Bacteriana como factor de riesgo en el embarazo propuesta para manejo médico integral. . Guayaquil , Ecuador : Universidad de Guayaquil.
- CIRES, M., HERRERA , L., & VERGARA, E. (2003). Guía Práctica clínica para las infecciones vaginales. *Rev. Cubana Farm*, , págs. 37(1), 38-52.
- Copelan, L. (2002). ginecologia. segunda edicion: Editorial Medica Panamericana.
- Dr.VASQUEZ, J., & Dra.ORTIZ, C. (2007). Prevalencia de infecciones cervico vaginales en embarazada, hospital obstétrico de la Habana. *Prevalencia de infecciones cervico vaginales en embarazada, hospital o Rev Cubana de Obs y Gin*, 33.
- DURÁN, A. (2007). Evolución dela embarazada con cervicovaginitis asintomática. Querétaro, México: Universidad de Querétaro.
- IMSS. (2003). guia clinica para el diagnostico, tratamiento y prevencion de cervicovaginitis por bacterias, trichomonas. *Revista Medica del IMSS*, suplemento N01, vol 41.
- INIDE, M. (2012). *ENCUESTA NICARAGUENSE DE DEMOGRAFIA Y SALUD*. MANAGUA: INIDE.
- Jenner,Galon Lab. (s.f.). *Cervicovaginitis*. Obtenido de galeon.com: <http://jenner.galeon.com/cervicov.htm>
- LONGERA, S., & GARCIA, M. (2006). *VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO Y CANCER*. ESPAÑA: EMISA.
- MINSA. (2013). Guia para la atencion de infecciones de transmision sexual, manejo sindromico. Managua, Nicaragua.
- PRANEDAS, M. (2014). *INFECCIONES CERVICOVAGINALES Y EMBARAZO* (Vol. 25). CONDES.
- ROSALES, A., & ROMERO, E. (2012). Prevalencia de ITS en embarazadas de un hospital público de CHile. *Rev Chilena de Infectología*, págs. 29(5): 517-20.
- Yaísa, P., & Ana, C. (2007). Infección Vaginal en gestantes hospitalizadas en el hospital de Ciego de Ávila.

# ANEXO

“Comportamiento de las cervicovaginitis en  
embarazadas de la segunda mitad del embarazo de la  
sala de alto riesgo obstétrico del hospital Bertha  
Calderón Roque”

2018

TABLA N°1

Datos sociodemográficos de las pacientes embarazadas ingresadas en la sala de alto riesgo obstétrico incluidas en el estudio.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
<b>EDAD</b>		
<19 años	5	16.7%
20-34 años	22	73.3%
>35 años	3	10%
Total	30	100%
<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Analfabeta	8	26.7%
Primaria	10	33.3%
Secundaria	9	30%
Educación superior	3	10%
Total	30	100%
<b>PROCEDENCIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Urbana	26	86.7%
Rural	4	13.3%
Total	30	100%
<b>OCUPACION</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Ama de casa	9	30
Obrera	13	43.3%
Estudiante	4	13.3%
profesional	4	13.3%
Total	30	100%
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Soltera	10	33.3%
Unión libre	15	50%
Casada	3	10%
Divorciada	2	6.7%
Total	30	100%

Fuente: expediente clínico

“Comportamiento de las cervicovaginitis en  
embarazadas de la segunda mitad del embarazo de la  
sala de alto riesgo obstétrico del hospital Bertha  
Calderón Roque”

2018

TABLA N°2

Antecedentes Gineco-Obstetricos de la población en estudio.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>MENARCA</b>		
>15 años	26	86.7%
15-20años	4	13.3%
Total	30	100%
<b>IVSA</b>	FRECUENCIA	PORCENTAJE
>15años	9	30%
15-20años	19	63.3%
<20años	2	6.7%
total	30	100%
<b>GESTA</b>	FRECUENCIA	PORCENTAJE
primigestas	14	46.7%
Bigesta	9	30%
multigesta	7	23.3%
total	30	100%
<b>PARA</b>	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nulípara	9	46%
Multípara	14	54%
total	30	100%
<b>SEMANAS DE GESTACION</b>	FRECUENCIA	PORCENTAJE
>20SG	0	0%
20-36SG	30	100%
>37SG	0	0%
total	30	100%
<b>ANTECEDENTES DE CERVICOVAGINITIS</b>	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	5	16.7%
No	6	20%
No documentado	19	63.3%
Total	30	100%
<b>CALIDAD CPN</b>	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bueno	14	46.7%
Malo	16	53.3%
Total	30	100%

Fuente: expediente clinico

“Comportamiento de las cervicovaginitis en  
embarazadas de la segunda mitad del embarazo de la  
sala de alto riesgo obstétrico del hospital Bertha  
Calderón Roque”

2018

TABLA N°3

Relación de antecedentes de exámenes de laboratorio

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>EXAMENES LABORATORIO REALIZADOS</b>		
BHC	30	100%
EGO	30	100%
<b>EXAMENES BACTERIOLOGICOS</b>		
Nulos		

TABLA N°4

Relación de la principal clínica en frecuencia y porcentaje y principales complicaciones

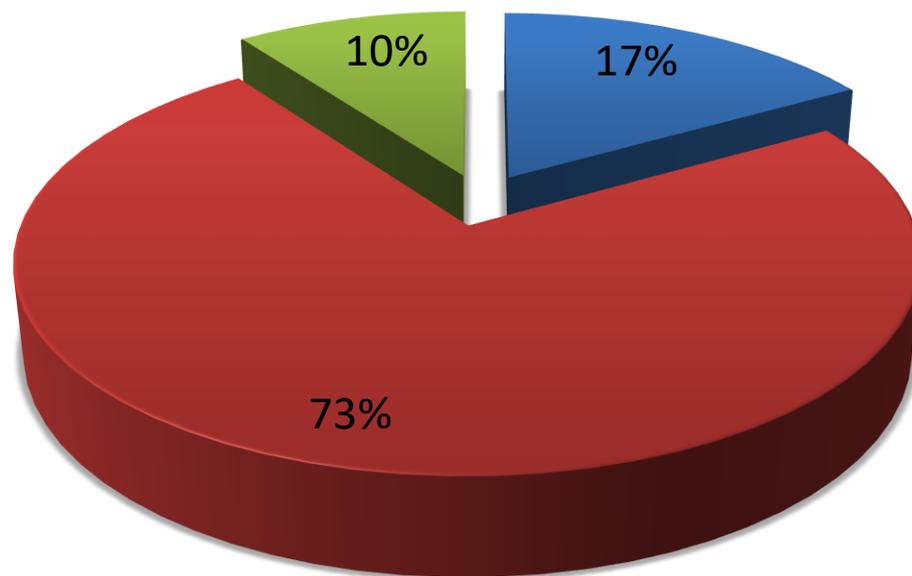
VARIABLE		
<b>SINTOMATOLOGIA</b>	<b>NUMERO DE CASOS</b>	
Leucorrea	30	
Prurito	25	
Dispareunia	28	
Eritema vulvar	10	
<b>PATOLOGIA AGREGADAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
IVU	18	60%
RPM	7	23.3%
Amenaza parto pre término	5	16.6%
<b>EVOLUCION EMBARAZO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SASTIFACTORIO	27	90%
NO SASTIFACTORIO	3	10%

Fuente: expediente clínico

**GRAFICO N°1**

**Relación de los grupos etéreos en frecuencia y porcentaje del grupo de mujeres en estudio**

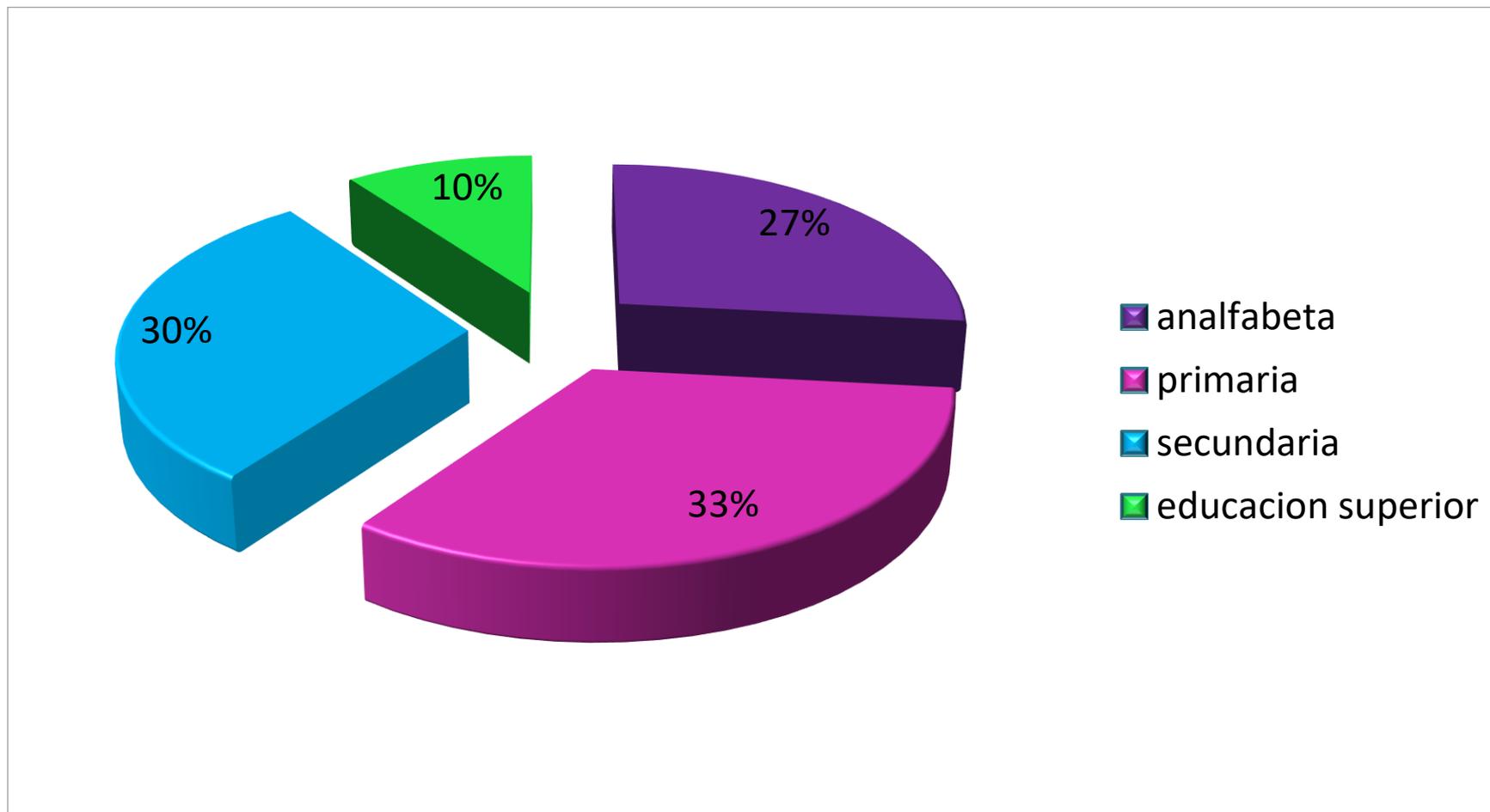
■ <19 años   ■ 20-34 años   ■ >35 años



FUENTE TABLA N°1

## GRAFICO N°2

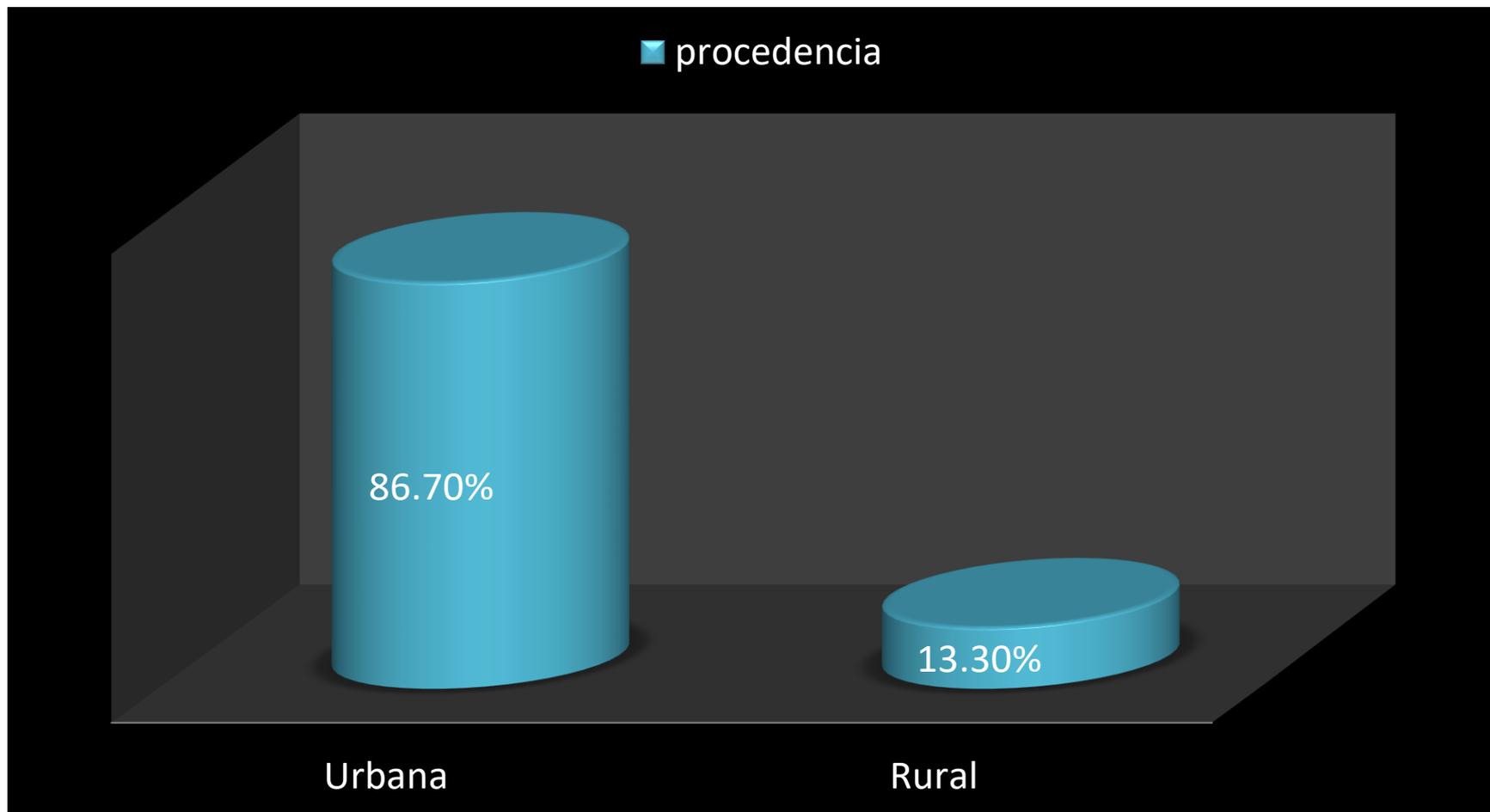
Relación del nivel de escolaridad en frecuencia y porcentaje del grupo de mujeres en estudio



FUENTE TABLA N°1

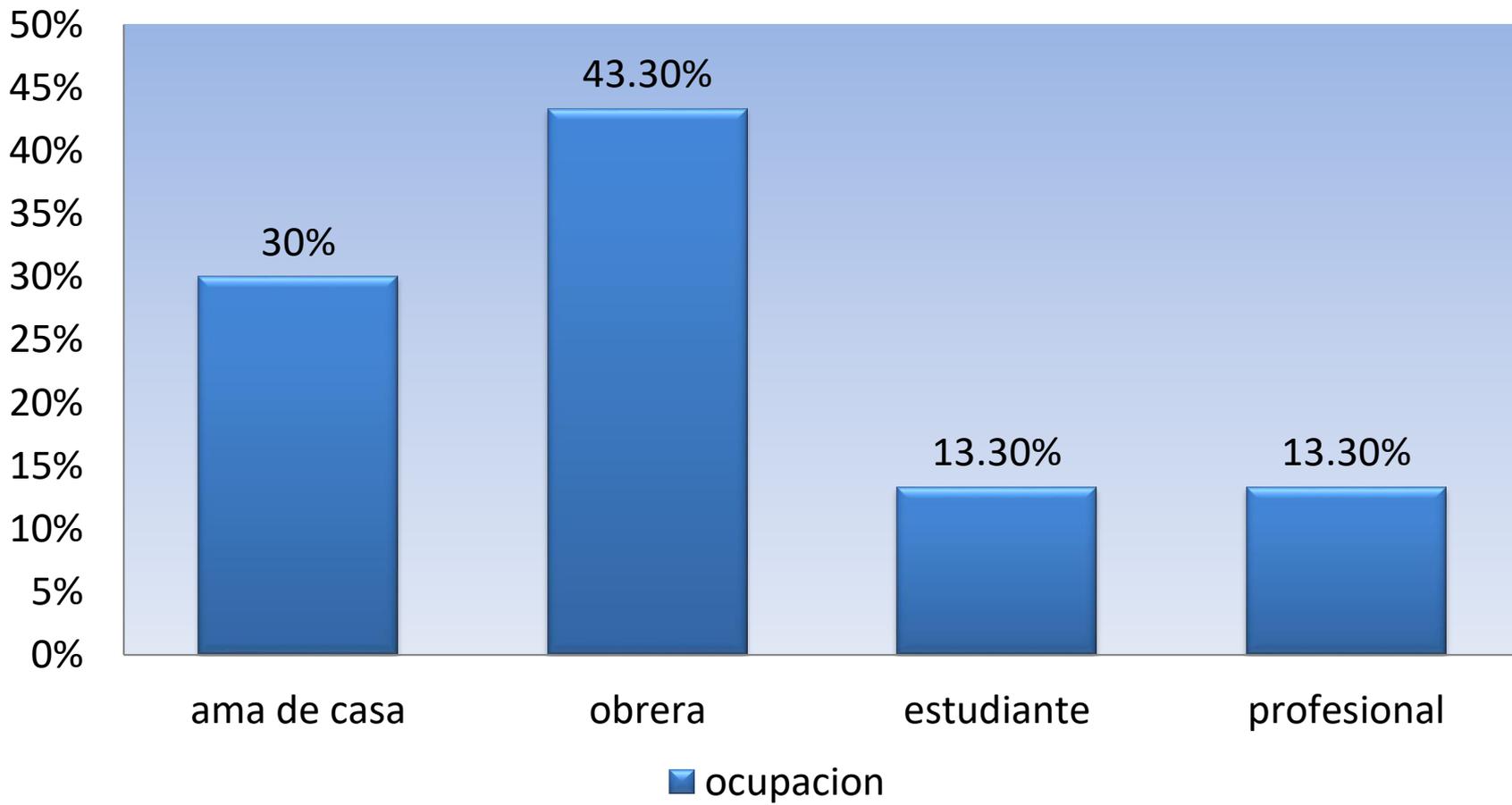
### GRAFICO N°3

relación de la procedencia en frecuencia y porcentaje de las mujeres en estudio



FUENTE TABLA N°1

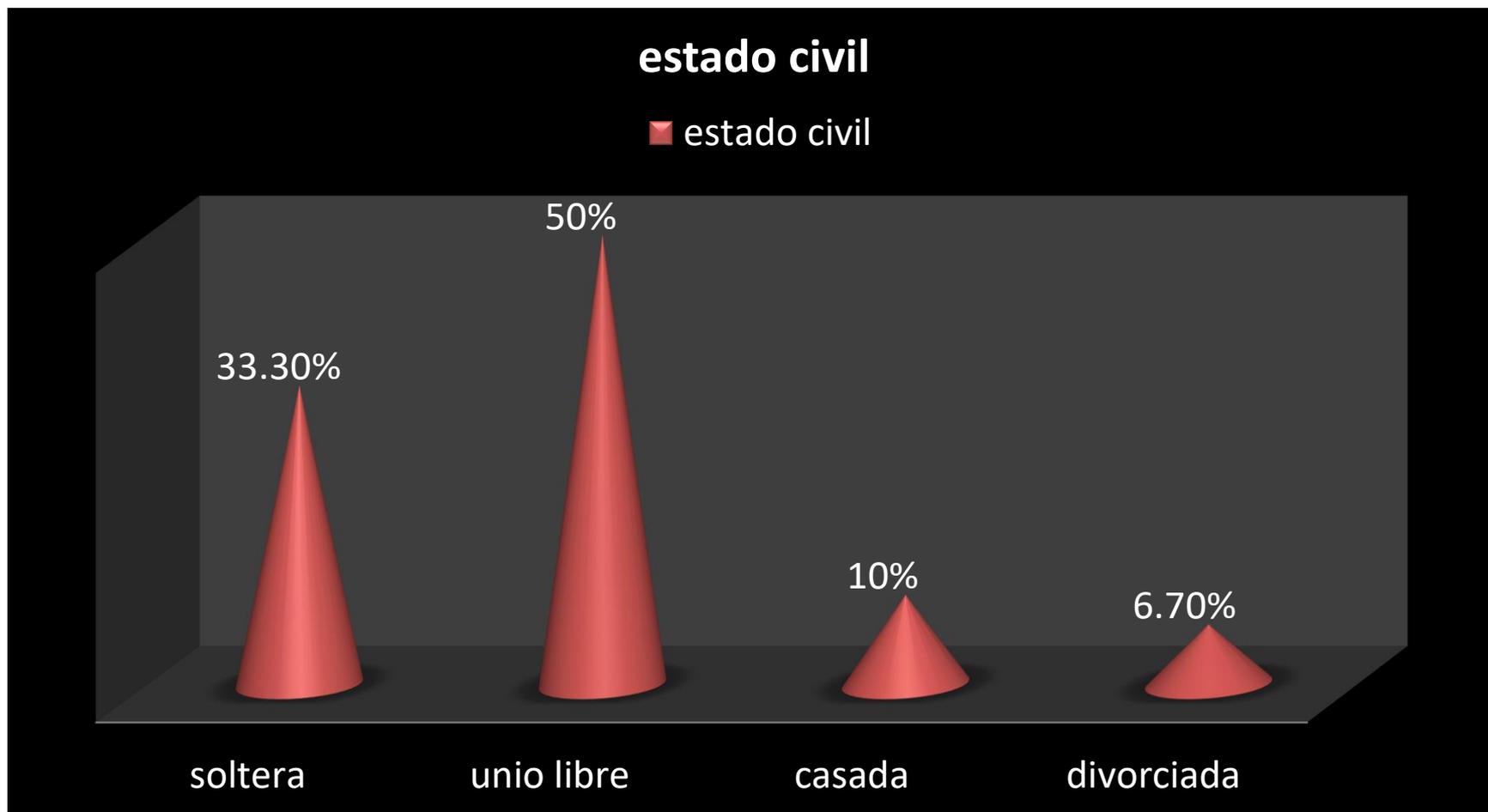
**GRAFICO N°4**  
**Relación de Ocupación en Frecuencia y Porcentaje del grupo de mujeres en estudio.**



FUENTE TABLA N°1

## GRAFICO N°5

Relación de estado civil en Frecuencia y Porcentaje del grupo de mujeres en estudio.



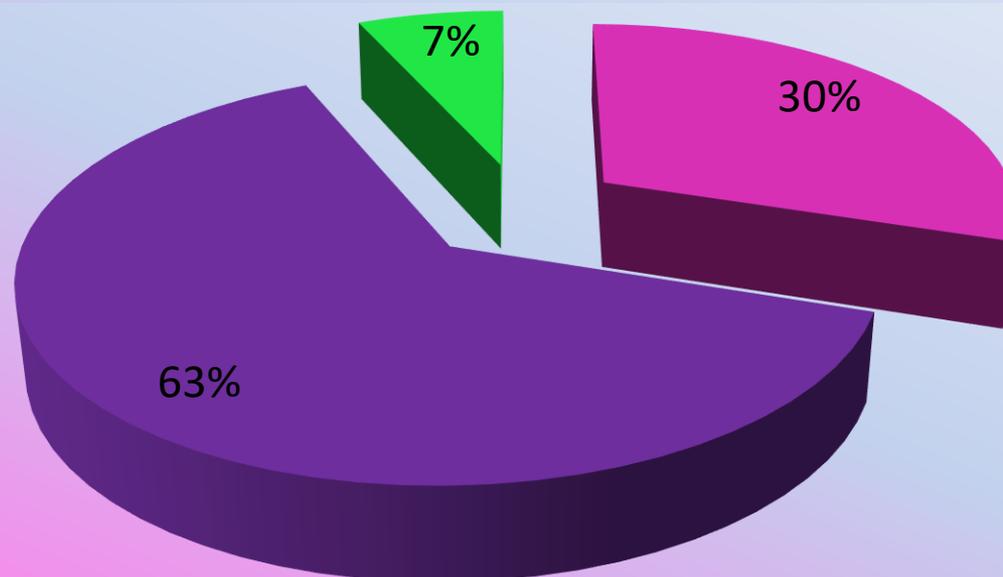
FUENTE TABLA N°1

## GRAFICO N°6

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

### IVSA

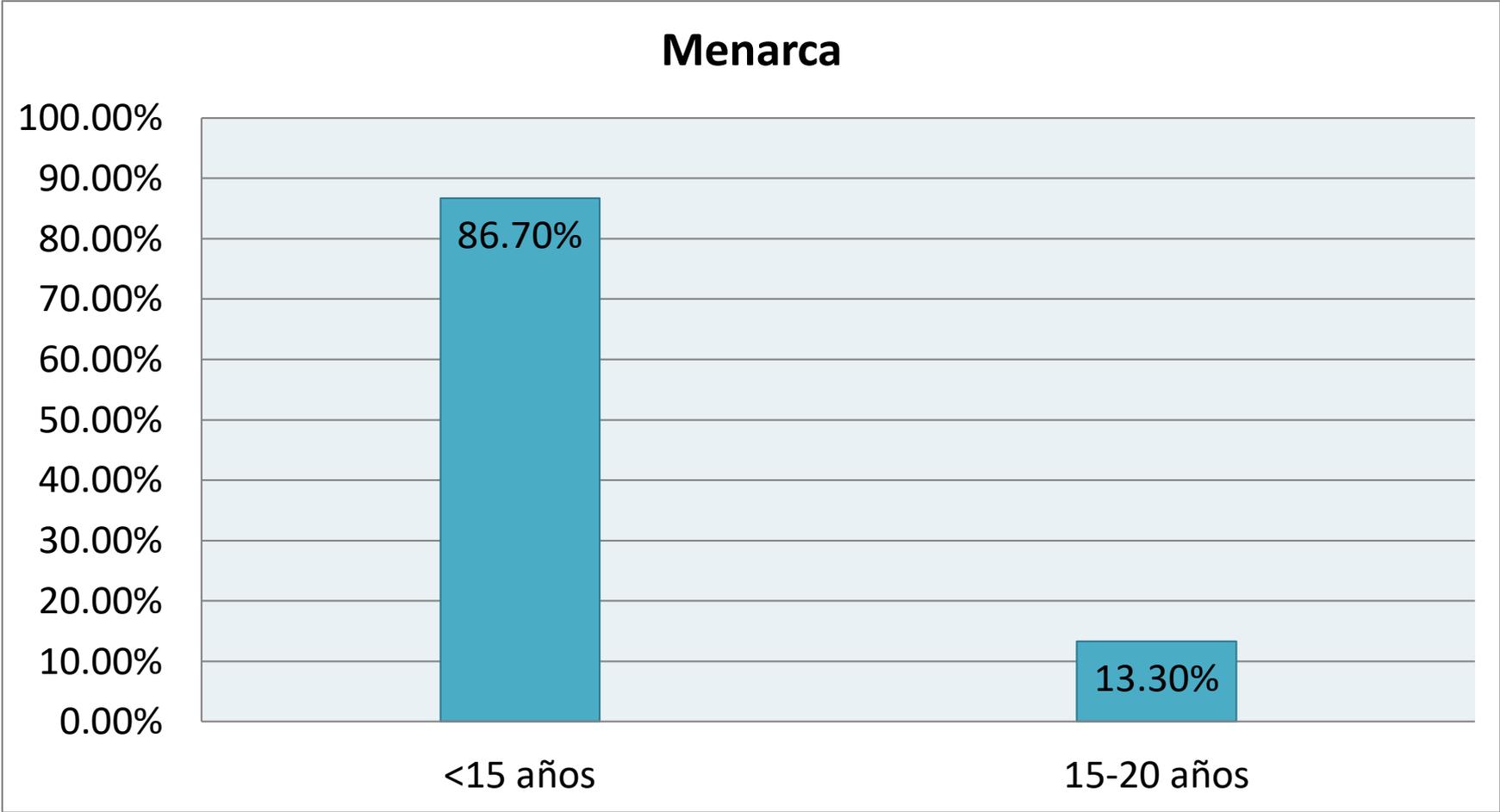
■ <15 años   ■ 15-20 años   ■ >20años



FUENTE TABLA N°2

**GRAFICO N°7**

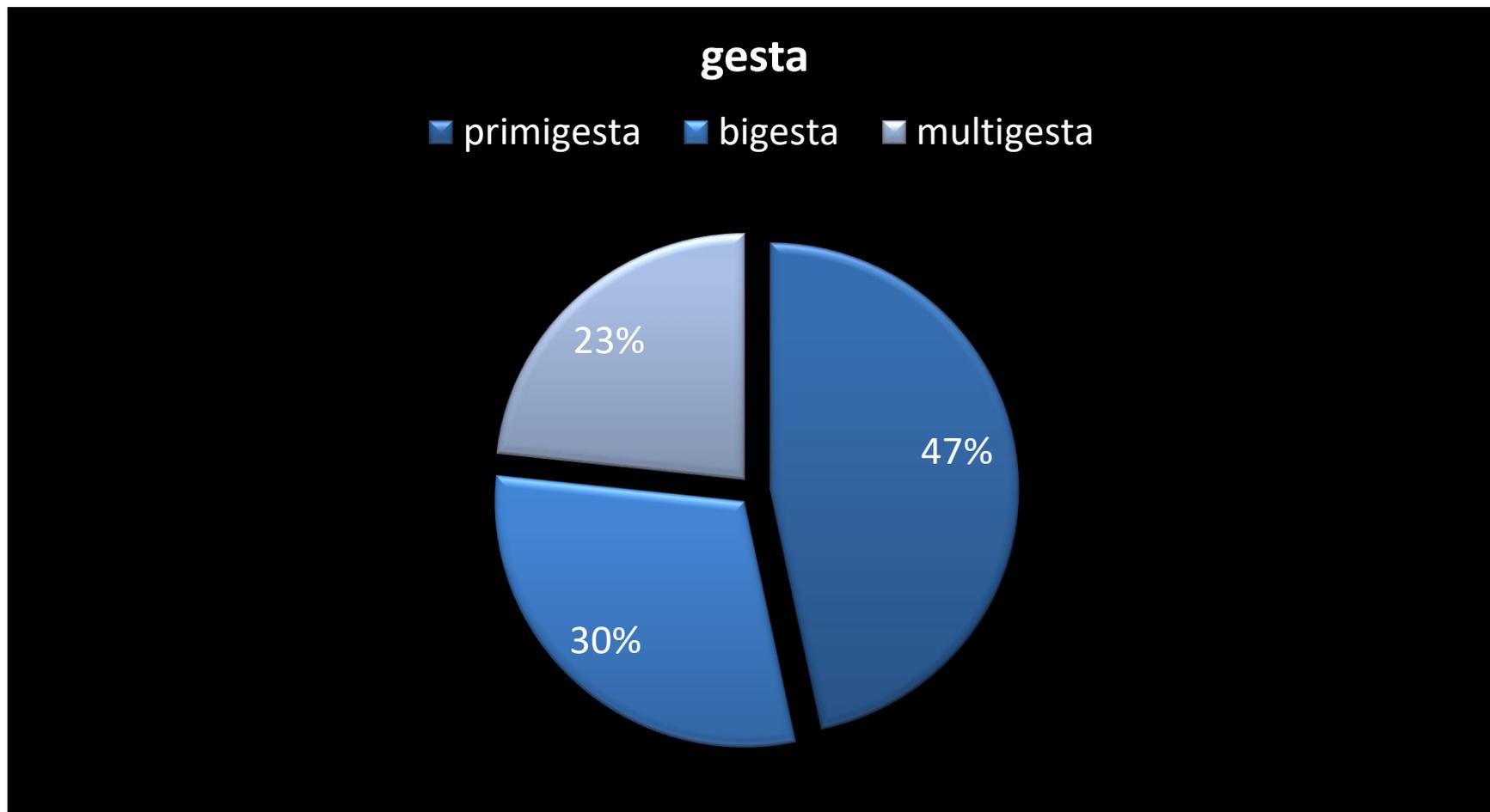
**Relación de Menarca en Frecuencia y Porcentaje del grupo de mujeres en estudio.**



FUENTE TABLA N°2

## GRAFICO N°8

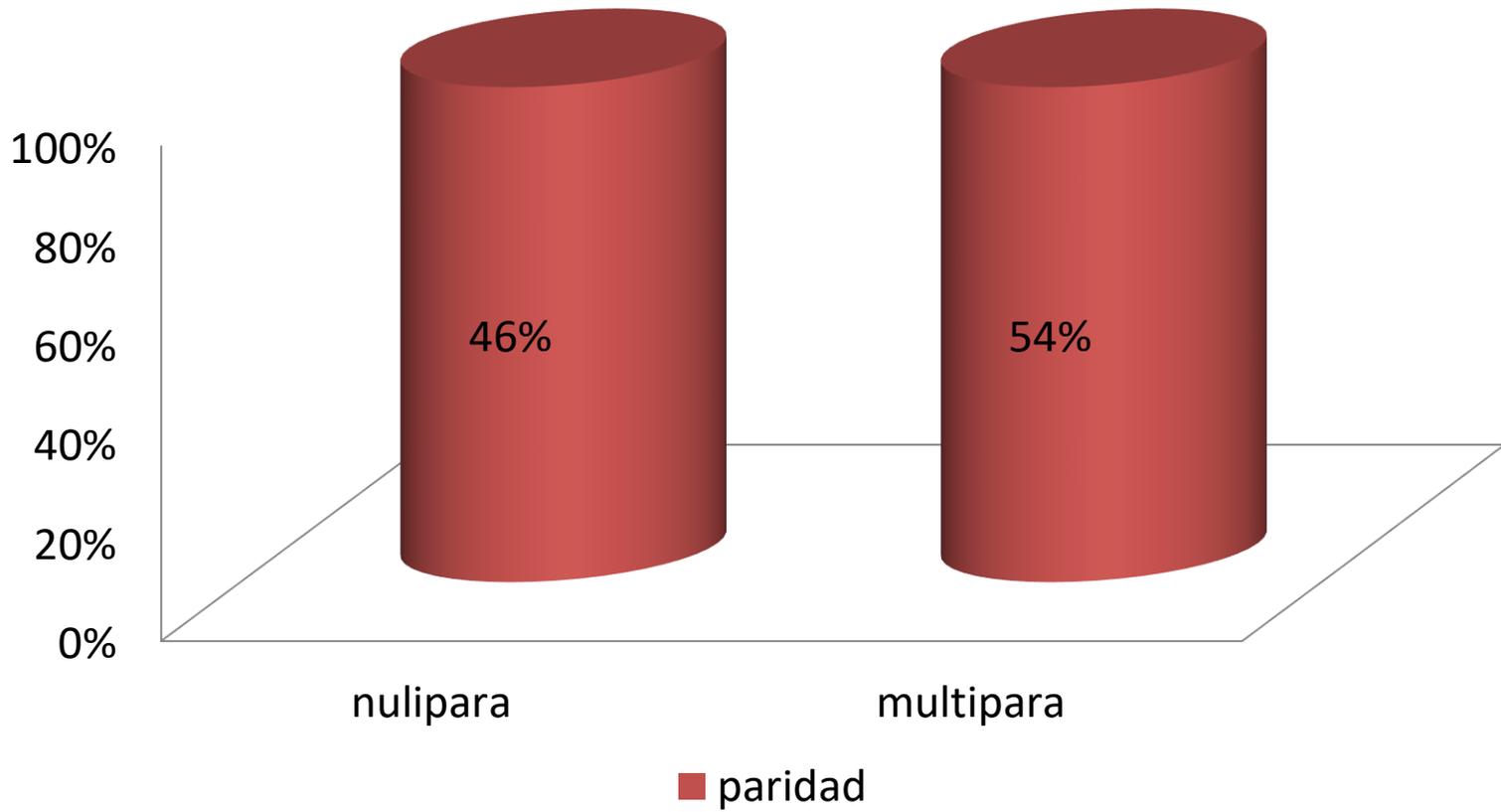
Relación de Gesta en Frecuencia y Porcentaje del grupo de mujeres en estudio.



FUENTE TABLA N°2

### GRAFICO N°9

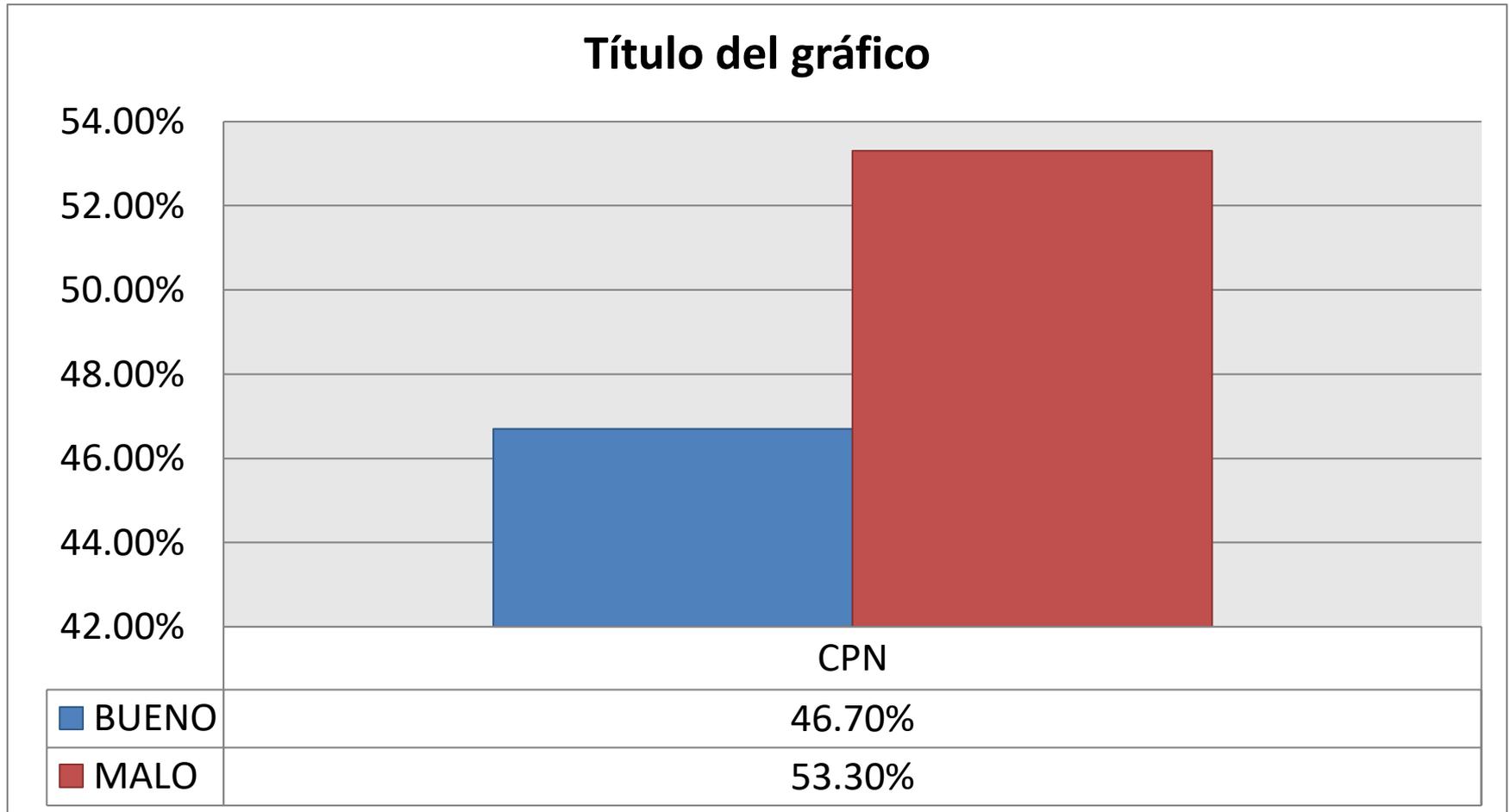
Relación de para en Frecuencia y Porcentaje del grupo de mujeres en estudio.



FUENTE TABLA N°2

## GRAFICO N°10

Relación de calidad de APN en Frecuencia y Porcentaje del grupo de mujeres en estudio.

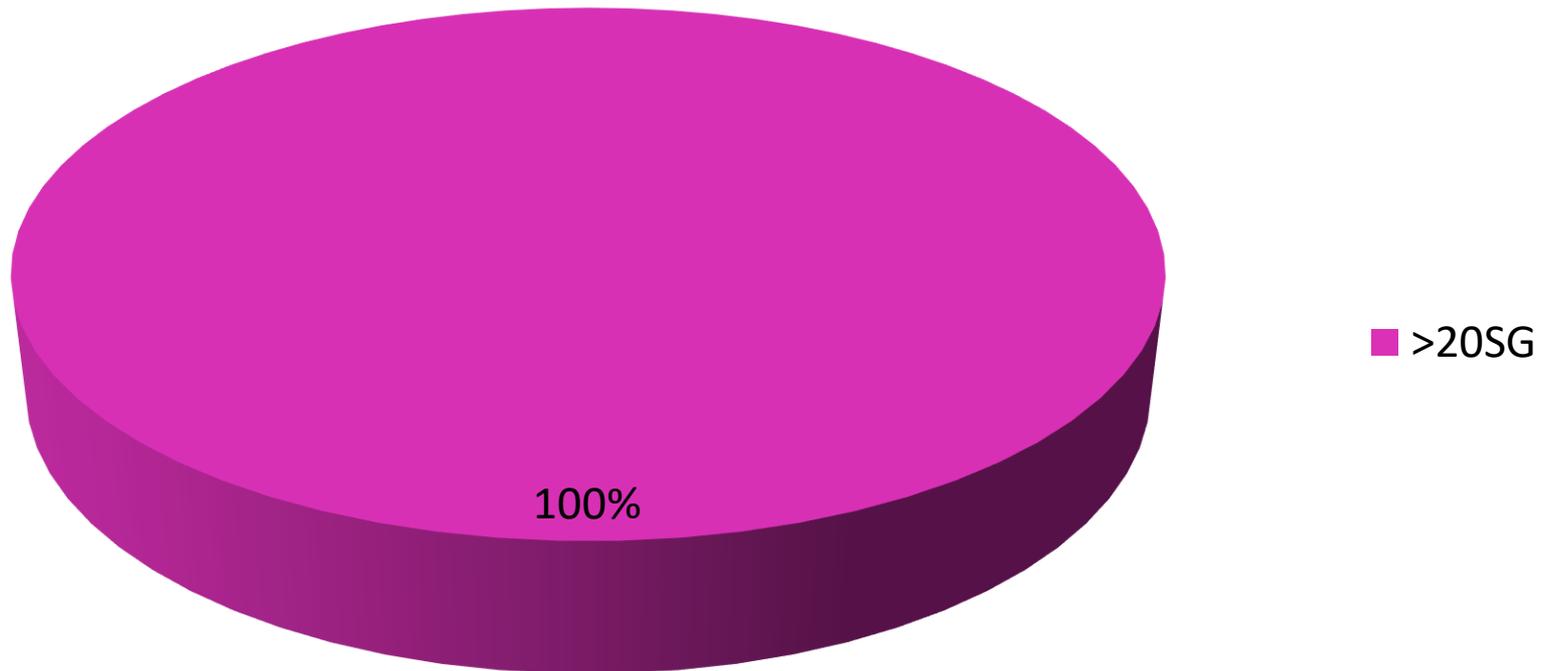


FUENTE TABLA N°2

## GRAFICO N°11

Relación de semanas de gestación en Frecuencia y Porcentaje del grupo de mujeres en estudio.

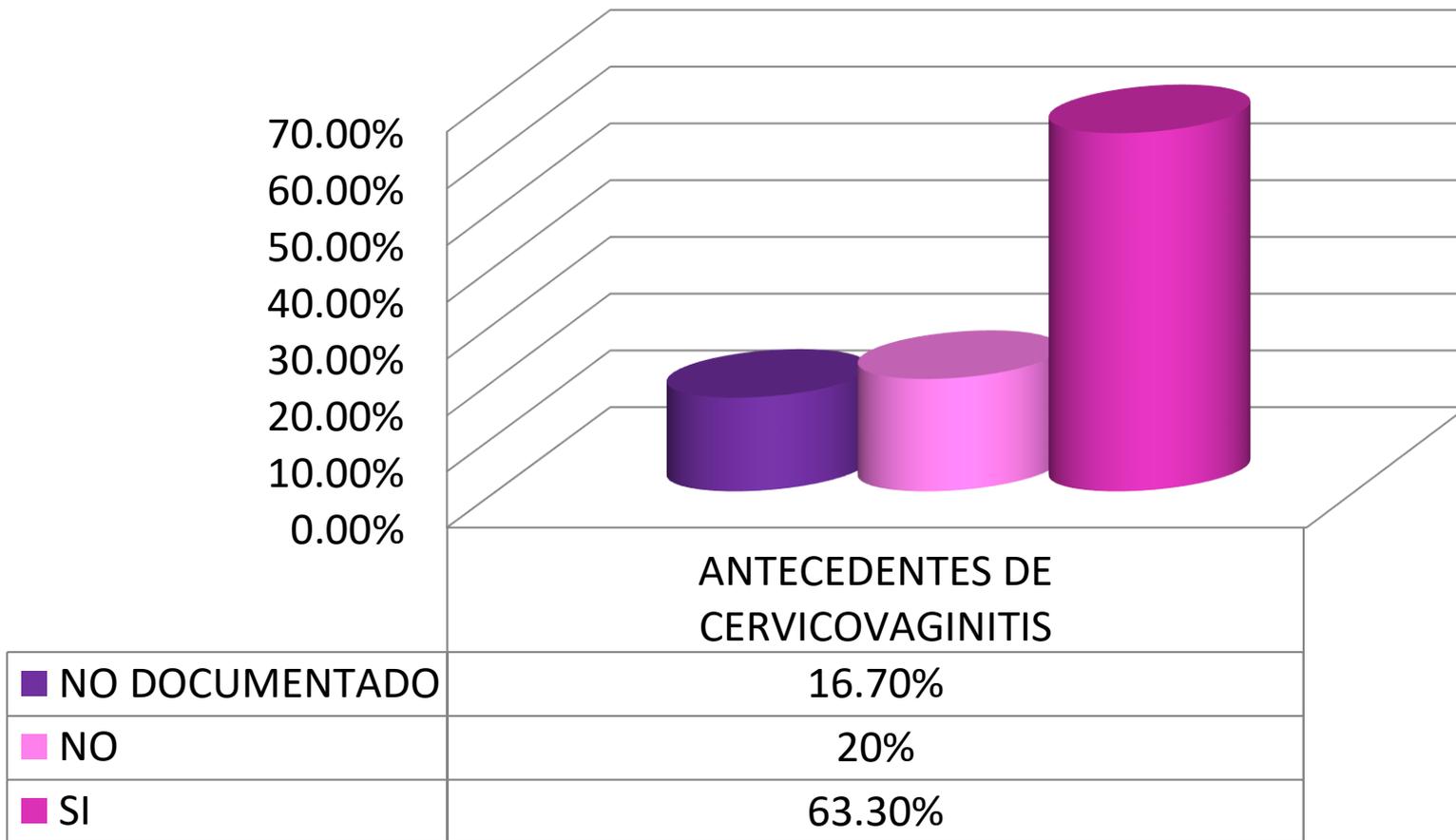
### EDAD GESTACIONAL



FUENTE TABLA N°2

## GRAFICO N°12

Relación de antecedentes de cervicovaginitis en Frecuencia y Porcentaje del grupo de mujeres en estudio.



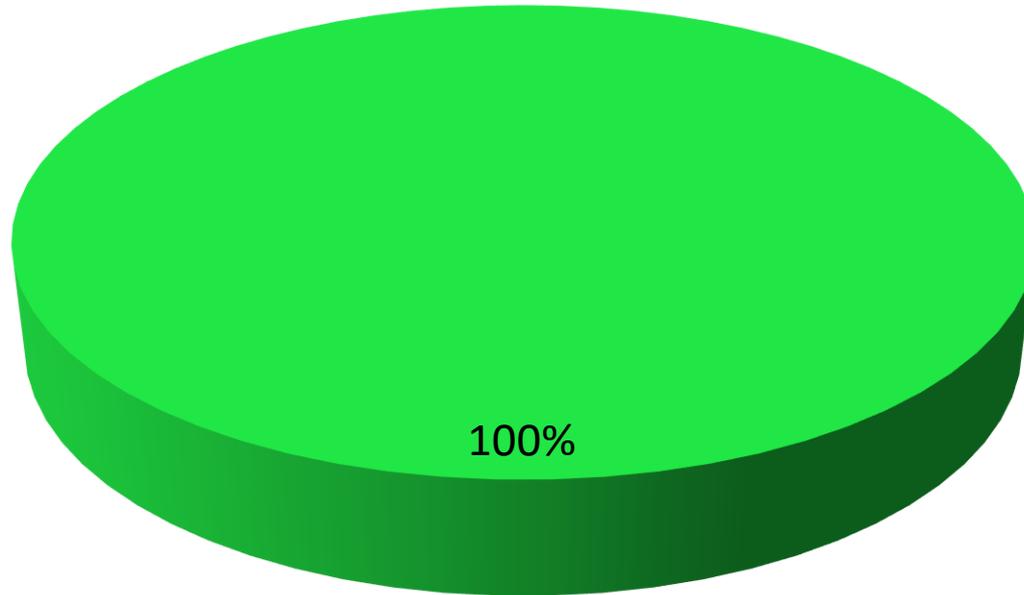
FUENTE TABLA N°2

### GRAFICO N°13

Relación de examen bacteriológico en Frecuencia y Porcentaje del grupo de mujeres en estudio.

## examen bacteriologico

■ no realizado



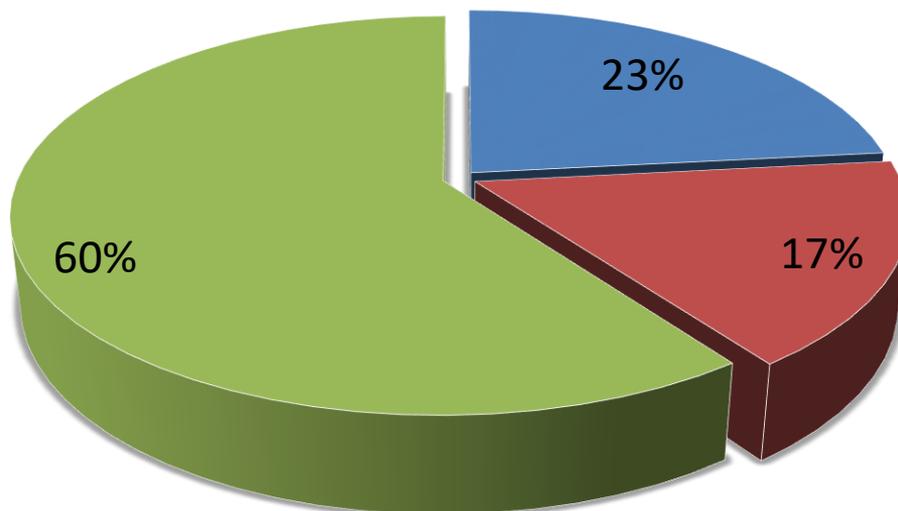
FUENTE TABLA N°3

## GRAFICO N°14

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

### sintomatologia

- Leucorrea, prurito
- leucorrea,prurito,eritema vulvar
- leucorrea,prurito,dispareunia
- 



FUENTE TABLA N°4

## GRAFICO N°15

■ secrecion vaginal   ■ prurito   ■ dispareunia   ■ eritema vulvar

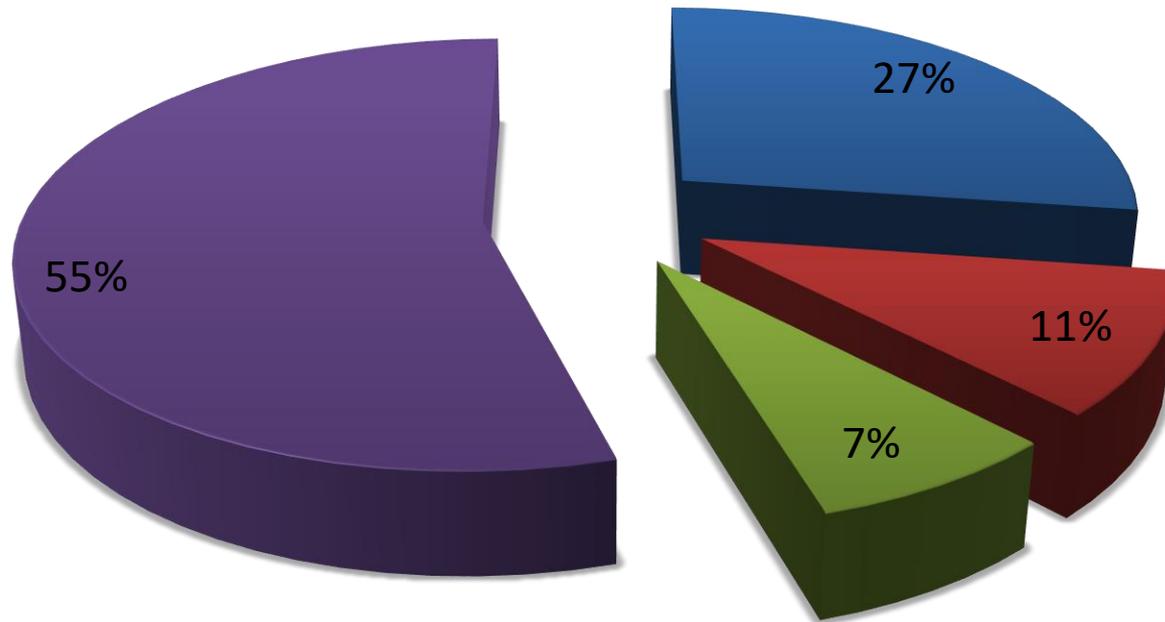


FUENTE TABLA N°4

## GRAFICO N°16

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

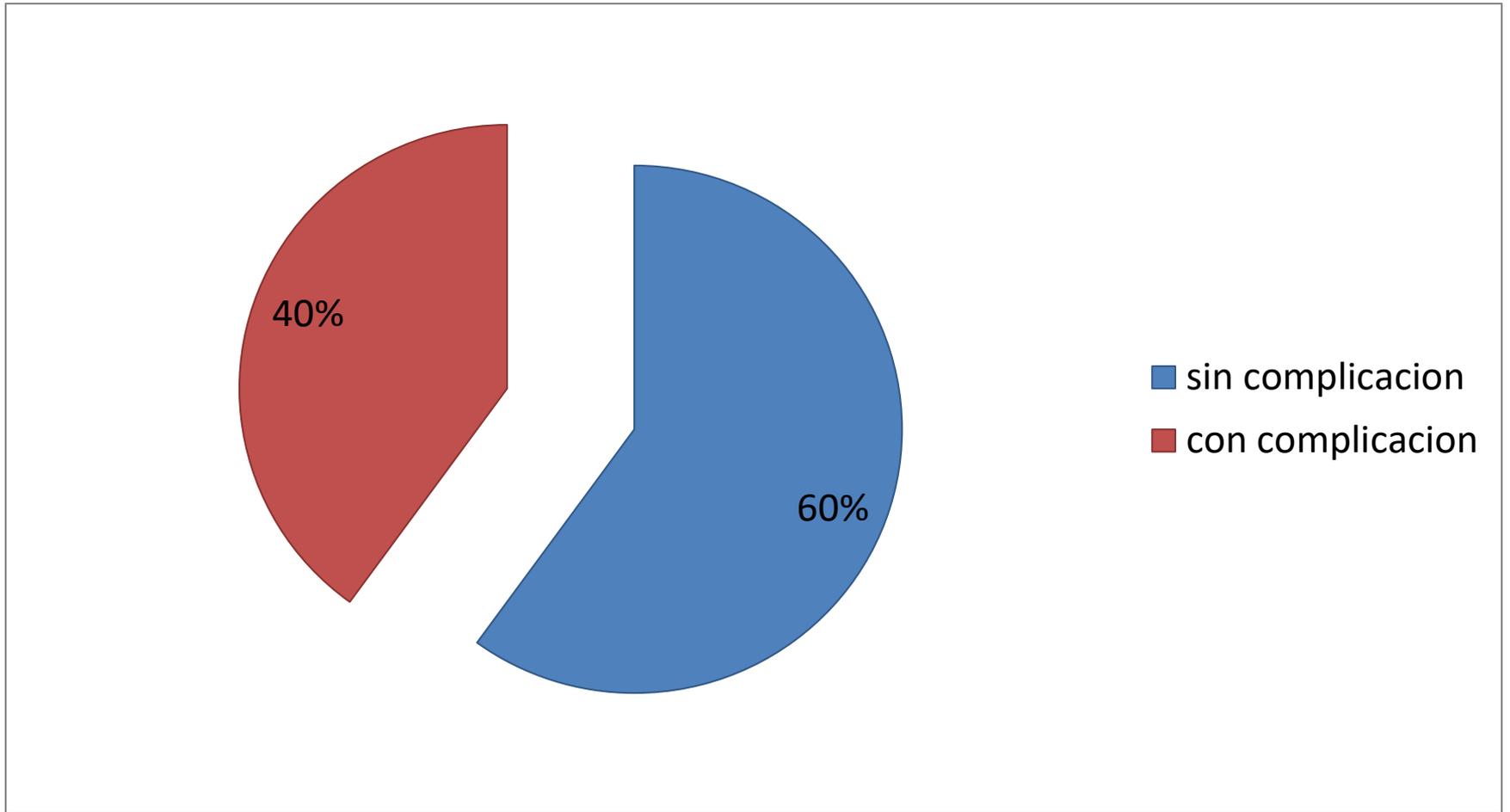
■ infección de vías urinarias ■ RPM ■ Diabetes



FUENTE TABLA N°4

## GRAFICO N°17

Relación de evolución del embarazo en Frecuencia y Porcentaje del grupo de mujeres en estudio.



FUENTE TABLA N°4