

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA**



TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION:

VAGINITIS Y VAGINOSIS BACTERIANA EN MUJERES DE EDAD FERTIL, QUE CONSULTAN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR CANTÓN EL NIÑO, SAN MIGUEL Y TROMPINA, SOCIEDAD, MORAZÁN. EN EL PERIODO DE OCTUBRE A NOVIEMBRE DE 2012.

PRESENTADO POR:

NANCY JOHANA GUEVARA PADILLA.
JAMILTON ALEXANDER LOVO YANES.

PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE:

DOCTOR EN MEDICINA.

DOCENTE ASESOR:

Dr. WILFREDO PÉREZ ROSALES.

**FEBRERO DE 2013
SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES**

INGENIERO MARIO ROBERTO NIETO LOVO

RECTOR

MAESTRA ANA MARÍA GLOWER DE ALVARADO

VICERRECTORA ACADÉMICA

(PENDIENTE DE ELECCIÓN)

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

DOCTORA ANA LETICIA ZA VALETA DE AMAYA

SECRETARIA GENERAL

LICENCIADO FRANCISCO CRUZ LETONA

FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

MAESTRO CRISTOBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ.

DECANO

LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ

VICEDECANO

MAESTRO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ

SECRETARIO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY

JEFE DEL DEPARTAMENTO

**COMISIÓN COORDINADORA DEL PROCESO DE GRADUACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO.

COORDINADORA GENERAL

MAESTRA SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTÍNEZ

PACHECO

MIEMBRO DE LA COMISIÓN

MAESTRA OLGA YANETT GIRÓN DE VÁSQUEZ

MIEMBRO DE LA COMISIÓN

ASESORES

DOCTOR WILFREDO PÉREZ ROSALES

DOCENTE ASESOR

MAESTRA SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTÍNEZ

PACHECO

MAESTRA OLGA YANETT GIRÓN DE VÁSQUEZ

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

ASESORAS DE METODOLOGÍA

LICENCIADA VILMA YOLANDA CONTRERAS ALFARO

ASESORA DE ESTADÍSTICA

JURADO CALIFICADOR

DOCTOR WILFREDO PÉREZ ROSALES

DOCENTE ASESOR

DOCTOR HENRY RIVERA VILLATORO

MIEMBRO DEL JURADO

DOCTOR AMADEO ARTURO CABRERA GUILLÉN

MIEMBRO DEL JURADO

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por poner en mi camino las personas que han sido mi soporte y acompañarme durante todo el periodo de estudio dándome salud para lograr mis objetivos y por su infinita bondad y amor.

A mis padres: Santos Cecilio Guevara Ortiz y Milagro del Rosario Padilla de Guevara por su apoyo y por creer en mí y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, para poder alcanzar mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y por el orgullo que sienten por mí, que fue lo que me hizo ir hasta el final y me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mi abuela María Francisca de Padilla quien ha sido un gran apoyo para seguir adelante en aquellos momentos difíciles de mis estudios por su motivación, consejos, oraciones y amor que la caracteriza.

A mis hermanos Vanesa, Alejandra y Juan Carlos Guevara Padilla por su apoyo y motivación durante todo este tiempo de estudio y en especial en los momentos difíciles.

A mis tíos Salvador Padilla y mi madrina Cristina de Padilla: que han sido de gran apoyo en los momentos difíciles de mi formación profesional, que con sus consejos, oraciones y motivación han estado durante toda mi formación.

A mis amigos Karen Ponce, Nadia Portillo, Liliana Arévalo, Ernesto Reyes, German Yanes, Hamilton Lovo, Mario Morales y demás amigos/as y compañeros por su gran apoyo mutuo en mi formación profesional por sus consejos y en especial por su amistad además por estar siempre en los buenos y malos momentos brindando su amistad y compañerismo.

Finalmente a mis docentes que han marcado una gran etapa en mi formación universitaria y por todos los conocimientos que me han brindado durante todo este tiempo el apoyo en la realización de la tesis.

Nancy Johana Guevara Padilla.

DEDICATORIA

A DIOS TODOPODEROSO:

Que a través de Jesucristo me da la capacidad y fuerza para lograr y alcanzar mis objetivos en la vida, así como a mi Padre en la Fe, Samuel Joaquín Flores por sus incesables consejos y oraciones.

A MIS PADRES:

Cándida Yanes Vda. de Lovo y José Justo Lovo Guzmán (Q.D.D.G.) por su confianza inmensa y apoyo incondicional, por estar siempre a mi lado tanto en los buenos y malos momentos apoyándome, ante todo Madre por ser mi pilar de apoyo y ejemplo de superación, al demostrarme que con trabajo y empeño las metas se pueden lograr. Eres quien impulsa mis fuerzas para lograr las metas que me propongo. Siempre estaré eternamente agradecido y honrado por tener los mejores padres que la vida me pudo haber otorgado.

A MIS HERMANOS:

Wilman Lovo e Iris Lovo, por apoyarme, y estar siempre presente ayudándome infinitamente para lograr lo que tanto he deseado, los quiero mucho.

A MIS MAESTROS:

Por su aporte, desde el comienzo de mi formación, mil gracias.

A MIS AMIGOS ESPECIALES Y COMPAÑEROS:

A todos mis compañeros de estudio, a mis compañeros del grupo de internado y sobre todo a mis amistades con quienes he compartido momentos de alegrías, tristezas y preocupaciones, que con mucho humor disimulamos las penas, gracias por ser como son los quiero mucho (Nancy, Ana, Fanny, Danilo, Claudia e Ingrid.)

JAMILTON ALEXANDER LOVO YANES.

INDICE

TABLA DE CONTENIDO	PAG.
LISTA DE CUADROS.....	x
LISTA DE GRÁFICOS.....	xi
LISTA DE FIGURAS.....	xii
LISTA DE ANEXOS.....	xiii
RESUMEN.....	xiv
1. INTRODUCCION.....	16
1.1. Antecedentes del problema.....	16
1.2. Enunciado del problema.....	20
1.3. Objetivos de la investigación.....	21
2. MARCO TEÓRICO.....	22
3. SISTEMA DE HIPÓTESIS.....	51
4. DISEÑO METODOLOGICO.....	54
5. RESULTADOS.....	67
6. DISCUSIÓN.....	115
7. CONCLUSIONES.....	118
8. RECOMENDACIONES.....	120
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	123

LISTA DE CUADROS	PAG.
Cuadro 1. Distribución de la población según la edad.....	67
Cuadro 2. Estado familiar de la población en investigación.....	69
Cuadro 3. Ocupación de la población investigada.....	71
Cuadro 4. ¿Sabe leer?.....	73
Cuadro 5. ¿Sabe escribir?.....	75
Cuadro 6. Nivel de Escolaridad en la población de estudio.....	77
Cuadro 7. Reporte citológico en las mujeres que mantienen Relaciones sexuales.....	79
Cuadro 8. Preferencia sexual.....	81
Cuadro 9. Reporte citológico con edad de inicio de relaciones sexual.....	83
Cuadro 10. Reporte citológico en relación con el tipo de práctica sexual.....	85
Cuadro 11. Reporte citológico con el número de parejas sexuales que tiene actualmente	87
Cuadro 12. Relación de Infidelidad con el reporte citológico.....	89
Cuadro 13. Relación del Aseo genital posterior al coito con el Reporte citológico.....	91
Cuadro 14. Relación del Uso de preservativo con el reporte citológico.....	93
Cuadro 15. Relación de cual compañero sexual utiliza preservativo con reporte citológico.....	95
Cuadro 16. Reporte citológico en relación con la consejería de Salud sexual y reproductiva.....	97

LISTA DE GRÁFICOS	PAG.
Cuadro 1. Distribución de la población según la edad.....	68
Cuadro 2. Estado familiar de la población en investigación.....	70
Cuadro 3. Ocupación de la población investigada.....	72
Cuadro 4. ¿Sabe leer?.....	74
Cuadro 5. ¿Sabe escribir?.....	76
Cuadro 6. Nivel de Escolaridad en la población de estudio.....	78
Cuadro 7. Reporte citológico en las mujeres que mantienen Relaciones sexuales.....	80
Cuadro 8. Preferencia sexual.....	82
Cuadro 9. Reporte citológico con edad de inicio de relaciones sexual.....	84
Cuadro 10. Reporte citológico en relación con el tipo de práctica sexual.....	86
Cuadro 11. Reporte citológico con el número de parejas sexuales que tiene actualmente.....	88
Cuadro 12. Relación de Infidelidad con el reporte citológico.....	90
Cuadro 13. Relación del Aseo genital posterior al coito con el Reporte citológico.....	92
Cuadro 14. Relación del Uso de preservativo con el reporte citológico.....	94
Cuadro 15. Relación de cual compañero sexual utiliza preservativo con reporte citológico.....	96
Cuadro 16. Reporte citológico en relación con la consejería de Salud sexual y reproductiva.....	98

LISTA DE FIGURAS	PAG.
Figura 1 Equipo para toma de citología cervico – vaginal.....	141
Figura 2 Espátula de ayre.....	141
Figura 3 citobrush.....	142
Figura 4 Región cervico – vaginal.....	142
Figura 5 Lamina de con la muestra.....	143
Figura 6 Toma de Papanicolau.....	143

LISTA DE ANEXOS

PAG.

1- Glosario.....127

2- Flujograma de Vaginosis bacteriana.....131

3- Flujograma de vaginitis por Trichomoniasis.....132

4- Flujograma de vaginitis por Cándida.....133

5- Consentimiento informado.....134

6- Cedula de entrevista.....135

7- Hoja de solicitud y reporte de citología cervico vaginal.....137

8- Área bajo la curva normal tipificada.....138

9- Cronograma de actividades.....139

10- Presupuesto y finanzas.....140

RESUMEN

En las Unidades Comunitarias de Salud familiar Cantón El Niño en San Miguel y Trompina en Morazán durante el período comprendido de octubre a noviembre de 2012, Se investigó la presencia de vaginitis y/o vaginosis bacteriana en mujeres de edad fértil y se identificaron hábitos sexuales de riesgo predisponentes para estas patologías. **Los objetivos** consisten en efectuar la toma de citología cervico- vaginal, clasificar según orden de frecuencia los agentes etiológicos causantes de vaginitis y Vaginosis bacteriana y de igual forma determinar las características sociodemográficas y hábitos sexuales predisponentes de infecciones vaginales de las mujeres de la unidad comunitaria de salud familiar en estudio. **Metodología** la investigación es descriptivo, prospectivo, transversal y de campo, la población muestreada fue de 174 pacientes provenientes del área rural, los criterios de inclusión fueron pacientes femeninas voluntarias de 10 a 49 años de edad, vivir en el área geográfica de influencia de las unidades de salud en estudio y los criterios de exclusión: mujeres gestantes, o durante el periodo menstrual y enfermedades co-morbidas. El tipo de muestreo utilizada fue no probabilístico. Las técnicas de obtención de la información la documental bibliográfica y hemerográfica y de campo haciendo uso de una cédula de entrevista y la toma de la citología cervico vaginal. **Resultados:** En base al reporte citológico cervico- vaginales el resultado considerado según orden de frecuencia, la vaginitis inespecífica (39.08%) la Vaginosis bacteriana (20.11%), la candidiasis (9.77%), vaginitis atrófica (5.17%) y la tricomoniasis (1.15%).

Las características sociodemográficas que presentan con frecuencia las mujeres son la baja escolaridad 21% y la procedencia rural 100% ya que existe poca accesibilidad a la educación. Los hábitos sexuales que predisponen a las mujeres a infección son la práctica sexual vaginal el 41% que con mayor frecuencia presentan infección vaginal, el número de compañeros sexuales, uso inadecuado del preservativo 43% , el aseo genital posterior al coito 81%, queda claro que es de suma importancia aumentar estudios específicos para determinar el agente causal de vaginitis inespecíficas que es la más frecuente que se obtiene al tomar estudio citológicos cervico-vaginales.

Palabras Claves. Relación, Leucorrea, Vaginitis, Vaginosis bacteriana, Trichomoniasis, Candidiasis, Diagnósticos, Tratamiento.

1. INTRODUCCIÓN.

1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

La vaginitis y vaginosis bacteriana son consideradas dos patologías menores, por ginecólogos y especialistas en el área. Por ende es frecuente que el diagnóstico y tratamiento de esta patología sea ejecutado en el Primer Nivel de Atención en Salud, que es donde realmente se pone de manifiesto dicha problemática (primera causa de consulta ginecológica)* y el impacto que ocasiona su costo económico en la utilización de recursos humanos y materiales, dirigidos al diagnóstico clínico y tratamiento farmacológico de las pacientes que presentan dichas patologías y que acuden a consultar las Unidad comunitaria en salud familiar del Ministerio de Salud (MINSAL).

El estudio cito patológico cervico - vaginal es uno de los estudios de tamizaje específico para detectar lesión pre malignas de la región intraepitelial escamo cilíndrica del cérvix uterino, pero al igual tienen la capacidad de identificar secundariamente algunos causales de vaginitis y vaginosis bacteriana en la región cervico - vaginal.

*Ministerio de Salud, Republica de El Salvador. Morbi-mortalidad SIMMOW
<http://simmow.salud.gob.sv/>

Además es de hacer notar, que es el estudio con el que cuenta el Ministerio de Salud en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar por lo que ejecutar la investigación resulta de mayor factibilidad a través de este estudio.

La inflamación de la vagina y la presencia de leucorrea, sustenta el diagnóstico ginecológico más frecuente en mujeres en edad reproductiva que consultan en clínicas de primer nivel y a los servicios de ginecología y obstetricia en los Estados Unidos. (13)

En el Instituto Mexicano del Seguro Social esta entidad clínica se ubica dentro de las primeras causas de demanda de atención dentro de las unidades de medicina familiar. Su prevalencia real se desconoce debido a que aproximadamente de un tercio a la mitad de las mujeres con esta condición son asintomáticas y por otro lado la prevalencia varía de acuerdo con la población estudiada. (13)

Otro estudio transversal llevado a cabo en Lima Perú de enero a marzo de 1998 en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, se estudiaron 370 pacientes, se les tomó muestras de flujo vaginal, los resultados de infección vaginal fue de 42.2%; siendo vaginosis bacteriana la infección más frecuente (23.24%), seguido de candidiasis vaginal (16.2%) y tricomoniasis vaginal (7.8%). Vaginosis bacteriana estuvo asociada a mal olor postcoital, ausencia de signos inflamatorios en vagina, flujo vaginal blanquecino, lechoso, homogéneo y fétido. La candidiasis

vaginal estuvo asociada a prurito, ardor vulvovaginal, eritema vulvar y vaginal, flujo vaginal amarillento, grumoso sin olor, test de amina negativo; así como ausencia de relaciones sexuales, ningún compañero sexual en el último año, ninguna gestación, una vida sexual menor de dos años y paridad de ninguno a un hijo. La tricomoniasis vaginal estuvo asociada a eritema vaginal, flujo vaginal amarillo verdoso, espumoso, homogéneo y fétido y test de amina positivo.(4)

En otro estudio realizado en Cuba La Habana en mayo a agosto del 2000 se estudiaron 300 exudados vaginales procedentes de pacientes que acudieron a la consulta de ginecología por presentar leucorrea. Se obtuvo el 50,3 % de positividad en las muestras. *Candida sp.* Fue el microorganismo más aislado con el 22,3 %, seguido de vaginosis bacteriana (VB) 19,7 % y *Mycoplasma hominis* 4,7 %.(8)

En El Salvador de enero a diciembre de 2011, los casos de vaginitis fueron 3,213 del total de consultas. Desglosándose de la siguiente manera: Consultas de primera vez 2,140 y Subsecuentes 1,832. Presentado la mayor incidencia en mujeres con edades entre 25 y 59 Años. Ubicándose en la primer lugar de las diez primera causas de la consulta ginecológica en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar. (10)

En el cantón El Niño, San Miguel en el año 2011, Se registraron 100 mujeres con diagnóstico de vaginitis por *Cándida sp* y 13 vaginitis por *Tricomonas*, el resto se desconoce de datos, debido a la falta de conocimiento para la digitación al sistema informático de salud nacional.(10)

Según un estudio realizado en Nueva Esparta, El Sauce La Unión y Trompina Morazán. El Salvador en el 2009, sobre la Prevalencia de Enfermedades Vaginales en Mujeres Embarazadas, participaron 120 pacientes de las cuales 108 presentaban infección vaginal, lo que representa el 90% de la población investigada, las citologías revelaron que el microorganismo mayormente asociado a infecciones vaginales durante el embarazo son: las bacterias en 29 pacientes (82.86%), seguida de hongos 5 (14.28%) y por último los parásitos 1(2.86%) además hubo una clasificación indeterminada con 72 pacientes.(6)

En El Salvador de junio a agosto de 2008 en Jucuaran, Usulután, San Gerardo y Tierra Blanca en San Miguel, se llevó a cabo la investigación sobre Factores de Riesgo, Recurrencia, Tipos y Complicaciones de Vaginitis en mujeres de 20-55 años de edad. El 85.80% de las mujeres encuestadas si presentaron recurrencia de infección por Vaginitis, detectada por el PAP. Y concluyó que los factores de riesgo para contraer vaginitis estaban presentes en la población que se estudió; el microorganismo causal de infecciones vaginales más frecuente fue la *cándida albicans*.

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.

De lo antes descrito se deriva el problema, que se enuncia de la siguiente manera.

¿Son la vaginosis bacteriana y la candidiasis vaginal las principales causas de infección vaginal presente en mujeres de edad fértil, que consultan las Unidades Comunitarias de Salud Familiar cantón El Niño, San Miguel y Trompina, Sociedad, Morazán, en el período de octubre a noviembre de 2012?

A la vez el grupo investigador trata de darle respuesta al siguiente enunciado específico: ¿Existen hábitos sexuales de riesgo en las mujeres con vaginitis y vaginosis bacteriana que consultan las Unidades Comunitarias de Salud Familiar cantón El Niño, San Miguel y Trompina, Sociedad, Morazán, en el período de octubre a noviembre de 2012?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar vaginitis y vaginosis bacteriana en mujeres de edad fértil, que consultan las Unidades Comunitarias de Salud Familiar cantón El Niño, San Miguel y Trompina, Sociedad, Morazán. En el periodo de octubre a noviembre de 2012.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Clasificar los agentes etiológicos causantes de vaginitis y vaginosis bacteriana mediante reporte citológico que predominan en la población de estudio.
2. Determinar las características socio - demográficos de las mujeres de edad fértil que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar en estudio.
3. Identificar hábitos sexuales de riesgo en las mujeres con vaginitis y Vaginosis bacteriana que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar en estudio.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 GENERALIDADES DE LAS INFECCIONES VAGINALES.

La forma más frecuente de vaginitis en Estados Unidos es la Vaginosis bacteriana. Se pueden encontrar bacterias anaerobias en menos del 1% de la flora vaginal de las mujeres normales. (1)

Es importante tener presente que la vagina se limpia por sí misma, ya que sus paredes generan fluidos que arrastra las células muertas y otros microorganismos al exterior. Este líquido es viscosos y sin olor, cuya producción aumenta al ovular y durante la excitación sexual. (2)

Las vulvovaginitis son unos de los problemas principales en la práctica clínica del ginecólogo; se estiman frecuencias de hasta el 20% de las mujeres por año pueden sufrir un proceso infeccioso vulvovaginal. (3)

Deberíamos pensar en vulvovaginitis como un complejo sindrómico; y aunque lo primero que se nos venga a la cabeza sea la causa infecciosa, también deberemos tener presente otras causas no infecciosas en el diagnóstico diferencial. (3)

La vulvovaginitis es la inflamación de la vulva, la vagina o ambas estructuras a la vez; pero hay otras patologías como las uretritis, las cistitis o las cervicitis que comparten síntomas con la estricta inflamación vaginal. De hecho hay autores que tratan cervicitis y vaginitis como la misma entidad. (3)

Además vulvovaginitis (VV) se podría considerar un término poco afortunado, ya que no englobaría la vaginosis bacteriana (VB), que no produce una respuesta inflamatoria y es una de las causas principales de consulta, relacionado con sintomatología vaginal. (3)

Hay casos de vulvovaginitis recurrentes; secundarios a candida o herpes especialmente que son difíciles de erradicar y pueden llevar a la desesperación a la paciente y al clínico en su manejo. Alrededor del 90 % de las mujeres con sintomatología están causadas por vaginosis bacterianas, candida, trichomonas. Las cuales tienen en común la presencia de leucorrea. (3)

El término leucorrea viene del griego "leucos, blanco y rrea, fluir o fluido": flujo blanquecino de las vías genitales femeninas. Es uno de los síntomas más frecuentes por los que una mujer acude a consulta médica. (Tanto como el sangrado y el dolor). Nos hemos referido a una clasificación topográfica pero podríamos ser más esquemáticos y referirnos a la etiología:

- Leucorrea infecciosa, por gérmenes patógenos.
- Leucorrea discrásica, por hipoestrogenismo de origen vaginal.

- Leucorrea irritativa, por hipersecreción refleja, casi siempre vestibular.
- Las más frecuentes son infecciosas y parasitarias, dando origen a las cervico-vaginitis o infecciones genitales bajas.

Debido a su localización y a su estructura anatómica, la cavidad vaginal es susceptible a la invasión bacteriana con la consecuente "retención de la infección". (3)

Pocas son las mujeres que durante su vida no hayan experimentado leucorrea, mal olor, irritación dolorosa, prurito, etc., manifestaciones todas ellas que las obligan a consultar al médico y la mayoría de las veces con carácter de urgencia.

En la niñez y en la adolescencia, son las madres las más preocupadas y son las que necesitan que se les brinde explicación y tranquilidad.

La incidencia mayor de la vaginitis es en la vida adulta, sobre todo durante la vida sexual activa y reproductiva. Aunque en la actualidad no es raro ver adolescentes acudir angustiadas a la consulta, quizá por el aumento de las relaciones sexuales prematrimoniales. (3)

Hay que recordar que "no hay vaginitis puras", y habitualmente están comprometidos el cérvix y los genitales externos.

2.2 HÁBITOS Y PRÁCTICAS DE HIGIENE INTIMA FEMENINA.

La atención y orientación en los hábitos de higiene genital pueden poner un alto a las infecciones vaginales.

Los genitales femeninos están en contacto frecuente con secreciones vaginales, orina, menstruación y sudor, al ser una zona poca ventilada, la humedad generada por estos desechos no se evapora por completo, lo que la convierte en “caldo de cultivo” para bacterias, por ello, es fundamental mantener dicha zona perfectamente limpia. (2)

Por tal motivo, la higiene de la zona genital solo requiere delicado con agua y jabón neutro, para prevenir el mal olor y la aparición de infecciones. Sin embargo, muchas veces no basta con la limpieza que el baño proporciona debido a que existen factores externos que alteran la higiene, entre los cuales se encuentran.

- Usos de ropa interior demasiado ajustada y elaborada con materiales sintéticos.
- Utilización de jabón con fragancia para lavar la zona genital, pues estos productos son irritantes y alteran el pH de la vagina aumentando la flora vaginal.
- Aplicación de atomizadores y jaleas anticonceptivas que pueden causar molestias y desequilibrar la flora vaginal.

- Las relaciones sexuales llegan a causar alteraciones químicas, además son “puerta abierta” a infecciones de transmisión sexual.
- En el periodo menstrual al no cambiar toallas en un lapso de 4 a 6 horas puede generar mal olor, y servir de medio de cultivo para el crecimiento de bacterias.
- Los cambios hormonales presentes en las diversas etapas de la vida de la mujer. (2)

Debemos recordar que se debe extremar el cuidado íntimo durante el periodo menstrual.

Conductas Sexuales de Riesgo figuran las prácticas sexuales anales, prácticas manurectales, los enemas y duchas rectales, la utilización de artilugios sexuales anales y el *anulingus*; este tipo de conductas puede originar traumatismos que van de irritaciones y abrasiones rectales a ulceraciones, fisuras laceraciones y perforaciones intestinales; en el caso de penetración anal el riesgo se corre al entrar en contacto con las heces infectadas, con o sin sangre. En el coito genital, existen conductas de alto riesgo como el contacto con las secreciones vaginales y cervicales, la sangre menstrual, el semen y la orina, la utilización de artilugios sexuales vaginales y la estimulación manuvaginal. Por último, las prácticas oro genitales, tales como el *Fellatio* y el *Cunnilingus*; en el primero, el riesgo de contagio se da a partir de la ingestión del semen y su

contacto con la mucosa bucal alterada y en el segundo caso, la transmisión se da durante el contacto con las secreciones y las sangre menstrual. (2)

En la etapa de la edad fértil los órganos genitales están completamente preparados anatómicamente y hormonalmente para enfrentar todas las funciones pero existen factores y condiciones que favorecen las infecciones vaginales entre están se encuentran. (2)

- Promiscuidad de uno o ambos miembros de la pareja.
- Modificaciones de los hábitos sexuales.
- Escasa o nula utilización del condón como método de control de la fecundidad y las infecciones de transmisión sexual.
- Diagnóstico tardío o incorrecto de las infecciones vaginales.
- Tratamiento incompleto o incorrecto de dichas afecciones.
- Abuso de procesos invasivos como método anticonceptivo.
- Implantación o retiro de dispositivos intrauterinos sin aplicaciones de las medidas establecidas de asepsia y antisepsia
- Aplicación de duchas vaginales, gel y desodorante en aerosol en el área en el área vaginal.
- Uso de toallas sanitarias con desodorante.
- Aseo inadecuado de los genitales con traspaso de gérmenes de la región anal a la vaginal.
- Omisión de limpieza de genitales durante la menstruación.
- Cambios hormonales (menopausia, embarazo).

- Cambios de clima de fresco a cálido.
- Uso de ropa de nailon y pantimedias.
- Stress.
- Coito frecuente.
- Malos hábitos de higiene general.
- Tratamiento con antibióticos y otros medicamentos que alteran la flora normal vaginal. (2)

2.3 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS.

Las características Sociales: Se refiere a los parámetros que afectan los elementos de los sistemas políticos, económicos, sociales y culturales del entorno. Las características Demográficos: Las poblaciones humanas en términos de tamaño, densidad, ubicación, edad, sexo, raza ocupación y otros datos estadísticos. (18)

Las características sociodemográficas de los individuos, como su edad, sexo, estado conyugal, color de la piel, nivel educacional, zona de residencia y participación en la actividad económica, condicionan su conducta frente a la fecundidad, la mortalidad, los movimientos migratorios, y por tanto, inciden de manera importante en los patrones demográficos de la población a la cual pertenecen, cualquier característica de la población que pueda ser medida o contada es susceptible al análisis demográfico.(18)

Los factores sociodemográficos tales como baja escolaridad, malas condiciones sanitarias y nivel socioeconómico precario también han sido ligados a la presencia de vaginosis bacteriana, sugiriendo que las mujeres con mayor nivel educacional y que están por encima del nivel de pobreza tendrían significativamente menos probabilidad de desarrollarla. (6)

Cuando se realiza un estudio de cualquier naturaleza la primera dimensión de análisis que generalmente se incluye es la de características sociodemográficas. Y esto por una razón lógica: entender cualquier actividad humana, sea social, laboral o educativa exige partir de un buen diagnóstico que identifique los principales rasgos demográficos y sociales. (18)

2.4 VAGINOSIS BACTERIANA.

2.4.1 Definición.

La vaginosis bacteriana (VB) se conocía antes como vaginitis inespecífica o vaginitis por Gardnerella. Es un trastorno de la flora bacteriana vaginal normal que ocasiona pérdida de los Lactobacilos productores de peróxido de hidrogeno y proliferación de bacterias predominantemente anaerobias. En las mujeres que experimentan VB, la concentración de las bacterias anaerobias, lo mismo que de Gardnerella vaginales y Mycoplasma hominis, es 100 a 1000 veces más alta que en las mujeres normales. No suelen tener lactobacilos. (1)

No se sabe lo que desencadena el trastorno de la flora vaginal normal. Se ha postulado que desempeña una función, la alcalinización repetida de la vagina, que se produce con el coito frecuente o con el uso de duchas vaginales. (1)

2.4.2 Etiología.

La *Gardnerella vaginalis* es un bacilo inmóvil no encapsulado de 0.5 por 1.5 a 3 mm, anaerobio facultativo, catalasa y oxidasa negativa con una toxina citotóxica que rompe las células epiteliales, lo cual explica las alteraciones ultraestructurales en las células.(1)

En la vaginosis por *Gardnerella vaginalis*, los anaerobios pueden crecer en número significativo lo que es explicable debido a que *Gardnerella vaginalis* produce succinato el cual es necesario para la proliferación de anaerobios. Éstos se multiplican y producen aminopeptidasas que liberan aminoácidos los cuales a su vez son descarboxilados para producir diaminas. (4)

Las diaminas más comunes son la putresina producida por la descarboxilación de la ornitina, la cadaverina producida por la descarboxilación de la lisina y la trimetilamina producida por el metabolismo de la colina. Se ha sugerido que la trimetilamina es la principal responsable del olor a pescado asociado a la vaginosis bacteriana. Las poliamidas pueden contribuir a la descarga anormal al causar exfoliación de las células epiteliales de la mucosa vaginal. (2)

2.4.3 Epidemiología.

Es la causa más frecuente de vulvovaginitis en edad reproductiva.

Su frecuencia de aparición varía entre el 15-64% dependiendo del tipo de pacientes estudiadas (prevalencia media en mujeres en edad reproductiva entre 30-45%). (4)

Dentro de los factores de riesgo que predisponen al paciente a padecer vaginosis esta la que incidencia es mayor en las mujeres en edad reproductiva de todos los grupos raciales, otros factores son el uso de estrógenos, anticonceptivos orales, antibióticos sistémicos, tener compañeros de sexo múltiples, además de una nueva relación sexual monogama; aunque la vaginosis es considerada una enfermedad de transmisión sexual no se encuentra del todo sustentada debido a que puede existir en mujeres vírgenes o por colonización rectal.(2)

Otras posibles causas que pueden desarrollar vaginosis por descompensación del equilibrio son la retención de tampones, los dispositivos anticonceptivos (DIU), diafragmas o esponjas además del uso de antibióticos de amplio espectro debido a que éstos pueden destruir las bacterias de la flora normal de la vagina promoviendo la infección. (1)

2.4.4 Cuadro clínico.

Los signos característicos encontrados son una secreción blanca o blanca-grisácea que se percibe generalmente después de la relación sexual, descarga vaginal excesiva, el olor fétido aminado (pescado) a causa de la producción de aminas por las múltiples bacterias de la vagina que puede ser más marcado después de la relación sexual sin protección debido a que el flujo seminal alcalino favorece más el olor. Las pacientes no siempre se quejan de prurito vulvar (58%), molestias vaginales o una dispareunia. (1)

2.4.5 Diagnóstico.

El diagnóstico clínico generalmente se lleva a cabo mediante los antecedentes clínicos y el olor. El examen pélvico debe llevarse a cabo para determinar la producción de secreción anómala además de verificar o destacar la presencia de alguna otra enfermedad.

El diagnóstico de vaginosis se basa en la presencia de cuando menos tres de los cuatro criterios clínicos propuestos por Amsel y colegas en el Simposio Internacional sobre Vaginosis en Estocolmo, las cuales han sido aceptadas como parámetro para indicar la presencia de la enfermedad.

- Descarga fina, blanca adherente y homogénea.
- pH superior a 4,5.
- Prueba de amina positiva.
- Células indicadoras (células clave) en preparación salina. (1)

La presencia de 2 de los 4 criterios clínicos aunados a la presencia de una prueba de “olor” a amina positiva y el hallazgo microscópico de células clave, permite hacer un diagnóstico exacto y rápido de la vaginosis según Thomason y col. (1)

2.4.6 Tratamiento.

Las opciones terapéuticas para el tratamiento de la vaginosis están basadas en antibióticos los cuales incluyen metronidazol oral y vaginal, ampicilina y clindamicina, siendo eficaz cuando se diagnostica correctamente. (1)

2.4.6.1 Metronidazol

El descubrimiento de la *azomiacina* (2-nitroimidazol) en 1955 y la demostración de sus propiedades tricomoniácidas por parte de Horie (1956) fueron los puntos de partida de la síntesis química y el estudio biológico de muchos nitroimidazoles. Se observó que un compuesto, 1-(βhidroxietil)- 2-metil-5-nitroimidazol, llamado ahora *metronidazol* posee un espectro extraordinariamente amplio de actividad antiprotozoica y antimicrobiana. (1)

De manera ideal, el tratamiento de la VB debe inhibir el crecimiento de las bacterias anaerobias, pero no de los lactobacilos vaginales. Son eficaces los siguientes tratamientos.

1- Metronidazol 500mg por vía oral, dos veces al día, durante siete días.

- 2- Metronidazol en Gel al 0.75%, un aplicador lleno (5 gr), dos veces al día por cinco días.
- 3- Un régimen alternativo es una sola dosis oral de 2g de metronidazol. (1)

2.4.6.2 Clindamicina

La clindamicina es derivada del ácido trans-L-4-n-propilhigrínico, aminoácido, que está unido a un derivado de una octosa que contiene azufre. (1)

La clindamicina se liga exclusivamente a la subunidad 50s de ribosoma bacterianos y suprime la síntesis proteínica. Se han detectado mecanismos de resistencia mediada por plásmidos y posiblemente se deba a metilación del RNA bacteriano en la subunidad 50s ribosómica. (1)

La Clindamicina en los siguientes esquemas es eficaz:

- 1- Un aplicador lleno (5gr) intravaginal de crema de Clindamicina al 2% a la hora de acostarse durante seis días.
- 2- Clindamicina 300 mg por vía oral, dos veces al día, durante siete días.
- 3- Un ovulo de Clindamicina de 100mg por vía vaginal al acostarse durante tres días.(1)

2.4.7. Complicaciones

Dentro de las complicaciones de la vaginosis causadas por Gardnerella vaginalis se encuentran las siguientes: enfermedad inflamatoria pelviana, dolor pelviano crónico, infertilidad, endometritis poscesárea, sangrado uterino anormal, salpingitis y complicaciones del embarazo como embarazo ectópico, absceso

tubo-ovárico, sepsis ginecológica, rotura prematura de membranas, trabajo prematuro y corioamnionitis (6)

2.4.8. Prevención.

El corregir o modificar los factores de predisposición ayuda a reducir la incidencia y recurrencia de vaginosis; entre las principales medidas de prevención se encuentran:

- Evitar coito ano-vaginal
- Múltiples parejas sexuales
- Evitar uso de tampones
- Evitar duchas vaginales
- Usar ropa interior de algodón y no automedicarse (6)

2.5 TRICOMONIASIS.

2.5.1 Definición.

La tricomoniasis es causada en el ser humano por el protozoario *Trichomonas vaginalis*. Aunque se transmite por contacto sexual, no se ha descartado que se transmita por fómites. El parásito se localiza en el tracto genital y urinario de la mujer, en donde puede causar vaginitis o uretritis. (6)

2.5.2 Etiología.

Trichomonas vaginalis protozoo unicelular flagelado, se presenta en formas de trofozoito, *forma móvil* (con cuatro flagelos y membrana ondulante). (1,6)
Es obtenido de secreción vaginal o de cultivo.

El microorganismo mide 10 a 20 μm de longitud, su morfología es redondeada u ovalada, el núcleo se localiza en la porción anterior de la célula. El movimiento se lleva a cabo gracias a una membrana ondulante que se extiende desde el polo anterior del protozoo y se fija a una distancia que corresponde a la mitad o dos tercios de la longitud de su cuerpo. (6)

Crece mejor bajo condiciones anaerobias a pH de 5 o mayor (por ej., un cambio en la microflora vaginal que da lugar a un $\text{pH} \geq 5$, la presencia de semen o sangre menstrual). La infección suele observarse en mujeres de edad reproductiva y en pacientes bajo terapéutica con estrógenos. Se informa transmisión vertical a neonatos que recibieron estimulación estrogénica de sus madres. (6,7)

2.5.3 Epidemiología.

La tricomoniasis es la enfermedad de transmisión sexual no viral más importante en el mundo. A nivel mundial, la tricomoniasis es una de las enfermedades de mayor morbilidad y se ha asociado su presencia a otros patógenos tales como el virus del VIH y el del papiloma humano. (6)

El ser humano es el único huésped natural de la *Trichomonas Vaginalis*.

La tasa de transmisión es alta 70% de los varones contrae la enfermedad después de un solo contacto con una mujer infectada, lo que sugiere que la tasa de transmisión entre mujeres y hombres es incluso más alta. (1)

La tricomoniasis en mujeres ocurre durante los años reproductivos.

La infección antes de la menarca o después de la menopausia es rara.

La mayor frecuencia de infección por *T. vaginalis* se observa entre los rangos de edad 21 a 30 años (30,4%) y 11 a 20 años (24,6%), en éste último la infección se presenta a partir de los 14 años (2 casos positivos). La infección no se detecta desde los 61 años en adelante, pero sí en menores de edad (2,9%).

2.5.4 Cuadro Clínico.

La tricomoniasis vaginal es asintomática hasta en 50 % de las mujeres infectadas. Alrededor de una tercera parte de las pacientes asintomáticas se vuelven sintomáticas antes de seis meses. La paciente sintomática presenta secreción maloliente; en ocasiones prurito o dolor vaginal, así como dispareunia.
(6)

La secreción es de color gris sucio a verde amarilla, puede ser espumosa y en general líquida. El examen macroscópico del cérvix y la vagina puede detectar hemorragias petequiales (cérvix en fresa o colpitis macular) en 25% de los casos. Alrededor de 90% de las pacientes presenta hemorragias petequiales del cérvix en el examen colposcópico. (6,7)

La vaginitis por *Trichomonas vaginales* puede diagnosticarse en casi 75% de los casos mediante un examen microscópico cuidadoso de la secreción vaginal una mujer con secreción de color gris sucio a verde o amarilla y un pH de 5 o mayor está bajo sospecha de padecer tricomoniasis.(6,7)

Es una enfermedad de transmisión sexual, totalmente curable y extendida en el mundo entero. (6,7)

Las complicaciones de la enfermedad en la mujer también son inusuales, sin embargo, pueden resultar en enfermedad pélvica inflamatoria o esterilidad.

2.5.5 Diagnóstico

El cultivo en los caldos de Roiron y de Diamond se considera el método de referencia para el diagnóstico de la tricomoniasis; la sensibilidad del cultivo se considera del 98% y la especificidad, del 100%.(6)

El cultivo de orina o de exudado uretral diagnostica el 67% de los casos.

El examen en fresco del exudado vaginal o uretral presenta una sensibilidad variable dependiente del observador (entre el 62 y el 92%), su especificidad es del 98%, aunque no hay evidencias que respalden su utilización rutinaria. (6)

2.5.6 Tratamiento

2.5.6.1 Metronidazol.

Las infecciones causadas por *Trichomona Vaginalis* son usualmente son tratadas con metronidazol en dosis de 500 mg vía oral cada doce horas por siete días, o 2 g vía oral en dosis única, según estándares farmacológicos mundiales y es el único tratamiento curativo avalado para esta infección. (1,6)

El metronidazol es generalmente eficiente en la eliminación de las infecciones por *Trichomonas Vaginalis* y tiene además un bajo riesgo de presentar efectos adversos graves. Sin embargo estudios han demostrado que menos del 5% de casos clínicos de Tricomoniasis son causados por parásitos resistentes a la droga. La falta de tratamientos alternativos apropiados para las infecciones de *Trichomonas Vaginalis* ha dado como resultado la utilización de dosis altas y a veces tóxicas de metronidazol por considerarse la única opción para pacientes con una enfermedad resistente (6)

En algunos casos de tricomoniasis complicada durante el embarazo cuando el riesgo para el feto puede ser mayor que la exposición a metronidazol, según recomendación del Centro de Control de enfermedades, se puede utilizar 2 g como dosis única en cualquier etapa de la gestación El metronidazol es secretado en la leche materna en pequeñas cantidades por lo que se recomienda que las mujeres que se encuentran amamantando utilicen también la dosis única de 2 g seguido por 24 horas de interrupción de la lactancia. (6)

En el primer trimestre de gestación está contraindicado el metronidazol, se usara el clotrimazol vaginal durante 6 días, aunque la tasa de curación sea menor. Si existe resistencia se usara furazolidona o el tinidazol 2 g vo. Unidosis. (7)

2.5.6.2 Tinidazol

El tinidazol fue introducido en medicina clínica en 1967 para el tratamiento de infecciones por *trichomonas vaginalis* y subsecuentemente para el tratamiento de infecciones por otros protozoarios. El tinidazol es activo contra protozoarios anaeróbicos los cuales incluyen *T. vaginalis*, *E. histolytica* and *G. lamblia*. También ha demostrado actividad in vitro contra bacterias anaeróbicas, como *Bacteriodes*, *Fusobacterium* y *Clostridium*. (6)

El tinidazol es un Nuevo fármaco para el tratamiento de tricomoniasis aún en estudio por la F.D.A. Tiene una vida media más larga que el metronidazol y es metabolizado más lentamente. (6)

Debido a que posee un mecanismo de acción similar al metronidazol la resistencia cruzada entre estas dos drogas es frecuente. Debido a la semejanza de estas drogas y su mecanismo de acción es posible que rápidamente desarrolle resistencia a tinidazol también. (6)

2.5.7. Complicaciones

Las complicaciones de la enfermedad en la mujer son inusuales, sin embargo, pueden resultar en enfermedad pélvica inflamatoria o esterilidad. La infección genital es la principal causa de esterilidad en el mundo, no sólo en patología tubárica, sino también la que afecta cada una de las diversas partes de la anatomía genital, tanto masculina como femenina. (16)

Estas complicaciones pueden incluir además varias condiciones inflamatorias, erosión cervical salpingitis y endometritis En las mujeres infectadas el paracito celular puede ser encontrado en la vagina, el cérvix, vejiga, así como también en las glándulas de Skene y Bartolino.

2.5.8. Prevención

- Baño diario
- Cambio de ropa interior después del baño
- Uso de ropa interior con puente de algodón
- Evitar el uso diario de pantiprotectores.
- No realizarse duchas vaginales
- Evitar relaciones sexuales durante el tratamiento en caso de vaginitis por Candida o Trichomonas
- Enjuague anogenital después de defecar
- Baño o aseo genital después de tener relaciones sexuales
- Uso de preservativos durante la actividad sexual riesgosa (pareja bisexual, existencia de lesiones genitales en la pareja, sexo anal)
- Evitar actividad sexual con múltiples parejas
- Aprovechar la toma de Papanicolaou (13)

2.6 CANDIDIASIS VAGINAL

2.6.1 Definición.

La candidiasis vaginal es una enfermedad inflamatoria de la vagina, generalmente a condiciones fisiológicas alteradas que determinan disminución de la inmunidad local y se caracteriza principalmente por la presencia de flujo vaginal blanco, inodoro como “leche cortada”, prurito, sensación de quemadura, eritema y edema vaginal. (8)

2.6.2 Etiología.

Cándida albicans, la más frecuente causante de la candidiasis vaginal, es una levadura oval, produce un pseudomicelio en los cultivos, tejidos y exudados, se reproduce por gemación. Miembro de flora normal de mucosas del aparato respiratorio, digestivo y genital femenino. (8)

La candidiasis vaginal es una infección **endógena** del tracto genital inferior femenino pues *Cándida* pertenece a la flora (no patógena) vaginal que en ciertas circunstancias produce patología. Origen **exógeno**: A pesar de que no se la considera de transmisión sexual. . (8)

2.6.3 Epidemiología.

La candidiasis vulvovaginal constituye la segunda causa de vaginitis en mujeres en edad fértil así como en adolescentes en estudios realizados en Cuba; en estas se encontró a *Cándida* spp en 22,7 a 28% y *C. albicans* en 80%.

En niñas pre púberes la etiología generalmente es inespecífica. La prevalencia de candidiasis vulvovaginal en mujeres adultas es del 6 al 13.8% de las mujeres en actividad sexual, de las cuales el 74 al 94% es producida por *Cándida albicans* y el resto se debe a: *Cándida spp* (17,4%) (8)

2.6.4 Factores de riesgo.

Los factores que predisponen a las mujeres al desarrollo de candidosis vulvovaginal sintomática son el uso de antibióticos, embarazo y diabetes. (1)

Embarazo y diabetes se acompaña de una disminución cualitativa de la inmunidad mediada por células, que ocasiona una incidencia más alta de candidosis. (1)

2.6.5 Cuadro Clínico.

Puede haber casos asintomáticos en 10 a 20% de mujeres en edad fértil, casos agudos y severos.

Síntomas: Se presenta prurito y ardor vulvar en 83.3%, vulvodinea, sensación de quemadura (56,3%), dispareunia y síntomas urinarios: Disuria, polaquiuria y tenesmo. (8)

Signos: Flujo variable: Aspecto de leche cortada en 78.3% de los casos o blanco grisáceo con o sin flóculos, eritema vulvar (37.5%), eritema vaginal (54.2%), test de aminas negativo y pH vaginal 4.4 +- 0.7. También se acompañan lesiones descamativas, exulceraciones y úlceras (secundarias a rascado) y rara vez lesiones costrosas, despulimiento de la mucosa, edema, o congestión intensa. (8)

2.6.6 Diagnóstico.

Los síntomas de la candidiasis vulvovaginal incluyen prurito, descenso vaginal, dolor vaginal, dispareunia y disuria externa. El diagnóstico de candidiasis se puede hacer mediante inspección visual, determinación del pH vaginal, microscopía, Papanicolaou, prueba de látex y cultivo de secreción cervicovaginal. (9)

2.6.7 Tratamiento.

Los agentes terapéuticos disponibles más a menudo para tratar la candidiasis vulvovaginal, y que son más eficaces que la nistatina, son los fármacos del azólico aplicados de manera tópica. El tratamiento con azoles proporciona alivio de los síntomas y cultivos negativos en una proporción de 80% a 90% de las pacientes que han terminado el tratamiento. Los síntomas suelen requerir dos a tres días para desaparecer. Se tiende a disminuir la duración del tratamiento a solo uno a tres días. Esto implica un tratamiento más corto, y las concentraciones más altas de antimicóticos en las presentaciones para un ciclo

más corto producen concentración inhibitoria en la vagina que persiste durante varios días. (1)

2.6.7.1 Fluconazol.

Ha sido aprobado para el tratamiento de la candidiasis vulvovaginal un antimicótico oral, fluconazol, que se administra en una sola dosis de 150mg. Parece tener la misma eficacia cuando se compara los azoles tópicos para tratar la VVC leve a moderada. Debe advertirse a los pacientes que sus síntomas no desaparecerán durante dos a tres días, de modo que no esperen que se administre tratamiento adicional. Las pacientes con síntomas graves pueden beneficiarse de una dosis de 150 mg adicional a las 72 horas después de la primera dosis.

El tratamiento coadyuvante con un esteroide tópico débil, como crema de hidrocortisona al 1%, puede ser de utilidad para aliviar algunos de los síntomas irritantes externos.

2.6.7.2 Regímenes terapéuticos tópicos.

Clotrimazol

Crema al 1%, 5g por vía intravaginal durante 7 a 14 días

Comprimido vaginal con 100mg, durante siete días.

Comprimido vaginal con 100mg, dos comprimidos durante tres días.

Comprimido vaginal con 500mg, dosis única.

Miconazol.

Crema al 2%, 5g por vía intravaginal durante siete días.

Supositorio vaginal con 200mg durante tres días.

Supositorio vaginal con 100mg durante siete días.

Nistatina.

Tableta vaginal de 100 000 unidades diarias durante 14 días.

Ticonazol.

Pomada al 6.5%, 5g por vía intravaginal en dosis única.

Terconazol.

Crema al 0.4%, 5g por vía intravaginal durante siete días.

Crema al 0.8% 5g por vía intravaginal durante tres días.

2.6.8. Complicaciones

2.6.8.1 Candidiasis vulvovaginal severa

Eritema vulvar, edema, excoiación y formación de fisuras están usualmente asociadas con éxitos terapéuticos bajos al tratamiento tópico de cursos cortos o a la terapia oral, las que usualmente se dan en la vulvovaginitis no complicadas. Se recomienda, en estos casos, tratamiento tópico por 7 a 14 días de alguna alternativa azólica y/o fluconazol, 150 mg en dos dosis secuenciales, segunda dosis 72 horas después de la primera. (5)

2.6.8.2. Candidiasis vulvovaginal recurrente

La candidiasis vulvovaginal recurrente (CVVR) es definida como 4 o más ataques de infección sintomática de vaginitis por cándida en un periodo de 12 meses. Aproximadamente, 90% se debe a *C. albicans*. Se suele ver en un huésped con alguna patología de fondo, por ejemplo, diabetes no controlada, uso de esteroides por lupus o por cualquier otra indicación médica, en mujeres inmunocomprometidas, obesidad, etc. (5)

El uso de terapia de reemplazo hormonal, la administración tópica estrogénica, así como la necesidad de consumo de tamoxifeno, las dermatosis vulvares, liquen escleroso, eczema, dermatosis atópica, han sido descritas como factores de riesgo para la Candidiasis Vulvovaginal Recurrente. Sin embargo, cerca de la mitad de pacientes no tiene algún factor de riesgo. (5)

En la Candidiasis Vulvovaginal Recurrente se les administra dos dosis sucesivas de 150 mg de fluconazol, con 72 horas de intervalo entre dosis y dosis; posteriormente, una dosis de mantenimiento de 150 mg semanal durante seis meses; obteniéndose algo más de 90% de éxito terapéutico. Se debe vigilar las enzimas hepáticas, por el potencial riesgo de hepatotoxicidad. (5)

Se recomienda la disminución o erradicación de los factores predisponentes, como el uso de antibióticos, de preparaciones vaginales antisépticas y antibióticas o de duchas vaginales. El tratamiento simultáneo de un foco rectal con nistatina o fluconazol oral no es útil para la prevención de recurrencias. (5)

2.7 OTROS TIPOS DE VAGINITIS.

2.7.1 Vaginitis inflamatoria descamativa.

La vaginitis inflamatoria descamativa es un síndrome clínico caracterizado por vaginitis exudativa difusa, exfoliación de células epiteliales y secreción vaginal purulenta profusa. No se conocen las células de la vaginitis inflamatoria pero los datos de la coloración de Gram revelan ausencia relativa de bacilos Gram positivos largos normales (lactobacilos) y su sustitución por cocos Gram positivos, por lo general estreptococos. (1)

Las mujeres con este trastorno experimentan secreción vaginal purulenta, ardor o irritación vulvovaginales y dispareunia. Un síntoma menos frecuente es el prurito vulvar. Hay eritema de la vagina, y se puede encontrar como acompañantes eritema vulvar, manchas vulvovaginales equimóticas y colpitis macular. El PH de las secreciones vaginales está uniformemente arriba de 4.5 en estos pacientes. (1)

El tratamiento inicial consiste en administrar crema de clindamicina al 2%, un aplicador lleno (5g) por vía intravaginal una vez al día durante siete días. Ocurren recaídas en cerca de 30% de los pacientes, por lo que deben tratarse de manera repetida con crema de clindamicina al 2% por vía intravaginal durante dos semanas. (1)

2.7.2 Vaginitis atrófica.

Los estrógenos desempeñan una función importante en la conservación de la ecología vaginal normal. Las mujeres que experimentan la menopausia, sea de manera natural o secundaria a la resección quirúrgica de los ovarios, pueden tener vaginitis inflamatoria, que en ocasiones se acompaña de secreción vaginal purulenta incrementada. Además pueden sufrir dispareunia y hemorragia poscoital por atrofia de los epitelios vaginal y vulvar. El examen revela atrofia de los genitales externos junto con pérdida de los pliegues vaginales pone de manifiesto predominio de células epiteliales parabasales y aumento del número de leucocitos. (1)

El trastorno se trata con aplicación tópica de crema vaginal de estrógenos. Con la administración de 1g de crema de estrógenos conjugados por vía vaginal todos los días durante 1 a 2 semanas, por lo general se logra alivio. Debe considerarse la conveniencia de la restitución general de estrógenos para prevenir la recurrencias del trastorno. (1)

2.7.3 Vaginitis por hiperacidez.

La vaginitis por hiperacidez vaginal es debido a un crecimiento exagerado de lactobacillus que forman ácido láctico. Puede producirse en ocasiones como mecanismo de rebote tras un tratamiento antimicótico, y la sintomatología clínica de dispareunía, prurito y quemazón pudiendo ser diagnosticado erróneamente de

candidiasis no resuelta. En el examen en fresco se encuentran aumento de lactobacilos con epitelio escamoso.

Un tratamiento eficaz son los baños con bicarbonato de sodio para aumentar el PH vaginal. (7)

2.7.4 Vaginitis inespecífica

Hay mujeres que presentan flujo inespecífico, que algunos autores atribuyen a gérmenes no fácilmente identificables de tipo enterobacterias con proteus o por asociación de diversas patógenos.

No hay síntomas específicos excepto un flujo blanco- amarillento, en cantidad moderada con eritema vaginal.

El tratamiento clásico es con tetraciclina o nitrofurantoina tópicas; pero sean visto mejores resultados con metronidazol 500mg cada 12 horas durante 7 días o tinidazol 2g dosis única. (7)

3 SISTEMA DE HIPÓTESIS.

3.1 HIPÓTESIS DE TRABAJO.

Hi. La vaginosis bacteriana y la candidiasis vaginal son las principales causas de infección vaginal presente en mujeres de edad fértil, que consultan las Unidades Comunitarias de Salud Familiar en estudio.

3.2 HIPOTESIS NULA.

Ho. La vaginosis bacteriana y la candidiasis vaginal no son las principales causas de infección vaginal presente en mujeres de edad fértil, que consultan las Unidades Comunitarias de Salud Familiar en estudio.

3.3 HIPÓTESIS ESPECÍFICA.

H1. Los hábitos sexuales de riesgo están presentes en las mujeres con vaginitis y vaginosis bacteriana que consultan las Unidades Comunitarias de Salud Familiar en estudio.

3.4 HIPOTESIS ESPECÍFICA NULA.

Ho1. Los hábitos sexuales de riesgo no están presentes en las mujeres con vaginitis y vaginosis bacteriana que consultan las Unidades Comunitarias de Salud Familiar en estudio.

3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS HIPÓTESIS EN VARIABLES E INDICADORES.

ENUNCIADO DEL PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS	VARIABLES	CONCEPTUALIZACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
¿Son la Vaginosis bacteriana y la candidiasis vaginal las principales causas de infección vaginal en mujeres de edad fértil, que consultan las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Cantón El Niño, San Miguel y Trompina, Sociedad, Morazán, en el período de octubre a noviembre de 2012?	Determinar vaginitis y vaginosis bacteriana en mujeres de edad fértil, que consultan las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Cantón El Niño, San Miguel Y Trompina, Sociedad, Morazán. En el periodo de octubre a noviembre de 2012.	Hi: La Vaginosis bacteriana y la candidiasis vaginal son las principales causas de infección vaginal en mujeres de edad fértil, que consultan las Unidades Comunitarias de Salud Familiar en estudio.	<p>V1: Vaginosis bacteriana</p> <p>V2: Candidiasis vaginal.</p> <p>V3: Infección vaginal</p>	<p>Vaginosis bacteriana: es un trastorno de la flora bacteriana que ocasiona pérdida de los lactobacilos productores de peróxido de hidrogeno y proliferación de bacterias predominantemente anaerobia</p> <p>Candidiasis vaginal: es una enfermedad inflamatoria de la vagina, generalmente a condiciones fisiológicas alteradas que determinan disminución de la inmunidad local.</p> <p>Infección vaginal: inflamación o infección de la vagina. Esta afección es común en mujeres de todas las edades y puede ser causada por bacterias, hongos, levaduras, virus y otros microorganismos.</p>	Mediante la realización de la Citología cervico-vaginal.	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en la flora sugestivos de vaginosis bacteriana. • Microorganismos micóticos consistentes con <i>Cándida Sp.</i> • Microorganismos micóticos consistentes con <i>Cándida Sp.</i> • Microorganismos micóticos consistentes con <i>Torulopsis Sp.</i> • <i>Trichomona</i> vaginales. • Cambios celulares asociados a Herpes simplex. • Cambios celulares reactivos asociados a inflamación. • Vaginitis mixta. • Vaginitis Atrófica.

ENUNCIADO DEL PROBLEMA	OBJETIVO ESPECIFICO	HIPÓTESIS	VARIABLES	CONCEPTUALIZACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
<p>¿Existen hábitos sexuales de riesgo en las mujeres con vaginitis y vaginosis bacteriana que consultan las Unidades Comunitarias de Salud Familiar El Niño, San Miguel y Trompina, Sociedad, Morazán, en el período de octubre a noviembre de 2012?</p>	<p>Identificar hábitos sexuales de riesgo en las mujeres con vaginitis y vaginosis bacteriana que consultan en las unidades comunitarias de salud familiar en estudio.</p>	<p>Hi1: Los hábitos sexuales de riesgo están presentes en las mujeres con vaginitis y vaginosis bacteriana que consultan las Unidades Comunitarias de Salud Familiar en estudio.</p>	<p>V1: Hábitos sexuales de riesgo.</p> <p>V2: Vaginitis</p> <p>V3: Vaginosis bacteriana.</p>	<p>Hábitos sexuales de riesgo: Conducta sexual de características descuidadas, y que exponen aun riesgo de enfermedades de transmisión sexual o problemas afines.</p> <p>Vaginitis: es la inflamación de la mucosa de la vagina y obedece a diversas etiologías.</p> <p>Vaginosis bacteriana: trastorno de la flora bacteriana que ocasiona perdida de los lactobacilos productores de peróxido de hidrogeno y proliferación de bacterias predominantemente anaerobia.</p>	<p>A través de una Guía de entrevista.</p> <p>Mediante la realización de la Citología Cervico Vaginal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Edad de inicio de relaciones sexuales. • Numero de Pareja sexual. • Tipo de sexo que practica. • Uso de preservativo. • Vaginitis por Trichomona vaginilis. • Vaginitis por Cándida albicans. • Vaginitis Inespecífica.. • Cambios sugestivos de vaginosis bacteriana.

4 DISEÑO METODOLÓGICO.

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

El estudio fue **Prospectivo** porque se registró la información según se presentaban a la consulta espontánea las pacientes a la toma de la citología cervico – vaginal y se le realizaba una entrevista dirigida a detectar las características socio demográficas y hábitos sexuales de riesgo de las mujeres de 20 a 55 años de edad en las unidades de salud en estudio en el periodo comprendido de octubre a noviembre de 2012.

El estudio es **Transversal** porque se estudiaron las variables simultáneamente, en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo de octubre a noviembre, sin ningún seguimiento posterior, es decir se recolectaron, procesaron y se analizaron los resultados en un tiempo determinado.

Según el análisis y alcance de los resultados fue de tipo **Descriptivo** porque se estableció el agente etiológico que mayormente se reportó en la citología y los hábitos sexuales de riesgo predisponentes a vaginitis y vaginosis bacteriana.

Según la fuente de información se considera que el estudio es: **De Campo** porque se estudió el problema en el lugar donde está sucediendo el fenómeno es decir, en su escenario natural, además la investigación tomó como fuente de

información, datos obtenidos de técnicas de trabajo de campo como es la toma de la citología cervico – vaginal y la entrevista.

4.2 POBLACIÓN

La población esperada para toma de Citología cérvico - vaginal fue la siguiente:

ESTABLECIMIENTO	POBLACIÓN DE MUJERES
Unidad Comunitaria de Salud Familiar El Niño	1,212
Unidad Comunitaria de Salud Familiar Trompina	350
TOTAL	1,562

Fuente: Población Según DYGESTYC. Tomado del Plan Operativo Anual 2012 de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Cantón El Niño, San Miguel y Trompina, Morazán.

4.3 MUESTRA

La muestra se determinó con la siguiente fórmula estadística:

$$N = \frac{z_{\alpha/c}^2 P Q N}{(N - 1) E^2 + Z^2 P Q}$$

Dónde:

Z = 1.96 el cual corresponde a una confianza del 95%.

E = error muestra 0.07

N = universo. (1,562)

P = probabilidad de éxito 0.5

Q = probabilidad de fracaso 0.5

Datos:

Z: 1.96

E: 0.07

P: 0.5

Q: 0.5

N: 1,562

Sustituyendo:

$$N = \frac{(1.96)^2 \times (0.5) \times (0.5) \times (1562)}{(1562 - 1)(0.07)^2 + (1.96)^2 \times (0.50) \times (0.50)} =$$

$$N = \frac{(3.84) \times (0.5) \times (0.5) \times (1562)}{(1561) \times (0.0049) + (3.84) \times (0.50) \times (0.50)} =$$

$$N = \frac{1499.52}{8.60} =$$

$$\underline{N = 174}$$

Submuestra:

La submuestra se establece con la siguiente formula:

$$Sn = \frac{Nu}{N} \times n$$

Dónde:

S_n = Población de la UCSF.

N_u = Población Total.

n = Tamaño de la muestra calculada.

Datos.

N_u = UCSF El Niño 1212

UCSF Trompina 350

$N = 1562$

$n = 174$

Sustituyendo.

UCSF El Niño.

$$S_n = \frac{1212}{1562} \times 174 = 135$$

UCSF Trompina.

$$S_n = \frac{350}{1562} \times 174 = 39$$

Las submuestras se determinaron de la siguiente forma para cada unidad de salud en estudio:

ESTABLECIMIENTO	SUBMUESTRA
Unidad Comunitaria de Salud Familiar El Niño	135
Unidad Comunitaria de Salud Familiar Trompina	39
TOTAL	174

4.4 CRITERIOS PARA ESTABLECER LA MUESTRA.

4.4.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes femeninas.
- Pacientes que ha comenzado actividad sexual.
- Dentro del rango de edades de 10 a 49 años
- Que las pacientes vivan en el área geográfica de influencia y consulten las Unidades Comunitarias de Salud Familiar en estudio.
- Participación voluntaria (Ver Anexo N° 5)

4.4.2 Criterios de exclusión:

- Mujeres gestantes.
- Mujer durante el periodo menstrual.
- Pacientes féminas con enfermedades co- mórbidas.

4.5 TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN.

Entre las técnicas que se utilizaron están:

Documental bibliográfica: Esta permitió la obtención de información de libros, artículos y diccionarios especializados y de normativas sobre vaginitis y vaginosis bacteriana.

Documental hemerográfica: Esta facilitaron la obtención información de tesis, página electrónica del Ministerio de Salud y artículos de revistas médicas.

4.6 TÉCNICAS DE TRABAJO DE CAMPO.

Entre estas técnicas se encuentran: La entrevista, y la toma de citología cervico - vaginal.

A. La entrevista: Por medio de la cual se recopiló información sobre una parte de la población denominada muestra, Los datos obtenidos a través de esta técnica ayudaron a definir si la población en estudio presenta los factores de riesgo, para contraer vaginitis y/o vaginosis bacteriana y definir las características sociodemográficas de la población (Ver Anexo 6)

B. La toma de citología cervico - vaginal: con este procedimiento se recolectó la muestra del área cervico - vaginal, para detectar a través de estudio citológico los agentes causantes de vaginitis y vaginosis bacteriana. (Ver Anexo 7)

- La realización del Papanicolaou (PAP) no debe ser una experiencia desagradable o dolorosa para la paciente.
- Se aseguró de explicar claramente la importancia del procedimiento y los pasos a seguir.
- Se aseguró que la paciente se encuentre con la vejiga vacía al menos 30 minutos previos.
- Se comprueba que fuente de luz, instrumentos y suministros estén listos para su uso.
- El estándar de Oro tradicional para que la muestra sea adecuada es la presencia de células endo-cervicales. Debe recordarse que la Unión Escamocolumnar se localiza más cercanamente al orificio externo en las mujeres jóvenes y dentro del canal endocervical en mujeres de mayor edad.
- Se utiliza la espátula de Ayre Modificada e introduciéndola en el Orificio Cervical y se gira 360 ° (Exocervix).
- Para tomar una muestra adecuada del endocervix es necesario introducir un hisopo.
- Disponer de recipientes con alcohol para fijar muestra y recipiente para material de desecho.
- Se calza ambos guantes desechables nuevos.
- Evaluó que el tamaño del espéculo sea el apropiado para la paciente.

- Colocó el espéculo separando los labios menores orientó las hojas del espéculo paralelamente a los labios, lo introduce y al pasar el tercio medio de la vagina lo rota suavemente y lo dirige hacia el fórnix posterior, lo abre para visualizar el orificio cervical externo.
- Observa las características del cérvix, verifica la presencia de secreciones o masas anormales y las documenta posteriormente. Con un hisopo retiró el exceso de secreciones..
- Retira cuidadosamente el espéculo y lo coloca en el recipiente con solución con alcohol
- Se le explica a la paciente los posibles resultados, que seguimiento recibirá y los posibles tratamientos.

4.7 INSTRUMENTOS

Entre los instrumentos que se utilizaron están las fichas bibliográficas y hemerográfica.

Para la investigación de campo se utilizó **la cedula de entrevista** elaborada con preguntas semicerradas (ver anexo 6) la cual fue dirigida a mujeres de 10 a 49 años de edad que asistieron y se efectuó la toma de la citología cervico vaginal (Ver Anexo 7)

Para la obtención de la muestra citológica se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Mesa ginecológica, espéculo, espátula de Ayre, hisopo, lámina, lápiz, guantes, lámpara de cuello ganso, hoja de recolección de datos del Ministerio de Salud.

4.8 PROCEDIMIENTO

4.8.1 Planificación.

Se discutió y seleccionó el tema a investigar por el grupo de trabajo luego se procedió a la delimitación del área geográfica, grupo etario y espacio de tiempo en el que se desarrolló la investigación. Se realizó una reunión con el docente asesor para determinar la relevancia del tema y la aprobación de la problemática a estudiar. El grupo investigador procedió a la revisión bibliográfica y hemerográfica del tema, se solicitó la validación del instrumento de trabajo por un Médico ginecólogo especialista en el área. La determinación de la muestra, se llevó a cabo a través de la captación de pacientes femeninas que consultaron espontáneamente en las unidades de salud en estudio.

4.8.2 Ejecución.

a) Validación del instrumento: se realizó una prueba piloto del instrumento de la cedula de entrevista a pacientes femeninas de 10 – 49 años que cumplen con los criterios de inclusión para determinar la validación de dicho instrumento, se aplicaron 5 cedulas de entrevistas por cada investigador, haciendo un total de 10 cedulas de entrevista. En la revisión de los instrumentos de recolección de datos, se contó nuevamente con la colaboración de un especialista en el área

de ginecología y patología al igual se respaldó en información recolectada de la literatura investigada: la cedula de entrevista, estuvo dirigida a investigar las características sociodemográficas de la muestra y los hábitos sexuales de riesgo presentes en las pacientes con usuarias de 10 que 49 años con vaginitis y vaginosis bacteriana.

b) Recolección de datos: de la consulta espontanea de las pacientes femeninas de 10 a 49 años de edad que consultaron en las UCSF El Niño y Trompina, se tomaron aquellas que cumplieron con los criterios de inclusión para esta investigación, como primer paso para la obtención de información se solicitó la colaboración voluntaria de las pacientes y se procedió a explicar los objetivos de la investigación, riesgos y beneficios y se le aclararon inquietudes y dudas que la paciente manifestó. Toda la información obtenida quedo plasmada en los formularios del consentimiento informado a paciente, y la cedula de entrevista posteriormente se pasó a realizar el examen físico ginecológico, y la toma de la citología cervico - vaginal. Dicha muestra fue enviada al departamento de patología del Hospital Nacional San Juan De Dios, San Miguel. Se dejó cita control a la paciente en la UCSF correspondiente dentro los primeros 15 días hábiles, para la entrega de los resultados y tratamiento médico según el caso, tomando los resultados del reporte citología donde la vaginitis la reporta como inflamación y la Vaginosis bacteriana la reporta como cambios en la flora sugestivos de Vaginosis bacteriana.

c) Plan de análisis: se realizó la tabulación de resultados obtenidos en los dos instrumentos de recolección de datos, con el posterior análisis e interpretación de los mismos, se relacionaron las variables formuladas de vaginosis bacteriana con las infecciones vaginales, al igual los hábitos sexuales de riesgo en las pacientes con vaginitis y vaginosis bacteriana. Se hizo uso del programa estadístico SPSS 15.0 para Windows para efectuar la tabulación y validación de la hipótesis mediante el uso del Chi-Cuadrado.

4.9 RIESGOS Y BENEFICIOS.

4.9.1 RIESGOS.

Durante la investigación, ninguna de las pacientes sufrió daño psicológico, ni físico. Las pacientes fueron voluntarias a participar en el estudio, además que las Unidades Comunitaria de Salud del Cantón El Niño y Trompina, cuentan con personal capacitado en la realización de toma de citología cervico - vaginal. Además se presentaron pacientes que al momento de la toma de la citología cervico – vaginal se negaron a realizarla por falta de conocimientos sobre el procedimiento pero se les aclararon dudas y las pacientes voluntariamente participaron en el estudio.

4.9.2 BENEFICIOS

El beneficio directo es a través del aporte de un documento de investigación científico, que beneficiara positivamente a las instituciones de salud y a fines a la salud sexual y reproductiva de la mujer , de igual forma se favoreció de forma directa a la población femenina consultante de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, ya que al diagnosticar oportunamente un caso, habrá menos complicaciones mórbidas gineco-obstetras en mujeres principalmente en edad reproductiva, Así mismo, tener mayor control sobre sus probables factores predisponentes para adquirir una infección vaginal, y el aporte al conocimiento a fomentar a través de la consejería sobre la educación sexual y reproductiva de las mujeres.

También es de utilidad para estudiantes en formación y consulta bibliográfica de docentes y personal en general.

4.9.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Se tomaron consideraciones éticas utilizando un consentimiento informado escrito para cada una de las pacientes que estuvieron dispuestas a participar en la investigación.

Todas las pacientes fueron voluntarias en este estudio, no estuvieron sometidas a riesgo físico, ni psicológico.

La información obtenida fue manejada de manera confidencial, en todas las etapas de la investigación, conservando siempre el anonimato de las mujeres participante de este estudio.

Se contó con las mayores medidas de bioseguridad de asepsia y antisepsia al momento de realizar la técnica de toma de citología cervico - vaginal, por personal debidamente capacitado en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar.

5 RESULTADOS.

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.

Una de las características socio-demográficas que se tomó en cuenta es la procedencia rural de las 174 mujeres entrevistadas (100%), una zona considerada de riesgo social, por las limitaciones al acceso a la educación y fuentes de trabajo.

CUADRO N° 1: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA EDAD.

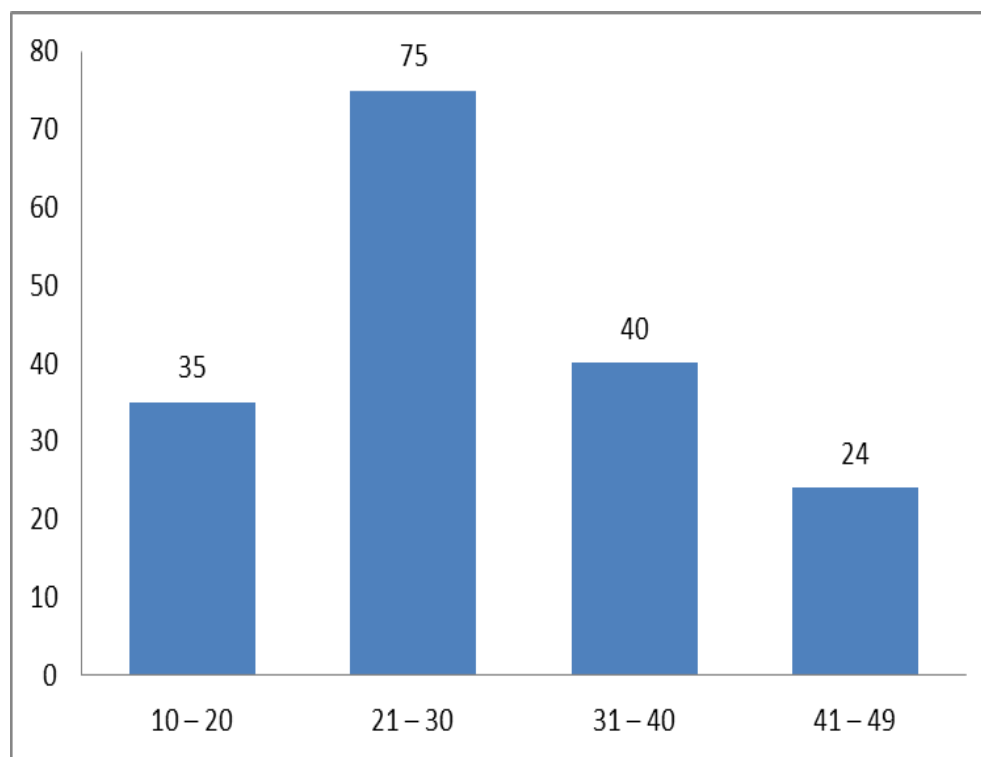
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
10 – 20	35	20 %
21 – 30	75	43 %
31 – 40	40	23 %
41 – 49	24	14 %
Total	174	100 %

Fuente: Cedula de entrevista de mujeres en estudio.

Análisis: En el cuadro N° 1 se muestra la edad, de las mujeres encuestadas a quienes se les realizó el estudio, se describen rango de edades y, se presenta con mayor frecuencia las edades entre 21 a 30 años, con 75 pacientes, (43 %), seguido de las edades entre 31 a 40 años, con 40 pacientes, (23 %), luego las edades entre 10 a 20 años, con 35 pacientes (20 %) y en último lugar de 41 a 49 años con 24 pacientes (14 %) de las encuestadas.

Interpretación: Se puede observar que un alto porcentaje de mujeres investigadas se encuentran entre los 21 a 30 años de edad, seguidos de los 31 a 40 años siendo las edades donde las mujeres en edad fértil consultan mayormente las unidades comunitarias en salud familiar.

GRAFICO N° 1: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA EDAD.



Fuente: Cuadro N° 1.

CUADRO N° 2: ESTADO FAMILIAR DE LA POBLACIÓN EN INVESTIGACIÓN.

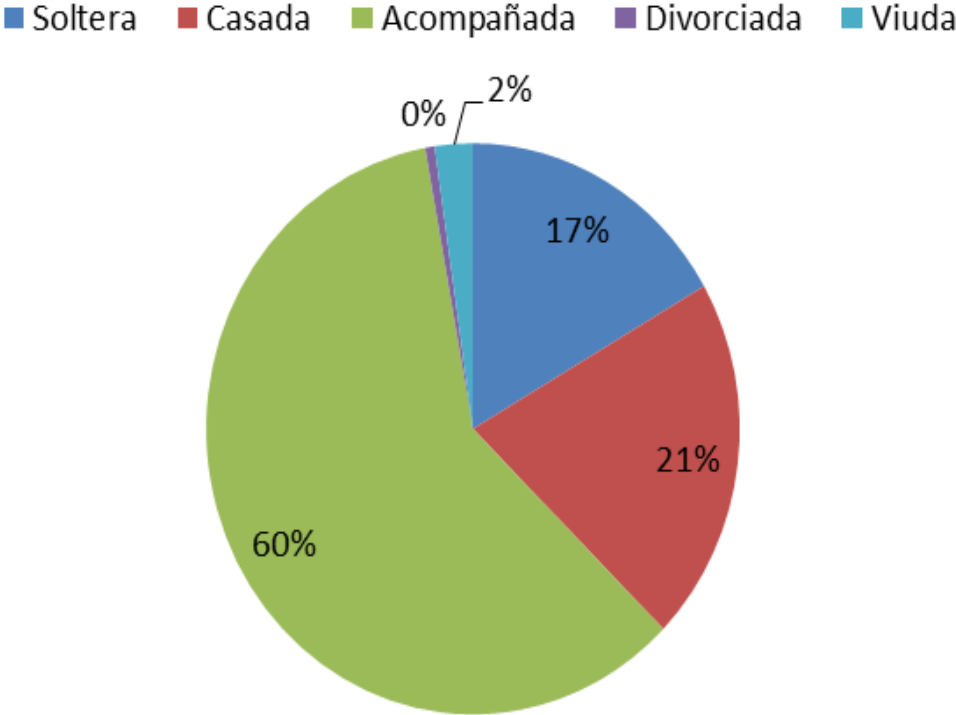
ESTADO FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	29	16.67%
Casada	36	20.69%
Acompañada	104	59.77%
Divorciada	1	0.57%
Viuda	4	2.30%
Total	174	100 %

Fuente: Cedula de entrevista de mujeres en estudio.

Análisis: En cuadro N° 2 se representa el estado familiar de las pacientes encuestadas de las cuales las acompañadas 104, (59.77%), es el número predominante, las casadas 36, (20.69%) se observa un muy bajo porcentaje, las solteras 29, (16.67%), y una minoría están las viudas 4, (2.30%) y divorciada 1, (0.57%).

Interpretación: Se observa que el mayor porcentaje de mujeres investigadas tienen un estado familiar "acompañadas" seguido de las mujeres que se encuentran casadas siendo estas las que mayormente asisten a las unidades comunitarias en salud familiar para tener mayor conocimientos sobre su salud sexual y reproductiva.

GRAFICO N° 2: ESTADO FAMILIAR DE LA POBLACIÓN EN INVESTIGACIÓN.



Fuente: Cuadro N° 2.

CUADRO N° 3: OCUPACIÓN DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA.

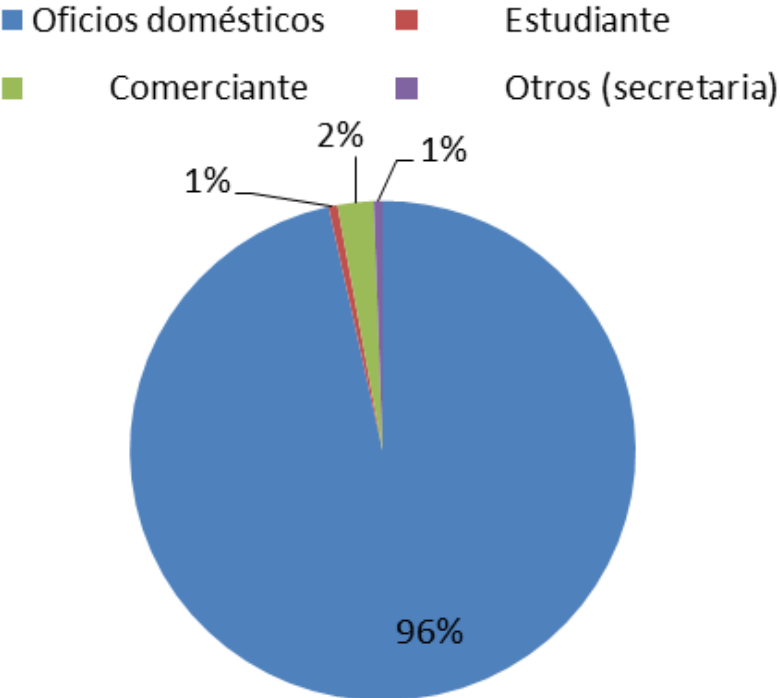
OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Oficios domésticos	168	96.54%
Estudiante	1	0.58%
Comerciante	4	2.30%
Otros (secretaria)	1	0.58%
Total	174	100%

Fuente: Cedula de entrevista de mujeres en estudio.

Análisis: En el cuadro N° 3 muestra la ocupación a la cual se dedican las mujeres que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar en estudio donde se observa que las que mayor frecuencia presentan en el estudio las mujeres que realizan actividades domésticas, con una frecuencia de 168, (96 %), comerciantes 4, (2.30%), estudiantes 1 (0.58 %), y las que desarrollan otras ocupaciones 1, (0.58 %).

Interpretación: Se observa que las mujeres en su mayoría, realizan oficios domésticos siendo estas las que mayormente asiste a consultar a las Unidades Comunitarias de Salud ya que presentan mayor disponibilidad de tiempo y consultan con mayor facilidad sobre su salud sexual, a diferencia de aquellas pacientes que tienen un horario laboral, como las comerciantes y estudiantes, o que cuentan con otra alternativa de atención médica en el sistema de salud nacional.

GRAFICO N° 3: OCUPACION DE LA POBLACION INVESTIGADA.



Fuente: Cuadro N° 3.

CUADRO N° 4: ¿SABE LEER?

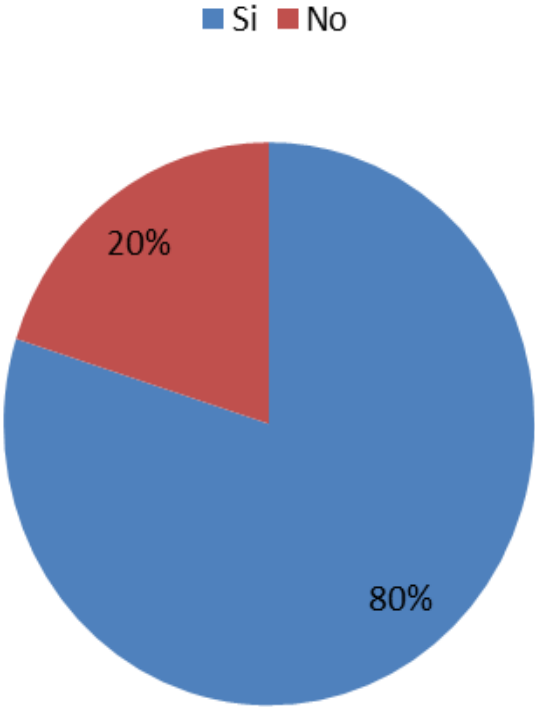
OPINIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	139	79.89%
No	35	20.11%
Total	174	100%

Fuente: Cedula de entrevista de mujeres en estudio.

Análisis: En el cuadro N° 4 se presenta la respuesta emitida de las mujeres entrevistadas que si saben leer, en la cual se observa que 139 (79.89%) saben leer y 35 no saben leer (20.11%).

Interpretación: Se observa que un alto porcentaje de mujeres investigadas saben leer lo que se les facilita a estas pacientes tener un mayor conocimiento sobre documentos que contengan información acerca de la salud sexual y reproductiva, no así una proporción de las mujeres que no saben leer debido a que existe analfabetismo en un porcentaje bajo considerándose este un riesgo social.

GRAFICO N° 4: ¿SABE LEER?



Fuente: cuadro N° 4.

CUADRO N° 5: ¿SABE ESCRIBIR?

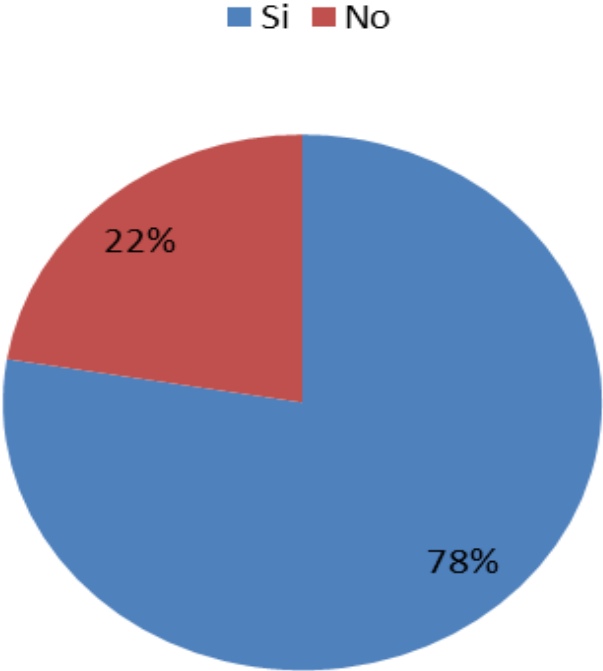
OPINIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	135	77.59%
No	39	22.41%
Total	174	100%

Fuente: Cedula de entrevista de mujeres en estudio.

Análisis: El cuadro N° 5 presenta la respuesta emitida por las mujeres entrevistadas 135 mujeres contestaron que si saben escribir (77.59%) y 39 mujeres (22.41%) contestaron que no saben escribir.

Interpretación: La mayoría de mujeres tiene la habilidad de poder comunicarse por la escritura, no así las pacientes que no saben escribir que son un porcentaje (22.41%) considerable de mujeres, relacionando las que no saben escribir con las mujeres que no saben leer se puede decir que casi tiende a ser el mismo porcentaje debido a que existe un analfabetismo en el área rural en nuestro país el porcentaje de analfabetismo corresponde a un 16% siendo la mayoría del área rural.

GRAFICO N° 5: ¿SABE ESCRIBIR?



Fuente: Cuadro N° 5.

CUADRO N° 6: NIVEL DE ESCOLARIDAD EN LA POBLACION DE ESTUDIO.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguna	37	21%
Primaria(1° a 9°)	128	74%
Secundaria(Bachillerato)	9	5%
Total	174	100%

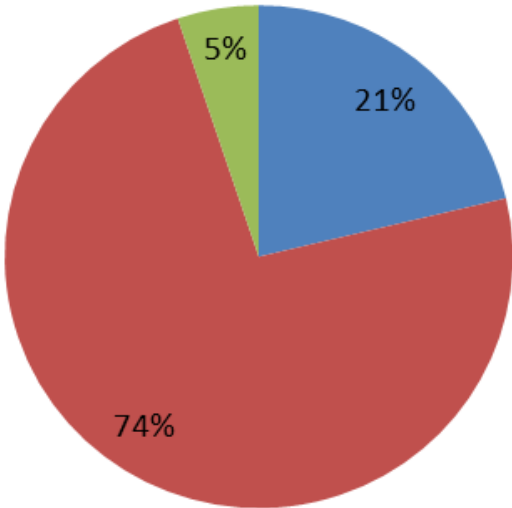
Fuente: Cedula de entrevista de mujeres en estudio.

Análisis: En el cuadro N° 6 se observa la escolaridad de las mujeres entrevistadas donde 128 mujeres (74%) solo han realizado hasta la primaria, 37 mujeres (21%) ninguna escolaridad, 9 mujeres (5%) hasta la secundaria.

Interpretación: la mayoría de mujeres ha realizado estudios de primaria, como también se observa que pocas mujeres pudieron continuar con la secundaria y un buen porcentaje no tienen ninguna escolaridad encontrándose estos dentro de los 16% de analfabetismo en nuestro país, por lo que hace que sea un factor sociodemográfico importante de riesgo social, por la falta de conocimiento es decir el nivel educativo es bajo en la población rural.

GRAFICO N° 6: NIVEL DE ESCOLARIDAD EN LA POBLACION DE ESTUDIO.

■ Ninguna ■ Primaria(1° a 9°) ■ Secundaria(Bachillerato)



Fuente: Cuadro N° 6.

5.2 HÁBITOS SEXUALES DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.

CUADRO N° 7: REPORTE CITOLÓGICO EN LAS MUJERES QUE MANTIENEN RELACIONES SEXUALES.

¿MANTIENEN RELACIONES SEXUALES?	REPORTE DE CITOLOGÍA							
	Vaginitis		Normal		Vaginosis bacteriana		TOTAL	
SI	88	50%	41	24%	34	19.5%	163	94%
NO	8	5%	2	1%	1	0.5%	11	6%
TOTAL	96	55%	43	25%	35	20%	174	100%

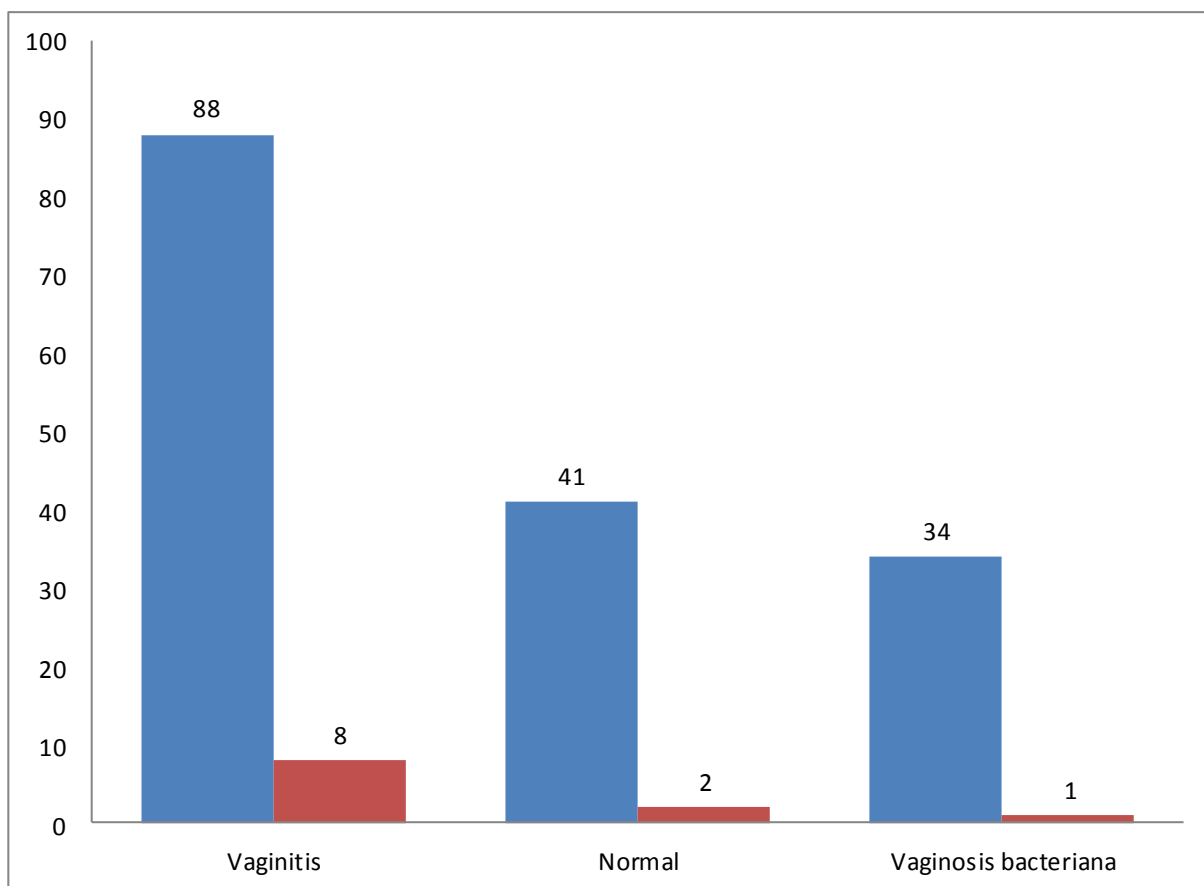
Fuente: Cedula de entrevista y Reporte de citología cervico – vaginal de investigación Vaginitis y Vaginosis Bacteriana en mujeres de edad fértil de El Niño, San Miguel y Trompina, Morazán de octubre - noviembre 2012

Análisis: En el cuadro N° 7 se presenta la respuesta que las mujeres entrevistadas emitieron, acerca de si están manteniendo relaciones sexuales y la relación con la vaginitis y Vaginosis bacteriana. Observándose que de las mujeres en estudio, 163 (94%) de ellas se encuentran manteniendo relaciones sexuales, con reporte de citología que revela que 88 (50%) tienen vaginitis, 41 (24%) tienen reporte citológico normal y 34 (10.5%) vaginosis bacteriana. Así también 11 (6%) mujeres no se encuentran manteniendo relaciones sexuales, mostrando en su reporte de citología, que 8 (5%) tienen vaginitis, 2 (1%) tienen reporte citológico normal y 1 (0.5%) tiene vaginosis bacteriana.

Interpretación: Se observa que la mayoría de mujeres que mantienen relaciones sexuales presentan vaginitis o Vaginosis bacteriana, encontrándose mayor porcentaje la vaginitis, esto refleja que las relaciones sexuales son un hábito de

riesgo para contraer vaginitis y vaginosis bacteriana, por la exposición constante a fluidos y el arrastre de flora patógena al realizar una actividad sexual. Al igual una cantidad apreciable de mujeres se encuentra manteniendo relaciones sexuales y su reporte citológico es normal. Sin embargo una minoría de mujeres no mantiene relaciones sexuales y tienen alguna forma de infección vaginal.

GRAFICO N° 7: REPORTE CITOLÓGICO EN LAS MUJERES QUE MANTIENEN RELACIONES SEXUALES



Fuente: Cuadro N° 7.

CUADRO N° 8: PREFERENCIA SEXUAL.

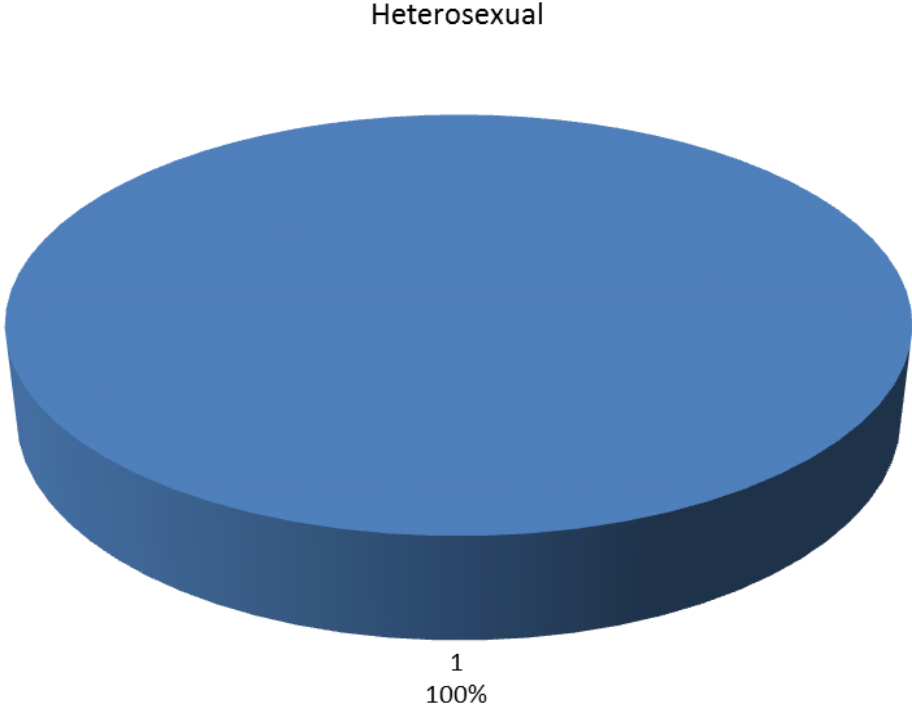
PREFERENCIA SEXUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Heterosexual	174	100 %
Homosexual	0	0 %
Bisexual	0	0 %

Fuente: Cedula de entrevista de mujeres en estudio.

Análisis: En el cuadro N° 8 se da respuesta a la pregunta de la preferencia sexual de las pacientes que consultan a las unidades en salud familiar en estudio de las 174 mujeres entrevistadas el 100% responden que su preferencia es heterosexuales.

Interpretación: se observa que la población en estudio su preferencia sexual es la heterosexual, es la práctica más común y frecuente en este estudio y que se considerara al analizar las infecciones vaginales.

GRAFICO N° 8: PREFERENCIA SEXUAL



Fuente: Cuadro N° 8.

CUADRO N° 9: REPORTE CITOLÓGICO CON EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES.

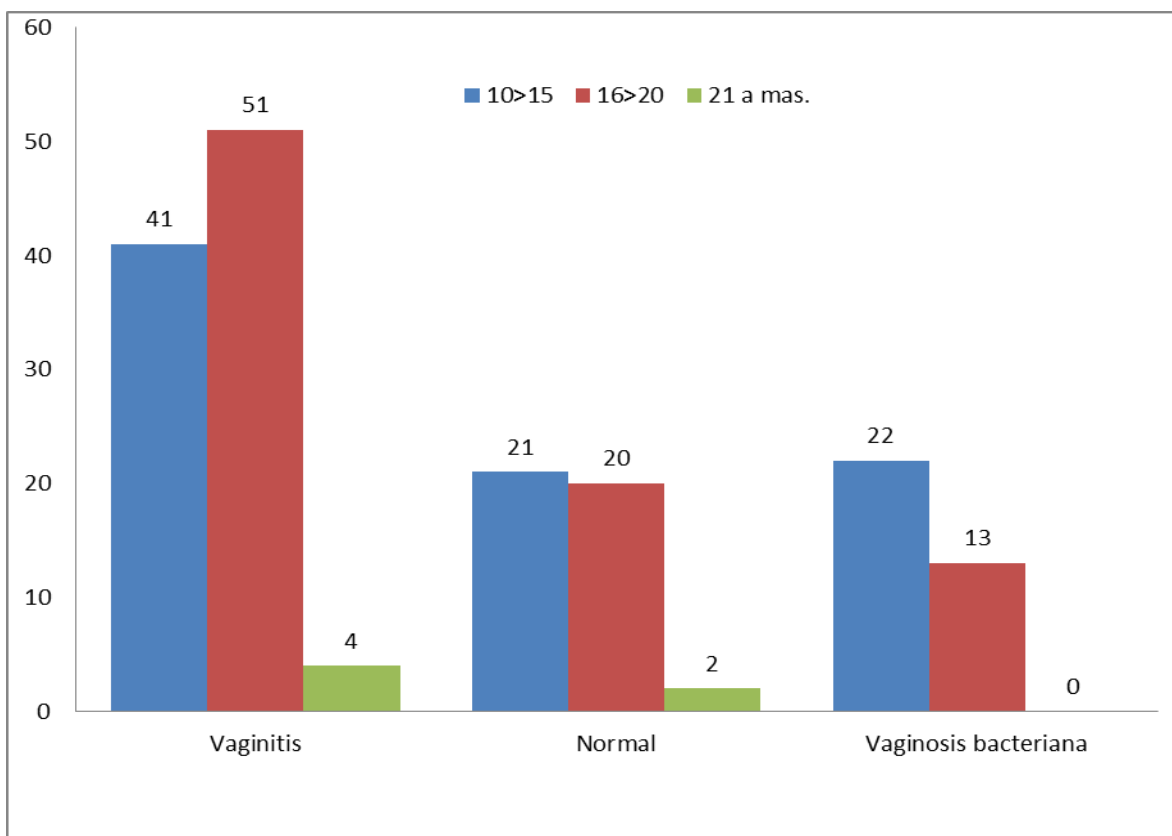
¿A QUÉ EDAD INICIO RELACIONES SEXUALES?	REPORTE DE CITOLOGIA							
	VAGINITIS		NORMAL		VAGINOSIS BACTERIANA		TOTAL	
10 – 15	41	24%	21	12.1%	22	12.5%	84	48.5%
16 – 20	51	29%	20	12%	13	7.5%	84	48.5%
21 A MÁS.	4	2%	2	1%	0	0%	6	3%
TOTAL	96	55%	43	25%	35	20%	174	100%

Fuente: Cedula de entrevista y Reporte de citología cervico – vaginal de investigación Vaginitis y Vaginosis Bacteriana en mujeres de edad fértil de El Niño, San Miguel y Trompina, Morazán de octubre - noviembre 2012.

Análisis: En el cuadro N° 9 se da respuesta a la pregunta a qué edad iniciaron relaciones sexuales, en la que dentro de los rangos de edades comprendidos entre 10 a 15 años la frecuencia es de 84 (48.5%) mujeres. 41 (24%) Mujeres presentan vaginitis, 22 (12.5%) mujeres presentan vaginosis bacteriana y 21 (12.1%) tienen el reporte de citología normal, de los 16 a 20 años son 84 (48.5%) mujeres en total, de estas 51 (29%) presentan vaginitis, 20 (12%) tienen el reporte de citología normal y 13 (7.5%) vaginosis bacteriana y de 21 años a más, son 6 (3%) mujeres en total, de las cuales 4 (2%) presentan vaginitis y 2 (1%) reporte citológico dentro de lo normal.

Interpretación: El mayor porcentaje de las mujeres en estudio iniciaron relaciones sexuales a temprana edad, dentro de los rangos de 10 a 15 años y 16 a 20 años, donde se encuentra la mayor proporción de casos de vaginitis y vaginosis bacteriana, considerando que al iniciar a estas edades las relaciones sexuales no se cuenta con el conocimiento adecuado sobre los riesgos que conllevan las relaciones sexuales, la comprensión de hábitos sexuales saludables. Por lo tanto, entre más temprano se inicia las prácticas sexuales se fomenta un hábito de riesgo, aumentando la predisposición a una infección vaginal.

GRAFICO N° 9: REPORTE CITOLÓGICO CON EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES.



Fuente: Cuadro N° 9

CUADRO N° 10: REPORTE CITOLÓGICO EN RELACIÓN CON EL TIPO DE PRÁCTICA SEXUAL.

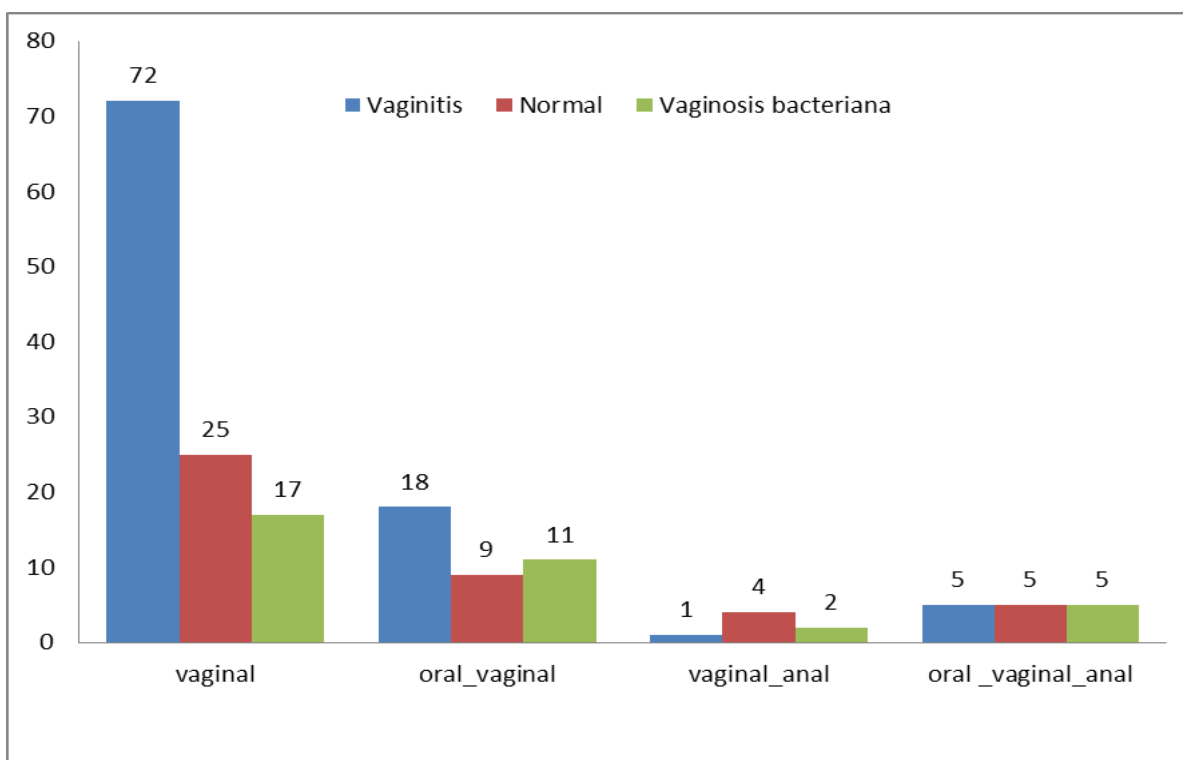
¿QUÉ TIPO DE SEXO PRÁCTICA?	REPORTE DE CITOLOGÍA							
	Vaginitis		Normal		Vaginosis bacteriana		Total	
Vaginal	72	41%	25	14%	17	10%	114	65%
Oral – Vaginal	18	11%	9	5%	11	6%	38	22%
Vaginal - Anal	1	0.5%	4	2%	2	1%	7	4%
Oral - Vaginal – Anal	5	3%	5	3%	5	3%	15	9%
Total	96	55%	43	25%	35	20%	174	100%

Fuente: Cedula de entrevista y Reporte de citología cervico – vaginal de investigación Vaginitis y Vaginosis Bacteriana en mujeres de edad fértil de El Niño, San Miguel y Trompina, Morazán de octubre - noviembre 2012.

Análisis: En el cuadro N° 10 se observan los resultados obtenidos a la interrogante sobre el tipo de práctica sexual que se mantienen realizando las mujeres que se presentan a las Unidades Comunitarias en Salud Familiar en estudio, 114 (65%) tiene practica vaginal de estas 72 (41%) mujeres presentan vaginitis, 25 (14%) presentan una citología normal y 17 (10%) presentan vaginosis bacteriana, 38 (22%) mujeres practican oral – vaginal de estas 18 (11%) mujeres presentan vaginitis, 9 (5%) tienen una citología normal y 11 (6%) presentan vaginosis bacteriana, 15 (9%) practican oral – vaginal - anal de estas 5 (3%) mujeres presentan vaginitis, 5 (3%) una citología normal y 5 (3%) mujeres presentaron vaginosis bacteriana, 7 (4%) practican vaginal - anal de estas 1 (0.5%) presenta vaginitis, 4 (2%) citología normal y 2 (1%) presentan vaginosis bacteriana.

Interpretación: Las mujeres entrevistadas, en su mayor porcentaje practican sexo vaginal y es la práctica sexual más común por ende es la que muestra mayor proporción de casos de infección vaginal. Al igual la práctica sexo oral – vaginal es la segunda más frecuente, siendo una práctica de riesgo por la exposición a flora patógena aunque es considerada poco traumatizante, por lo que no disminuye la probabilidad de infección vaginal por la contaminación de flora patógena, al contrario de la práctica penetrativa vaginal - anal que es de riesgo más elevado por ser traumatizante y estar en contacto con flora patógena, como también el sexo oral – vaginal – anal por la exposición de materia fecal .

GRAFICO N° 10. REPORTE CITOLÓGICO EN RELACIÓN CON EL TIPO DE PRÁCTICA SEXUAL.



Fuente: Cuadro N° 10

CUADRO N° 11: REPORTE CITOLÓGICO CON EL NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES QUE TIENE ACTUALMENTE.

¿NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES QUE TIENE ACTUALMENTE?	REPORTE DE CITOLOGÍA							
	Vaginitis		Normal		Vaginosis bacteriana		Total	
1	89	51%	42	24.5%	35	20%	166	95%
Más de 1	7	4%	1	0.5%	0	0%	8	5%
Total	96	55%	43	25%	35	20%	174	100%

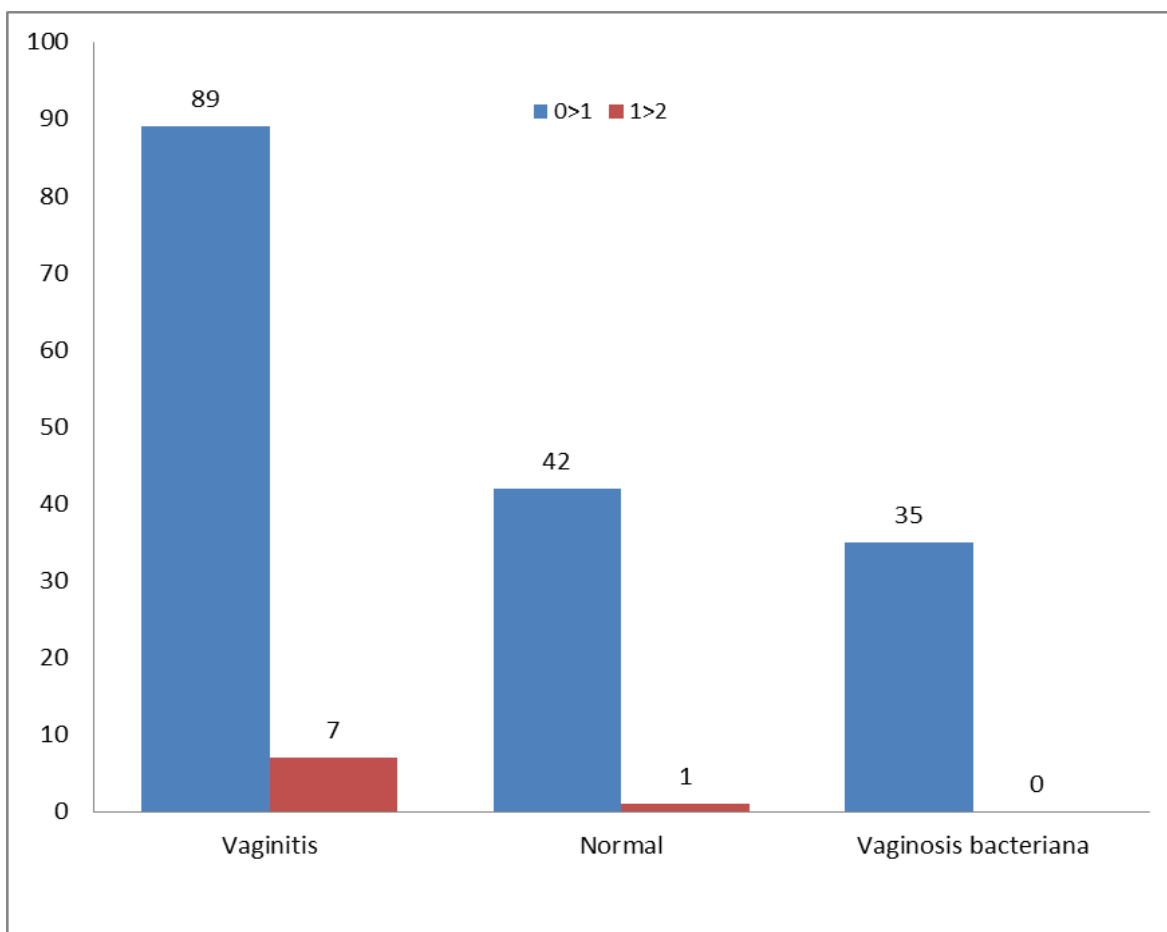
Fuente: Cedula de entrevista y Reporte de citología cervico – vaginal de investigación Vaginitis y Vaginosis Bacteriana en mujeres de edad fértil de El Niño, San Miguel y Trompina, Morazán de octubre - noviembre 2012.

Análisis: En el cuadro N° 11 se puede observar que de las mujeres entrevistadas en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar en estudio 166 (95%) responde que actualmente solo tienen un compañero sexual de estas 89 (51%) presentan vaginitis, 42 (24.5%) un reporte citológico normal y 35 (20%) mujeres presentan vaginosis bacteriana y 8 (5%) que tienen actualmente 2 compañeros sexuales de las cuales 7 (4%) mujeres presentan vaginitis y 1 (0.5%) presentan un reporte citológico normal.

Interpretación: Se muestra que la mayoría de las mujeres entrevistadas en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, refieren que actualmente tienen una pareja sexual siendo este una mayoría alta por lo que es donde se marca el mayor número de casos de vaginitis y vaginosis bacteriana y una minoría de mujeres refieren que actualmente mantienen relaciones sexuales con 2 compañeros

sexuales que corresponde al 5% y de este el 4% presenta infección vaginal, observándose una predisposición a presentar vaginitis. Lo que se observa que independientemente del número de compañeros con los cuales se mantiene relaciones sexuales, el hecho de contraer una infección vaginal está propenso por el hecho de encontrarse manteniendo una actividad sexual.

GRAFICO N° 11: REPORTE CITOLÓGICO CON EL NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES QUE TIENE ACTUALMENTE.



Fuente: Cuadro N° 11.

CUADRO N° 12: RELACIÓN DE LA INFIDELIDAD CON EL REPORTE CITOLÓGICO.

¿LE HA SIDO INFIEL A SU PAREJA?	REPORTE DE CITOLOGÍA							
	Vaginitis		Normal		Vaginosis bacteriana		Total	
SI	23	13%	4	2%	11	6%	38	22%
NO	73	42%	39	23%	24	14%	136	78%
Total	96	55%	43	25%	35	20%	174	100%

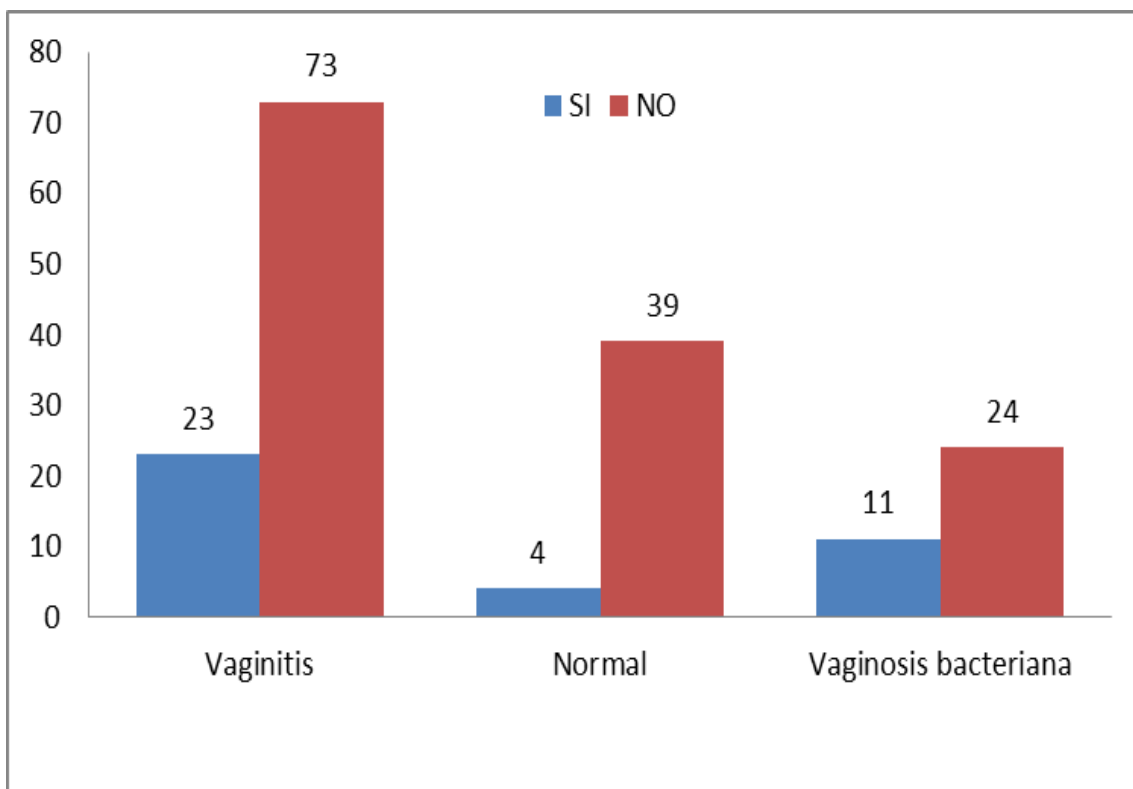
Fuente: Cedula de entrevista y Reporte de citología cervico – vaginal de investigación Vaginitis y Vaginosis Bacteriana en mujeres de edad fértil de El Niño, San Miguel y Trompina, Morazán de octubre - noviembre 2012.

Análisis: En el cuadro N° 12 se da respuesta a la pregunta si las mujeres en estudio han sido infiel a su pareja, donde 136 (78%) respondieron que “NO” y de estas 73 (42%) mujeres presentan vaginitis, 39 (23%) mujeres presentan un reporte citológico normal y 24 (14%) vaginosis bacteriana, 38 (22%) respondieron que “SI” le han sido infiel a su pareja, de estas 23 (13%) presentan vaginitis, 4 (2%) presentan reporte citológico normal y 11 (6%) presentan vaginosis bacteriana.

Interpretación: Se muestra que la mayoría de mujeres ha mantenido la fidelidad a su pareja y a pesar de que mantienen la fidelidad presentan un alta número de casos de vaginitis o vaginosis bacteriana, al igual un alto número de mujeres con reporte citológico normal. De las mujeres que respondieron que si han sido infieles, presentan un alto porcentaje a padecer vaginitis como causa más frecuente de infección por lo que al tener un comportamiento promiscuo lleva a

estas mujeres a un mayor riesgo de presentar una infección vaginal e incluso una enfermedad de transmisión sexual.

GRAFICO N° 12: RELACIÓN DE LA INFIDELIDAD CON EL REPORTE CITOLÓGICO.



Fuente: Cuadro N° 12.

CUADRO N° 13: RELACIÓN DEL ASEO GENITAL POSTERIOR AL COITO CON EL REPORTE CITOLÓGICO.

¿REALIZA ASEO GENITAL POSTERIOR AL COITO?	REPORTE DE CITOLOGÍA							
	Vaginitis		Normal		Vaginosis bacteriana		Total	
SI	79	45%	29	17%	33	19%	141	81%
NO	17	10%	14	8%	2	1%	33	19%
Total	96	55%	43	25%	35	20%	174	100%

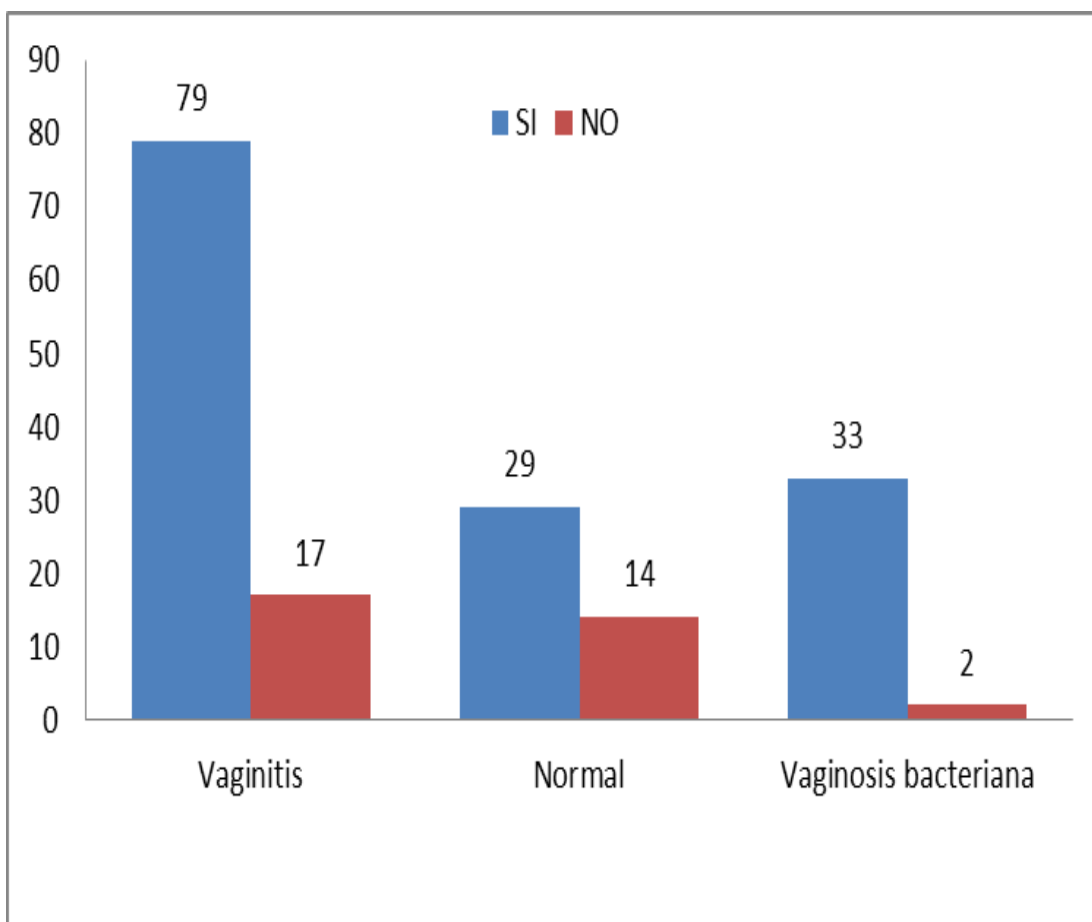
Fuente: Cedula de entrevista y Reporte de citología cervico – vaginal de investigación Vaginitis y Vaginosis Bacteriana en mujeres de edad fértil de El Niño, San Miguel y Trompina, Morazán de octubre - noviembre 2012.

Análisis: En el cuadro N° 13 se observa que las mujeres entrevistadas que asistieron a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar en estudio, 141 (81%) refieren que realizan aseo genital posterior al coito de esta 79 (45%) mujeres presentan vaginitis, 29 (17%) mujeres presentan un reporte citológico normal y 33 (19%) mujeres presentan vaginosis bacteriana y 33 (19%) mujeres refirieron que no realizan aseo genital posterior al coito de estas 17 (10%) presentan vaginitis, 14 (8%) con un reporte citológico normal y 2 (1%) paciente presentan vaginosis bacteriana.

Interpretación: Se observa que un gran número de las mujeres entrevistadas realizan aseo genital posterior al coito y son el porcentaje de mayores casos de vaginitis y vaginosis bacteriana, ya que probablemente no realizan un correcto lavado vaginal. Muy pocas no realizan aseo genital posterior al coito, como al

igual se observa casos de vaginitis y vaginosis bacteriana. Por lo tanto al no realizarse un aseo genital adecuado posterior al coito hay riesgo de modificar el pH vaginal y con ello la probabilidad de presenten trastornos de la flora vaginal normal e infecciones secundarias posteriores.

GRAFICO N° 13: RELACIÓN DEL ASEO GENITAL POSTERIOR AL COITO CON EL REPORTE CITOLÓGICO.



Fuente: Cuadro N° 13.

CUADRO N° 14: RELACIÓN DEL USO DE PRESERVATIVO CON EL REPORTE CITOLOGÍCO.

USO DE PRESERVATIVO	REPORTE DE CITOLOGÍA							
	Vaginitis		Normal		Vaginosis bacteriana		Total	
SI	42	24%	26	15%	23	13%	91	52%
NO	54	31%	17	10%	12	7%	83	48%
Total	96	55%	43	25%	35	20%	174	100%

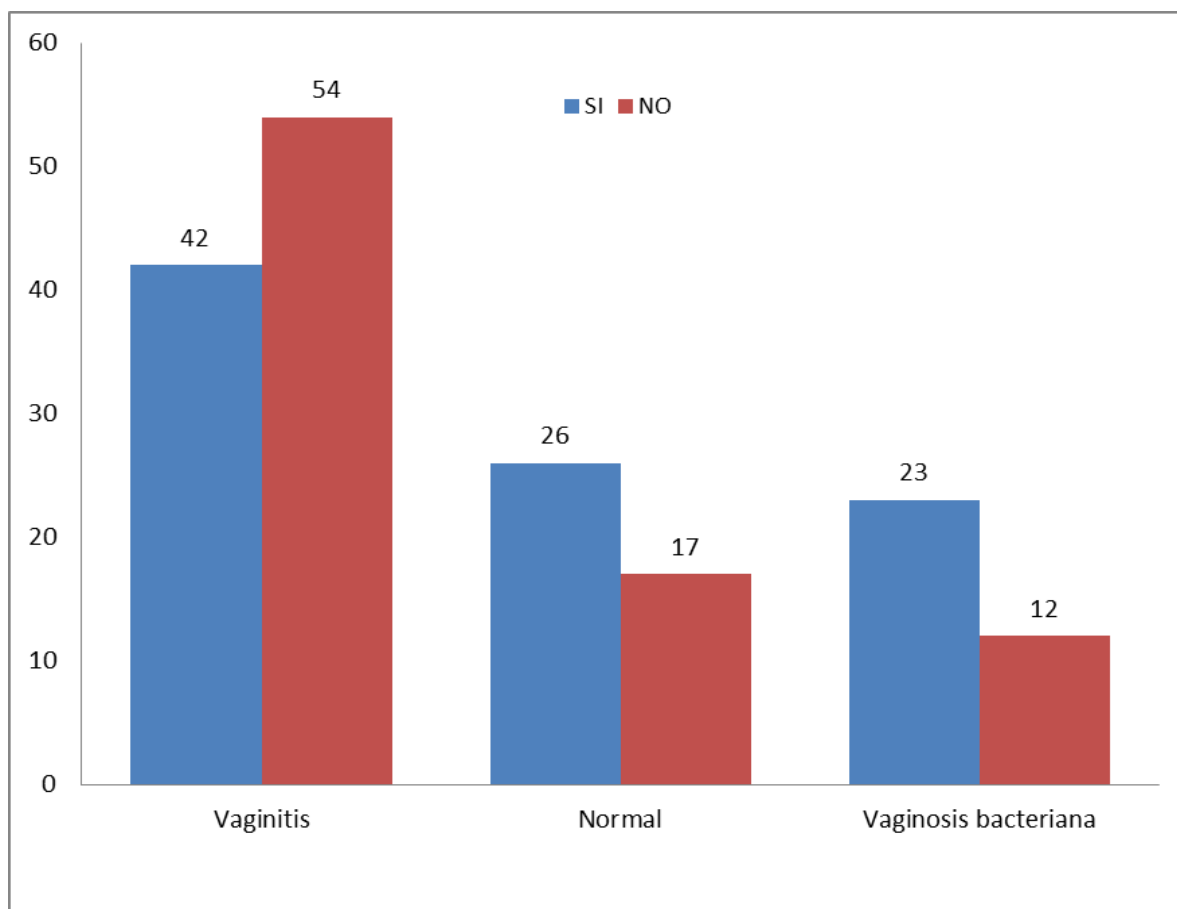
Fuente: Cedula de entrevista y Reporte de citología cervico – vaginal de investigación Vaginitis y Vaginosis Bacteriana en mujeres de edad fértil de El Niño, San Miguel y Trompina, Morazán de octubre - noviembre 2012.

Análisis: En el cuadro N° 14 se observa como las mujeres entrevistadas responden a la pregunta sobre cuál de su pareja sexual utiliza preservativo durante la relación sexual, donde 83 (48%) respondieron que no utilizan preservativo al practicar una relación sexual de estas 54 (31%) mujeres presentaron vaginitis, 17 (10%) presentaron una citología normal y 12 (7%) mujeres presentaron Vaginosis bacteriana, 91 (52%) mujeres respondieron que utilizan preservativo de las cuales 42 (24%) mujeres presentaron vaginitis, 26 (15%) presentaron una citología normal y 12 (7%) mujeres presentaron Vaginosis bacteriana.

Interpretación: un gran número de mujeres no utilizar preservativo como medio preventivo de enfermedades de transmisión sexual tienen un riesgo de presentar infecciones vaginales, al igual se observándose que un alto porcentaje de mujeres

y sus parejas deciden hacer uso de este aun al estar con su pareja formal protegiéndose de infecciones al utilizar el preservativo como barrera de protección. Por lo que se observa que al hacer uso del preservativo aumenta la probabilidad de presentar una citología dentro de los parámetros normales en comparación con las mujeres que no deciden hacer uso del preservativo que corresponde al 48%.

GRAFICO N° 14: RELACIÓN DEL USO DE PRESERVATIVO CON EL REPORTE CITOLÓGICO.



Fuente: Cuadro N° 14.

CUADRO N° 15: COMPAÑERO SEXUAL QUE UTILIZA PRESERVATIVO EN RELACIÓN CON EL REPORTE CITOLÓGICO.

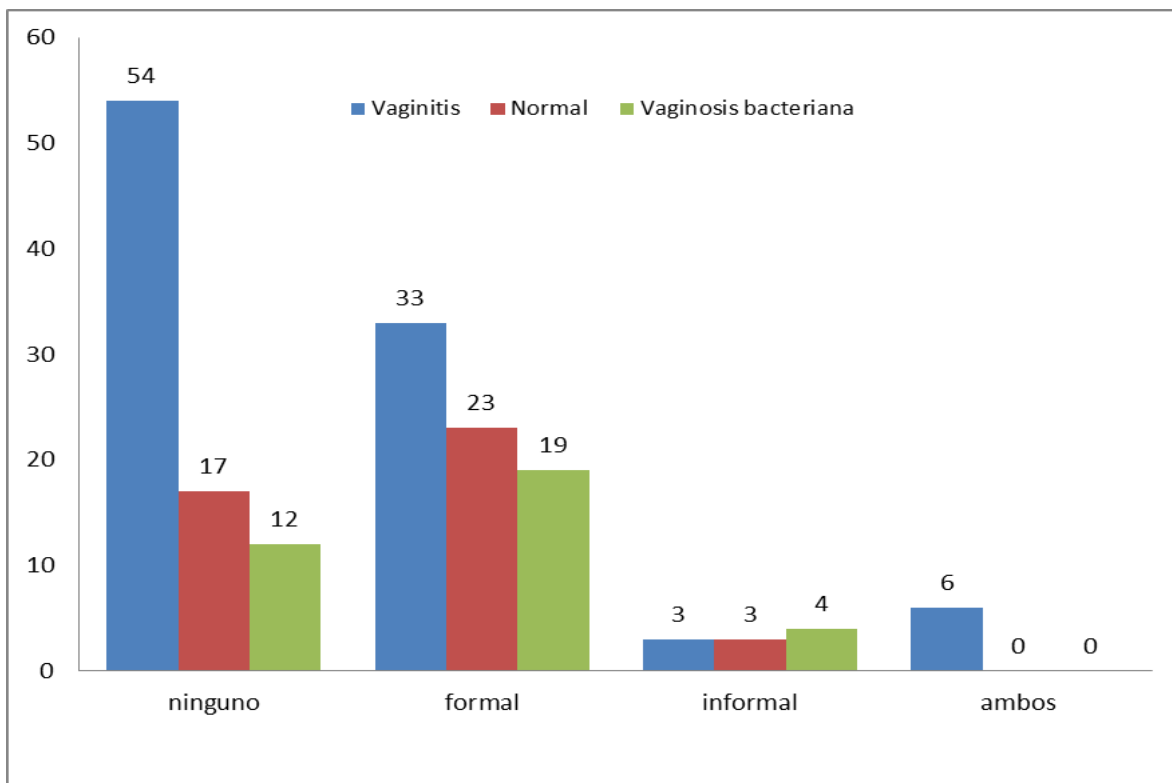
¿CUÁL DE SU PAREJA UTILIZA PRESERVATIVO?	REPORTE DE CITOLOGÍA							
	Vaginitis		Normal		Vaginosis bacteriana		Total	
Ninguno	54	31%	17	10%	12	7%	83	48%
Formal	33	19%	23	13.5%	19	11%	75	43%
Informal	3	1.5%	3	1.5%	4	2%	10	6%
Ambos	6	3.5%	0	0%	0	0%	6	3.5%
Total	96	55%	43	25%	35	20%	174	100%

Fuente: Cedula de entrevista y Reporte de citología cervico – vaginal de investigación Vaginitis y Vaginosis Bacteriana en mujeres de edad fértil de El Niño, San Miguel y Trompina, Morazán de octubre - noviembre 2012.

Análisis: en el cuadro N° 15 se puede observar que las mujeres entrevistadas en las unidades de salud familiar 83 (48%) mujeres refieren que ninguna de sus parejas sexuales utiliza preservativo de estas 54 (31%) mujeres presentaron vaginitis, 17 (10%) una citología normal y 12 (7%) presentaron Vaginosis bacteriana y 75 (43%) mujeres si usan el preservativo su pareja formal de estas 33 (19%) mujeres presentaron vaginitis, 23 (13.5%) mujeres presentaron citología normal y 19 (23%) mujeres presentaron Vaginosis bacteriana, y 10 (6%) su pareja informal de estas 3 (1.5%) presentaron vaginitis, 3 (1.5%) mujeres citología normal y 4 (2%) presentaron Vaginosis bacteriana, 6 (3.5%) refieren que ambas parejas usan preservativo de estas las 6 (3.5%) mujeres presentaron vaginitis.

Interpretación: Las mujeres que no se protegen durante la relación sexual, al no hacer uso del preservativo fueron 83 mujeres entrevistadas y hay mujeres que aunque tengan una pareja forman deciden protegerse usando preservativo la tener relaciones sexuales, otras mujeres solo lo usan al mantener relaciones con parejas no formales y una minoría se decide protegerse al tener relaciones sexuales con ambos compañeros sexuales independientemente de la tipo de relación que mantenga, teniendo en cuenta que cuando no se utiliza preservativo hay un mayor riesgo presentar una infección vaginal.

GRAFICO N° 15: COMPAÑERO SEXUAL QUE UTILIZA PRESERVATIVO EN RELACIÓN CON EL REPORTE CITOLÓGICO.



Fuente: Cuadro N° 15.

CUADRO N° 16: REPORTE CITOLÓGICO EN RELACIÓN CON LA CONSEJERÍA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

¿AH RECIBIDO CONSEJERÍA SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA?	REPORTE DE CITOLOGÍA							
	Vaginitis		Normal		Vaginosis bacteriana		Total	
SI	60	34%	30	17%	28	16%	118	67%
NO	36	21%	13	8%	7	4%	56	33%
TOTAL	96	55%	43	25%	35	20%	174	100%

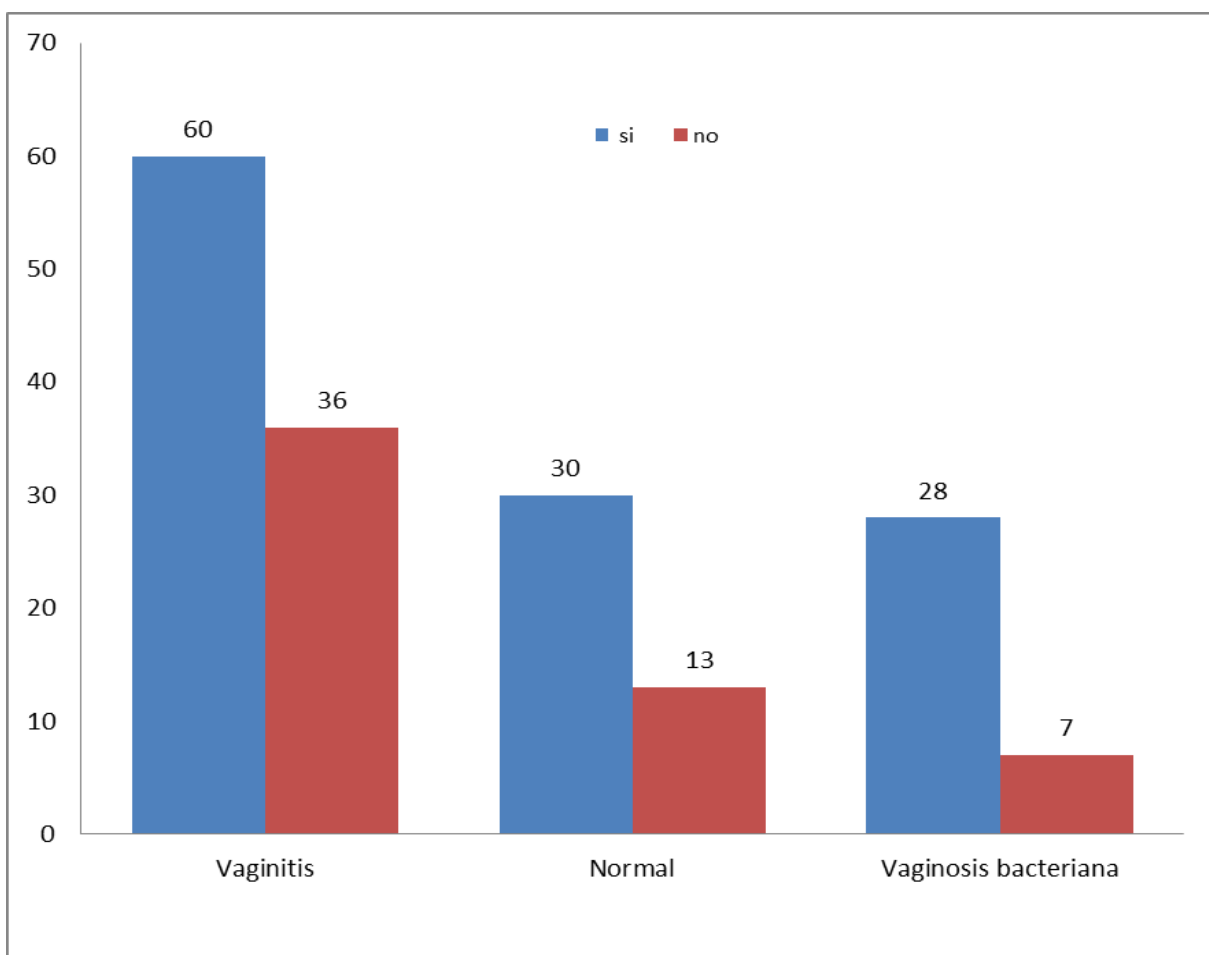
Fuente: Cedula de entrevista y Reporte de citología cervico – vaginal de investigación Vaginitis y Vaginosis Bacteriana en mujeres de edad fértil de El Niño, San Miguel y Trompina, Morazán de octubre - noviembre 2012.

Análisis: en el cuadro N° 16 se puede observar que las mujeres entrevistadas en las unidades de salud familiar 118 (67%) han recibido consejería sobre salud sexual y reproductiva de las cuales 60 (34%) mujeres presentaron vaginitis, 30 (17%) mujeres presentan citología normal y 28 (16%) mujeres presentaron Vaginosis bacteriana y 56 (33%) mujeres no han recibido consejería 36 (21%) mujeres presentaron vaginitis, 13 (8%) mujeres presentaron citología normal y 7 (4%) mujeres presentan Vaginosis bacteriana.

Interpretación: Se muestra que la mayor cantidad de las mujeres entrevistadas en las unidades de salud familiar han recibido consejería sobre salud sexual y reproductiva y muy pocas mujeres no han recibido consejería llama la atención

que aun conociendo sobre su salud sexual y reproductiva la mayoría tiende a presentar vaginitis o Vaginosis bacteriana.

GRAFICO N° 16: REPORTE CITOLÓGICO EN RELACIÓN CON LA CONSEJERÍA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.



Fuente: Cuadro N° 16.

5.3 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS.

La comprobación de la hipótesis de trabajo de investigación se llevó a cabo a través de la utilización de resultado obtenido del reporte de citología cervico vaginal y para comprobación estadística de la hipótesis específica se utilizó las Pruebas de chi-cuadrado, haciendo usos del programa informático SPSS 15.0 para Windows.

5.3.1 Hipótesis de trabajo.

Hi. La vaginosis bacteriana es la principal causa de infección vaginal presente en mujeres de edad fértil, que consultan las Unidades Comunitarias de Salud Familiar en estudio.

Ho. La vaginosis bacteriana no es la principal causa de infección vaginal presente en mujeres en edad fértil, que consultan las Unidades Comunitarias de Salud Familiar en estudio

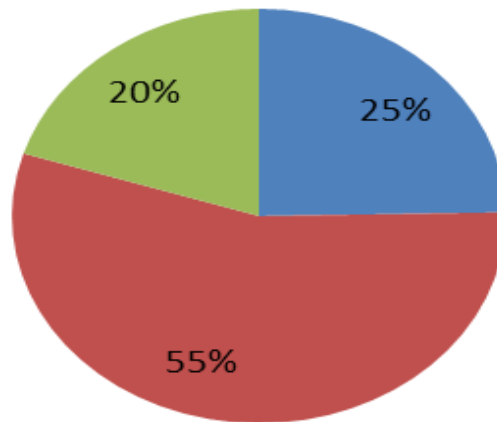
REPORTE DE CITOLOGÍA CERVICO – VAGINAL.

REPORTE DE CITOLOGÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Normal	43	24.71%
Vaginitis	96	55.17%
Vaginosis Bacteriana	35	20.11%
Total	174	100.00%

Fuente: reporte de citología cervicovaginal..

REPORTE CITOLÓGICO.

■ Normal ■ Vaginitis ■ Vaginosis Bacteriana



En el cuadro se puede observar que a las 174 mujeres que se les realizó la toma de citología cervico – vaginal, presentaron un reporte citológico con algún tipo de vaginitis 96 mujeres (55.17%), reporte normal 43 mujeres (24.71%), y solo 35 mujeres (20.11%) presentaron Vaginosis bacteriana.

Pudiendo constatar que la vaginitis por algún agente etiológico fue la principal entidad que predominó en el resultado obtenido en la citología cervical – vaginal, de las cuales el 39.08% representa la vaginitis inespecífica, el 9.77% representan la candidiasis vaginal, 5.17% atrofia y el 1.15% tricomoniasis vaginal y menos de la mitad de pacientes tienen un reporte citológico dentro de los parámetros normales, un grupo apreciable presenta cambios de vaginosis bacteriana (20.11%), por lo que se acepta la hipótesis de trabajo, la cual hace mención: La

vaginosis bacteriana y la candidiasis vaginal son las principales causas de infección vaginal presente en mujeres de edad fértil, que consultan las Unidades Comunitarias de Salud Familiar en estudio.

AGENTE ETIOLÓGICO.

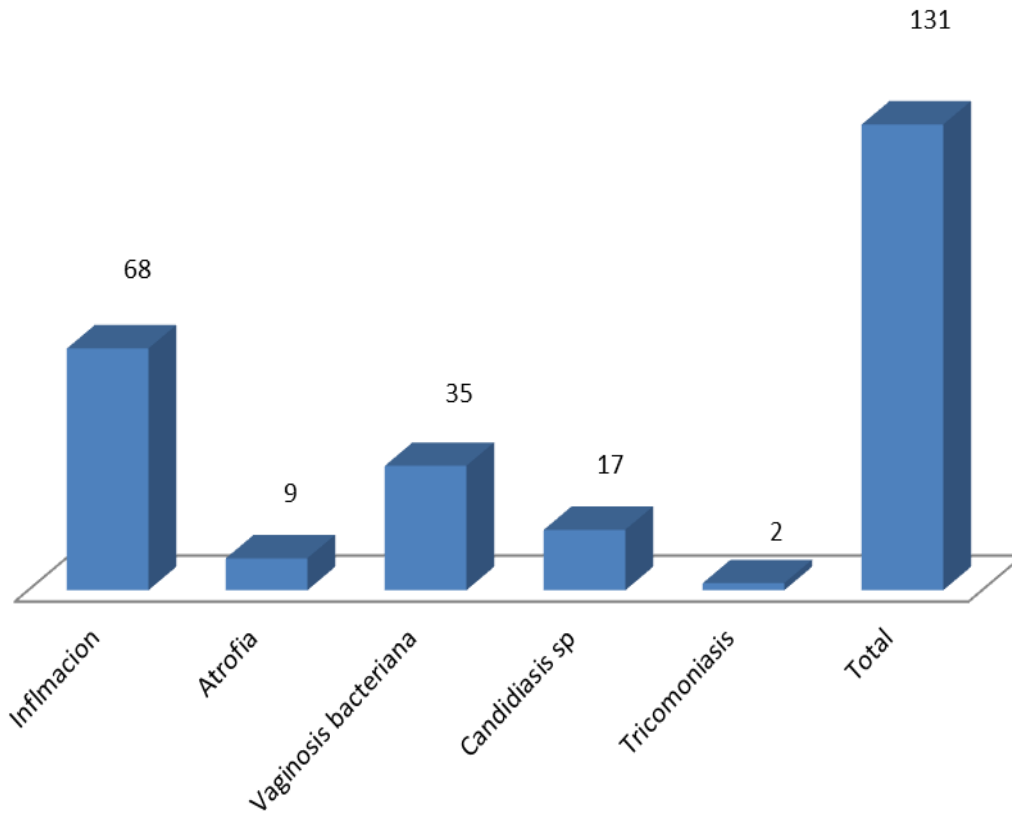
FRECUENCIA DE VAGINOSIS BACTERIANA Y VAGINITIS.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Inflamación inespecífica	68	39.08%
Atrofia	9	5.17%
Vaginosis bacteriana	35	20.11%
Candida sp.	17	9.77%
Trichomonas vaginalis	2	1.15%
Total	131	75.28%

Fuente. Reporte de citología cervico vaginal.

En el cuadro se puede observar que de las 174 mujeres a las cuales se les realizó la toma de citología cervico – vaginal, presentaron un reporte citológico de vaginitis inflamatoria inespecífica 68 (39.08%), Vaginosis bacteriana 35 (20.11%), Candida sp 17 (9.77%), Vaginitis atrófica 9 (5.17%) y en último lugar Trichomonas vaginalis 2 (1.15%).

La mayor frecuencia de agente causal de vaginitis es la inflamación inespecífica, en la cual no se encuentra presente un agente infeccioso definido, por lo que estas pacientes al recibir tratamiento terapéutico no responde satisfactoriamente a este y presentan recurrencia, no es así el caso del resto de agentes infecciosos que si se conoce el agente etiológico causante de vaginitis o Vaginosis bacteriana.

FRECUENCIA DE VAGINITIS Y VAGINOSIS BACTERIANA POR CITOLOGIA



Fuente. Cuadro de agente etiológico.

5.3.1 Hipótesis Específica.

H1. Los hábitos sexuales de riesgo están presentes en las mujeres con vaginitis y vaginosis bacteriana que consultan las Unidades Comunitarias de Salud Familiar en estudio.

H0: Los hábitos sexuales de riesgo no están presentes en las mujeres con vaginitis y vaginosis bacteriana que consultan las Unidades Comunitarias de Salud Familiar en estudio.

HÁBITOS SEXUALES DE RIESGO.

¿QUÉ TIPO DE SEXO PRÁCTICA?

Reporte de citología	¿Qué tipo de sexo practica?				Total
	vaginal	oral_vagi nal	vaginal_a nal	oral _vaginal_ anal	vaginal
Vaginitis	72	18	1	5	96
Normal	25	9	4	5	43
Vaginosis bacteriana	17	11	2	5	35
Total	114	38	7	15	174

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13.518	6	.036
N de casos válidos	174		

El resultado muestra que el valor de la chi-cuadrado es $X^2 = 13.518$ con gl (6, 0.05) se busca el valor en tabla de chi-cuadrado es de 12.592.

Regla de decisión.

$X^2_{obt} < X^2_{crit} =$ Se acepta la hipótesis nula

$X^2_{obt} > X^2_{crit} =$ Se rechaza la hipótesis nula

Dónde: $X^2_{obt} = 13.518$ y $X^2_{crit} = 12.592$

Si $X^2_{obtenido}$ es igual 13.518 y $X^2_{critico}$ es igual 12.592 significa que X^2_{obt} es mayor que X^2_{crit} por lo que se rechaza la hipótesis de nula y se acepta la hipótesis de trabajo.

Haciendo la comparación se puede ver que según la práctica sexual que realiza tienden a presentar infección vaginal presentando en este estudio la tipo vaginal que presenta la mayoría de vaginitis y Vaginosis bacteriana y en una minoría la práctica sexual vaginal-anal siendo está más traumática y por contaminación de flora patógena.

¿LE HA SIDO INFIEL A SU PAREJA?

¿Le ha sido infiel a su pareja?	Reporte de citología			Total
	Vaginitis	Normal	Vaginosis bacteriana	Vaginitis
Si	23	4	11	38
No	73	39	24	136
Total	96	43	35	174

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.097	2	.047
N de casos válidos	174		

El resultado muestra que el valor de la chi-cuadrado es $X^2 = 6.097$ con gl (2, 0.05)

se busca el valor en tabla de chi-cuadrado es de 5.99

Regla de decisión.

$X^2_{obt} < X^2_{crit} =$ Se acepta la hipótesis nula

$X^2_{obt} > X^2_{crit} =$ Se rechaza la hipótesis nula

Dónde: $X^2_{obt} = 6.097$ y $X^2_{crit} = 5.99$

Si $X^2_{obtenido}$ es igual 6.097 y $X^2_{critico}$ es igual 5.99 significa que X^2_{obt} es mayor que X^2_{crit} por lo que se rechaza la hipótesis de nula y se acepta la hipótesis de trabajo.

Haciendo la comparación se observa que según los resultados obtenidos la infidelidad predisponen a padecer una infección vaginal presentando un alto porcentaje de vaginitis y vaginosis bacteriana como causa frecuente por comportamiento promiscuo lleva a las mujeres a un mayor riesgo de presentar una infección vaginal

¿REALIZA ASEO GENITAL POSTERIOR AL COITO?

Realiza aseo genital posterior al coito?	Reporte de citología			Total
	Vaginitis	Normal	Vaginosis bacteriana	Vaginitis
Si	79	29	33	141
No	17	14	2	33
Total	96	43	35	174

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9.267	2	.010
N de casos válidos	174		

El resultado muestra que el valor de la chi-cuadrado es $X^2 = 9.267$ con gl (2, 0.05)

se busca el valor la tabla de chi-cuadrado es de 5.99

Regla de decisión.

$X^2_{obt} < X^2_{crit} =$ Se acepta la hipótesis nula

$X^2_{obt} > X^2_{crit} =$ Se rechaza la hipótesis nula

Dónde: $X^2_{obt} = 9.267$ y $X^2_{crit} = 5.99$

Si $X^2_{obtenido}$ es igual 9.267 y $X^2_{critico}$ es igual 5.99 significa que X^2_{obt} es mayor que X^2_{crit} por lo que se rechaza la hipótesis de nula y se acepta la hipótesis de trabajo.

Haciendo la comparación se puede ver que según el aseo genital posterior al coito al no realizarlo correctamente predispone a que presente una infección vaginal debido a que hay una modificación del PH vaginal y con ello la probabilidad de presentar trastornos de la flora vaginal normal e infecciones secundarias posteriores.

¿SU PAREJA SEXUAL UTILIZA PRESERVATIVO DURANTE LA RELACIÓN SEXUAL?

¿Su pareja sexual utiliza preservativo durante la relación sexual?	Reporte de citología			Total
	Vaginitis	Normal	Vaginosis bacteriana	Vaginitis
Ninguno	54	17	12	83
pareja formal	31	21	19	71
pareja informal	5	5	4	14
Ambos	6	0	0	6
Total	96	43	35	174

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14.355	6	.026
N de casos válidos	174		

El resultado muestra que el valor de la chi-cuadrado es $X^2 = 14.355$ con gl (6, 0.05)

se busca el valor en tabla de chi-cuadrado es de 12.592.

Regla de decisión.

$X^2_{obt} < X^2_{crit} =$ Se acepta la hipótesis nula

$X^2_{obt} > X^2_{crit} =$ Se rechaza la hipótesis nula

Dónde: $X^2_{obt} = 14.355$ y $X^2_{crit} = 12.592$

Si $X^2_{obtenido}$ es igual 14.355 y $X^2_{critico}$ es igual 12.592 significa que X^2_{obt} es mayor que X^2_{crit} por lo que se rechaza la hipótesis de nula y se acepta la hipótesis de trabajo.

Haciendo la comparación se puede ver que el no utilizar preservativos durante la relación sexual predispone a las mujeres a presentar vaginitis o Vaginosis bacteriana mientras que al utilizar como barrera de protección para no adquirir una infección.

ANALISIS.

Los hábitos sexuales que en el estudio predisponen a las mujeres a padecer de vaginitis o Vaginosis bacteriana al realizarse la gráfica de contingencia de doble entrada ubicándonos en la tabla de chi cuadrado con el valor de confianza 0.05 tomando en comprobación de la hipótesis específica esta se acepta la cual hace mención: Los hábitos sexuales de riesgo están presentes en las mujeres con vaginitis y vaginosis bacteriana que consultan las Unidades Comunitarias de Salud Familiar en estudio. Los hábitos sexuales que inclinan el estudio a mayor riesgo de presentar infección vaginal son el tipo de sexo que practica, la infidelidad a su pareja, el uso de preservativo durante la relación sexual, el aseo genital posterior al coito. Encontrando que los otros hábitos estudiados se presentan en las mujeres pero predisponen en menor riesgo.

HÁBITOS SEXUALES SIN RIESGO.

¿MANTIENE RELACIONES SEXUALES?

¿Mantiene relaciones sexuales?	Reporte de citología			Total
	Vaginitis	Normal	Vaginosis bacteriana	Vaginitis
Si	88	41	34	163
No	8	2	1	11
Total	96	43	35	174

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.568	2	.457
N de casos válidos	174		

El resultado muestra que el valor de la chi-cuadrado es $X^2 = 1.568$ con gl (2, 0.05) se busca el valor en tabla de chi-cuadrado es de 5.99.

Regla de decisión.

$X^2_{\text{obt}} < X^2_{\text{crit}} =$ Se acepta la hipótesis nula

$X^2_{\text{obt}} > X^2_{\text{crit}} =$ Se rechaza la hipótesis nula

Dónde: $X^2_{\text{obt}} = 1.568$ y $X^2_{\text{crit}} = 5.99$

Si X^2_{obtenido} es igual 1.568 y X^2_{critico} es igual 5.99 significa que X^2_{obt} es menor que X^2_{crit} por lo que se acepta la hipótesis de nula y se rechaza la hipótesis de trabajo.

Haciendo la comparación se puede ver las mujeres están propensas a padecer de una infección vaginal al mantener relaciones sexual en menor frecuencia según tablas de contingencia y prueba de chi cuadrado en este estudio.

¿A QUE EDAD INICIO RELACION SEXUAL?

¿A qué edad inicio relación sexual?	Reporte de citología			Total
	Vaginitis	Normal	Vaginosis bacteriana	Vaginitis
10 a 20 años	92	41	35	168
21 a mas año	4	2	0	6
Total	96	43	35	174

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.586	2	.453
N de casos válidos	174		

El resultado muestra que el valor de la chi-cuadrado es $X^2 = 1.586$ con gl (2, 0.05) se busca el valor en tabla de chi-cuadrado es de 5.99.

Regla de decisión.

$X^2_{\text{obt}} < X^2_{\text{crit}} =$ Se acepta la hipótesis nula

$X^2_{\text{obt}} > X^2_{\text{crit}} =$ Se rechaza la hipótesis nula

Dónde: $X^2_{\text{obt}} = 1.586$ y $X^2_{\text{crit}} = 5.99$

Si X^2_{obtenido} es igual 1.586 y X^2_{critico} es igual 5.99 significa que X^2_{obt} es menor que X^2_{crit} por lo que se acepta la hipótesis de nula y se rechaza la hipótesis de trabajo.

Haciendo la comparación se puede ver que según la edad en que inicio relaciones sexuales tiende a ser un hábito sexual de menor riesgo para presentar vaginitis o Vaginosis bacteriana.

¿ACTUALMENTE CUANTAS PAREJAS SEXUALES TIENE?

		Reporte de citología			Total
		Vaginitis	Normal	Vaginosis bacteriana	
¿Actualmente cuantas parejas sexuales tiene?	0>1	89	42	35	166
	1>2	7	1	0	8
Total		96	43	35	174

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.781(a)	2	.151
N de casos válidos	174		

El resultado muestra que el valor de la chi-cuadrado es $X^2 = 3.781$ con gl (2, 0.05)

buscamos el valor en tabla de chi-cuadrado es de 5.99.

Regla de decisión.

$X^2_{obt} < X^2_{crit} =$ Se acepta la hipótesis nula

$X^2_{obt} > X^2_{crit} =$ Se rechaza la hipótesis nula

Dónde: $X^2_{obt} = 3.781$ y $X^2_{crit} = 5.99$

Si $X^2_{obtenido}$ es igual 3.781 y $X^2_{critico}$ es igual 5.99 significa que X^2_{obt} es menor que X^2_{crit} por lo que se acepta la hipótesis de nula y se rechaza la hipótesis de trabajo.

Haciendo la comparación de cuantas parejas sexuales tiene actualmente la mujer con el reporte citológico según tabla de contingencia y chi cuadrado esta tiende hacer un hábito sexual que no presenta riesgo para presentar una infección vaginal.

¿HA RECIBIDO CONSEJERIA SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA?

		Reporte de citología			Total
		Vaginitis	Normal	Vaginosis bacteriana	
¿Ah recibido consejería sobre salud sexual y reproductiva?	Si	60	30	28	118
	No	36	13	7	56
Total		96	43	35	174

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.699	2	.157
N de casos válidos	174		

El resultado muestra que el valor de la chi-cuadrado es $X^2 = 3.699$ con gl (2, 0.05)

se busca el valor en tabla de chi-cuadrado es de 5.99.

Regla de decisión.

$X^2_{obt} < X^2_{crit} =$ Se acepta la hipótesis nula

$X^2_{obt} > X^2_{crit} =$ Se rechaza la hipótesis nula

Dónde: $X^2_{obt} = 3.699$ y $X^2_{crit} = 5.99$

Si $X^2_{obtenido}$ es igual 3.699 y $X^2_{critico}$ es igual 5.99 significa que X^2_{obt} es menor que X^2_{crit} por lo que se acepta la hipótesis de nula y se rechaza la hipótesis de trabajo.

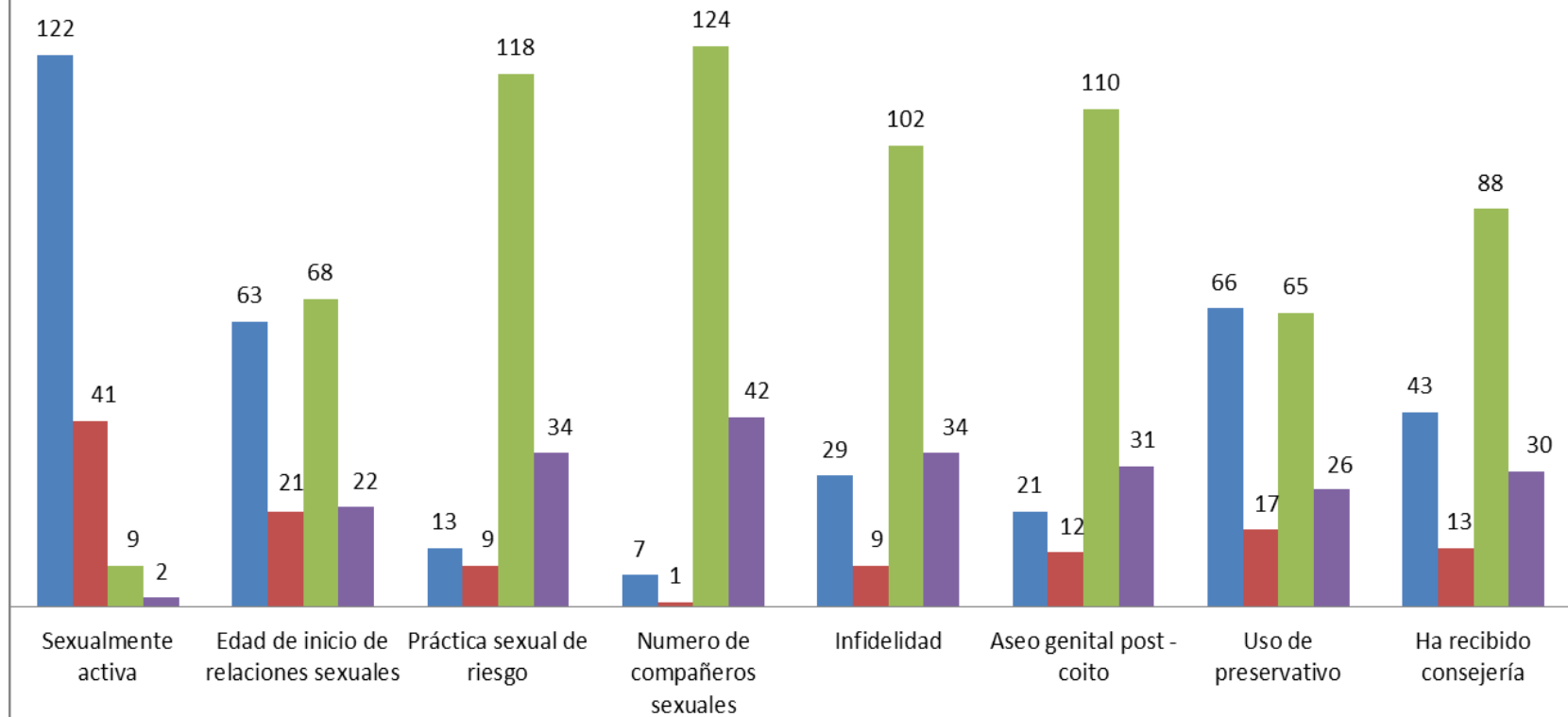
Haciendo la comparación se puede ver que al recibir consejería sobre salud sexual y reproductiva es un hábito sexual de poco riesgo para presentar infección vaginal.

HÁBITOS SEXUALES DE RIESGO	PRESENTAN HÁBITOS SEXUALES DE RIESGO			NO PRESENTAN HÁBITOS SEXUALES DE RIESGO		
	ENFERMA	SANA	TOTAL	ENFERMA	SANA	TOTAL
Mantiene relaciones sexuales	122	41	163	9	2	11
Edad de inicio de relaciones sexuales	63	21	84	68	22	90
Práctica sexual de riesgo	13	9	22	118	34	152
Numero de compañeros sexuales	7	1	8	124	42	166
Infidelidad	34	4	38	97	39	136
Aseo genital post - coito	19	14	33	112	29	141
Uso de preservativo	66	17	83	65	26	91
Ha recibido consejería	43	13	56	88	30	118

Fuente: Cedula de entrevista y Reporte de citología cervico – vaginal de investigación Vaginitis y Vaginosis Bacteriana en mujeres de edad fértil de El Niño, San Miguel y Trompina, Morazán de octubre - noviembre 2012.

HABITOS SEXUALES

■ ENFERMA CON HABITOS DE RIESGO ■ SANA CON HABITOS DE RIESGO ■ ENFERMA SIN HABITOS DE RIESGO ■ SANA SIN HABITOS DE RIESGO



Fuente. Cuadro de hábitos sexuales.

4 DISCUSIÓN.

La frecuencia de los agentes causales de infecciones vaginales en las pacientes de edad fértil de las unidades comunitarias de salud familiar en estudio en el periodo de septiembre a octubre de 2012, se encuentra en mayor frecuencia la reacción inflamatoria inespecífica (39.08%), en segundo lugar la vaginosis bacteriana (20.11%), seguido de Candidiasis sp (9.77%), vaginitis atrofia (5.17%) y en último lugar la tricomoniasis (1.15%) en relación a un estudio realizado en Cuba. La Habana en mayo a agosto del 2000 donde se estudiaron 300 exudados vaginales procedentes de pacientes que acudieron a la consulta por presentar leucorrea el 50.3% presentaron candida sp, seguido de Vaginosis bacteriana 19.7% y Mycoplasma Hominis 4.7%. .

Los hábitos sexuales de riesgo en las mujeres que presentan vaginitis y vaginosis bacteriana están el inicio de relaciones a muy temprana edad, el número de compañeros sexuales por parte de las pacientes expone al riesgo de adquirir infecciones vaginales e incluso de transmisión sexual, uso inadecuado del preservativo al momento de las relaciones sexuales a pesar de tener conocimiento sobre cómo cuidar y conservar la salud sexual y reproductiva.

Estudio realizados y relacionados sobre las infecciones vaginales exponen: Que en un estudio realizado en San Miguel y Usulután, El Salvador en los meses de junio - agosto de 2009 participaron 345 mujeres de 20 a 55 años, este estudio arrojó que se encuentran los agentes infecciosos de vaginitis los siguientes

agente causantes según orden de frecuencia, *Cándida albicans*, cocobacilos, tricomoniasis, clamidia y en último lugar la vaginitis atrófica, además que se encuentran presentes los factores de riesgo para contraer vaginitis, relaciones sexuales sin protección, falta de hábitos higiénicos, sexualmente activa, múltiples parejas sexuales, ropa interior ajustada, poca asistencia a toma de citología. Relacionando los datos anteriores con el estudio realizado se presenta con mayor frecuencia la vaginitis inespecífica en un 39%, seguida de la Vaginosis bacteriana en 20.11%, candidiasis sp 9.77% y la Vaginosis atrófica en 5.17%, además de que los hábitos sexuales que tienen las mujeres estudiadas presentan riesgo de presentar infección vaginal.

En otro estudio realizado en Lima Perú de enero a marzo de 1998 se estudiaron 370 muestras de mujeres con flujo vaginal para determinar la prevalencia de infección vaginal. El resultado demostró que la vaginosis bacteriana es la infección más frecuente, seguido de candidiasis vaginal y tricomoniasis vaginal. Vaginosis bacteriana estuvo asociada a mal olor postcoital, ausencia de signos inflamatorios en vagina, flujo vaginal blanquecino, lechoso, homogéneo y fétido. La candidiasis vaginal estuvo asociada a prurito, ardor vulvovaginal, eritema vulvar y vaginal, flujo vaginal amarillento, grumoso sin olor, test de amina negativo; así como ausencia de relaciones sexuales, ningún compañero sexual en el último año, ninguna gestación, una vida sexual menor de dos años y paridad de ninguno a un hijo. La tricomoniasis vaginal estuvo asociada a eritema vaginal, flujo vaginal amarillo verdoso, espumoso, homogéneo y fétido y test de amina positivo, relacionando el estudio realizado se presenta la vaginitis

inflamatoria inespecífica 68 (39.08%), Vaginosis bacteriana 35 (20.11%), Candidiasis sp 17 (9.77%), Vaginitis atrófica 9 (5.17%) y en último lugar Trichomoniasis 2 (1.15%) siendo la vaginitis inespecífica la que con mayor frecuencia se presenta. .

En base a estudios anteriores se puede observar que la identificación de agentes causales de infecciones vaginales presenta variaciones según el orden de frecuencia del microorganismo infectante según el grupo poblacional estudiado, según lugar de procedencia y el intervalo de tiempo que se tomen durante el año para su realización. Pero aun así los resultados de dichas investigaciones muestran mínimas discrepancia entre si

6 CONCLUSIONES.

Al finalizar la investigación sobre vaginitis y vaginosis bacteriana en mujeres de edad fértil, que consultan las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Cantón El Niño, San Miguel Y Trompina, Sociedad, Morazán. En el periodo de octubre a noviembre de 2012. El grupo investigador presenta las conclusiones:

La vaginitis y vaginosis bacteriana son patologías ginecológicas de consulta frecuente en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar en las mujeres en edad reproductiva, en este estudio es muy frecuente en las pacientes del área rural la Vaginitis inespecífica que se presente en mayor porcentaje 39.08%, seguido de la vaginosis bacteriana en un 20.11%, luego la candidiasis en un 9.11%, vaginitis atrófica en un 9.77%, tricomoniasis en un 1.15% y menos de la mitad tienen un reporte citológico normal, encontrando que la vaginitis es la más frecuente y que la Vaginosis bacteriana no es la principal causa de infección vaginal en mujeres de edad fértil, que consultan las unidades comunitarias en salud familiar en estudio.

Que los agente etiológico que se presenta en las pacientes en el estudio con vaginitis y Vaginosis bacteriana son la inespecífica (39.08%) en la cual no se presenta un agente infeccioso definido, seguido de Vaginosis bacteriana (20.11%), Candida sp. (9.77%), atrofia (5.17%), trichomonas vaginalis(1.15%).

Además las mujeres en la edad fértil tienden a presentar infección vaginal a cualquier edad de esta etapa sobre todo entre 21-30 años es el 43% de la población, tomando en cuenta sus factores sociodemográficos entre los que se presentan esta la baja escolaridad ya que un 21% no han asistido a la escuela además de su procedencia del área rural donde 35 (20%) mujeres no saben leer y 39 (22%) mujeres no saben escribir de las cuales 37 (21%) mujeres no asistieron a la escuela lo que las lleva a tener poco conocimiento sobre los factores que predisponen al no tener una buena salud sexual siendo un 96% amas de casa las que con mayor frecuencia consultan las unidades comunitarias en salud familiar.

Los hábitos sexuales que predisponen a las mujeres a presentar una infección vaginal en cualquier momento de su edad fértil son la infidelidad de la pareja donde 38 (22%) mujeres son infieles y de ellas 34 (19%) presentan infección vaginal, el uso inadecuado del preservativo en este estudio 83 mujeres no utilizan preservativo durante la relación sexual y de ellos 54 (48%) mujeres presentan vaginitis y 12 (7%) mujeres Vaginosis bacteriana, las prácticas sexuales inadecuadas que ponen en riesgo de una u otra manera a presentar infección vaginal son las que practican vaginal-anal la cual es del 7% ya que de las mujeres que presentando infección vaginal debido a que en esta práctica sexual tiende haber cambios en la flora normal de la vagina, además del aseo posterior al coito el cual el 81% a pesar que las mujeres realizan aseo genital posterior al coito presentan algún tipo de vaginitis 45% y Vaginosis bacteriana 19% lo que podría hacer pensar que la higiene no es suficiente o inadecuada.

7 RECOMENDACIONES.

Para personal de unidad comunitaria en salud familiar:

Que el personal de las diferentes Unidades Comunitarias de Salud Familiar oriente a las mujeres que consultan, para la toma de citología cervico-vaginal y así diagnosticar oportunamente infecciones vaginales, enfermedades de transmisión sexual que pongan en peligro a las pacientes y en su futuro embarazo.

Que se programen capacitaciones al personal Unidades Comunitarias de Salud Familiar sobre la salud sexual y reproductiva en las diferentes etapas de la vida de la mujer, y se dirijan estos conocimientos extramuralmente en los diferentes Centros Escolares, con la generación y activación de los club de adolescentes, para lograr un impacto positivo en los adolescentes sobre que conlleva iniciar tempranamente las relaciones sexuales, y que cuenten con el conocimiento y herramientas necesarias para prevenir infecciones vaginales y de transmisión sexual.

Orientar a las mujeres sobre los riesgos y beneficios que tienen al tomar en cuenta la fidelidad a la pareja, el uso adecuado de preservativos, la importancia de realizar un adecuado aseo genital posterior al coito para así evitar una infección vaginal.

Que el personal de salud médicos, personal de enfermería, promotores de salud, sean capacitados para la consejería y charlas de promoción y educación sobre la importancia que tienen los hábitos sexuales en las pacientes, la importancia de la toma de citología desde el momento que hayan iniciado relaciones sexuales para así prevenir infecciones vaginales.

Para el Ministerio de Salud:

Que el Ministerio de Salud realice un esfuerzo en garantizar adecuadamente los recursos al abastecer a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar con los medicamentos necesarios según sea la incidencia de infección vaginal, y se hagan adecuados manejo de las patologías infecciosas ginecológicas, según el agente etiológico causal, así poder dar un tratamiento oportuno, eficaz y eficiente, disminuyendo los tratamientos empíricos, para lograr la óptima utilización de los recursos materiales.

Que el Ministerio de Salud Pública haga hincapié al personal de cada unidad de salud que atienden a las usuarias del programa de Citología a que posteriormente regresan por su resultado y que sea anotado para que este dato no se pierda.

A la Universidad de El Salvador:

Que en con junto con el Ministerio de Salud, brinden capacitaciones extramurales, para una adecuada educación sexual y reproductiva orientada a la prevención de enfermedades de trasmisión sexual y sexo seguro.

8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. BEREK, Jonathan S. et. al, Ginecología de Novak, [Traducido por Dr. Félix Garcia Roig] 13ª Edición México, Mc GrawHill Capitulo 15. 1999. 1357 Pág.
2. FAN et al, 2000, HIV/AIDS información Center QUE ES EL VIH SIDA. [//www.sida-aids.org/informacion/65-que-es-el-vihsida.html?start=5](http://www.sida-aids.org/informacion/65-que-es-el-vihsida.html?start=5)
[En línea] [Consultado el 28 de septiembre de 2012]
3. JAWETZ, Ernest; MELNICK, Joseph L y ADELBERG, Edward. Microbiología médica, 14a edición, editorial El Manual moderno, 1992. 700 Págs.
4. MEDINA Ruth; RECHKEMMER Adolfo; GARCIA-HJARLES Marco. Prevalencia de vaginitis y vaginosis bacteriana en pacientes con flujo vaginal anormal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima-Perú [En línea] <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v10n4/v10n4ao3.pdf>. [Consultado el 05 de marzo de 2012]
5. CIUDAD REYNAUD Antonio; INFECCIONES VAGINALES POR CÁNDIDA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. [En línea] http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol53_n3/pdf/a04v53n3.pdf [Consultado el 05 de marzo de 2012]

6. JOSÉ ANTONIO SÁNCHEZ HERNÁNDEZ Diagnóstico clínico, de laboratorio y tratamiento de la vaginosis por *Gardnerella vaginalis*. [En línea] <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v48n4/5-VAGINOSIS.pdf> [Consultado el 05 de marzo de 2012]

7. CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES. Enfermedades de transmisión sexual (ETS), Tricomoniasis - Hoja informativa de los CDC. [En línea] <http://www.cdc.gov/std/spanish/stdfact-trichomoniasis-s.htm> [Consultado el 05 de marzo de 2012].

8. ORTIZ RODRÍGUEZ, Cecilia et. al, Vaginosis bacteriana en mujeres con leucorrea. [En línea] Rev Cubana Obstet Ginecol v.26 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2000
<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0138-600X2000000200002> [Consultado el 05 de marzo de 2012].

9. ROBLES ROBLES, Nahum et. al, PREVALENCIA DE INFECCIONES VAGINALES EN MUJERES EMBARAZADA DE 16 A 45 AÑOS, QUE CONSULTAN EN LAS UNIDADES DE SALUD DE NUEVA ESPARTA Y EL SAUCE, LA UNIÓN Y TROMPINA SOCIEDAD, MORAZÁN EN EL PERIODO DE ABRIL A SEPTIEMBRE DE 2009. [Ejemplar impreso]

Disponible en Biblioteca de Universidad de El Salvador. Facultad Multidisciplinaria Oriental [Consultado el 10 de marzo de 2012].

10. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social República de El Salvador. *Normativa teórica de prevención y control del cáncer cervicouterino El Salvador CA. 2002.* s.c 71 Págs.

11. CAÑETE PALOMO María Luisa URGENCIAS EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA ETS y *vuvlovaginitis* editorial schering española. Edición: 1ª año: 2003 formato: pdf pag 519 – 535.

12. SALMEÁN Javier Martínez, ET. AL GINECOLOGÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA. Problemas clínicos, Schering España, S.A. 2001 Editorial grupo Aula Médica, S.A. Madrid (España). Pag 204. 210.

13. Juan Antonio Trejo y Pérez, Blanca Hernández Leyva, Jorge Ramiro Carrasco Rico, Daniel Luis René Ducoing Díaz INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, Guía clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de cervicovaginitis por bacterias, trichomoniasis y candida. Rev Med IMSS 2003; 41 (Supl): S71-S76.

14. ZAPARDIEL GUTIÉRREZ Ignacio, DE LA FUENTE VALERO Jesús, BAJO ARENAS José Manuel; GUÍA PRÁCTICA DE URGENCIAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (acorde a los protocolos de la S.E.G.O.) Impreso en Anzos (Madrid) Capitulo 31, PÁG. 119, 125.
15. PRIMENDEL ZARSURI, Betariz, REYNOLDS M Eloy, CÁNDIDIASIS VAGINAL. Revista Panameña de Medicina Familiar. http://www.mflapaz.com/Revista_6/revista_6_pdf/6%20Candidiasis%20vaginal.pdf [En línea] [Consultado el 05 de marzo de 2012]
16. TREJO VALVERDE Ronny, TRICOMONIASIS Revista Médica de Costa Rica CA.LXIX <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/601/art3.pdf> [En línea] [Consultado el 05 de marzo de 2012]
17. SÁNCHEZ HERNÁNDEZ José Antonio, et al; DIAGNOSTICO CLÍNICO, LABORATORIO Y TRATAMIENTO DE LA VAGINOSIS POR GARDNERELLA VAGINALLIS. Artículo de revisión de la Universidad Autónoma Puebla, México. <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v48n4/5-VAGINOSIS.pdf>
18. <http://www.ccsr.ac.uk/cuba/CEPDE2004/SALUD/resultado1.htm>

ANEXO 1

GLOSARIO

A.

Antisepsia: Un antiséptico es una sustancia que impide, bloquea el desarrollo de los microorganismos patógenos generadores de las infecciones, o directamente los elimina de plano.

Asepsia: Un antiséptico es una sustancia que impide, bloquea el desarrollo de los microorganismos patógenos generadores de las infecciones, o directamente los elimina de plano.

Antibiótico: es una sustancia química producida por un ser vivo o derivada sintética de ella que mata o impide el crecimiento de ciertas clases de microorganismos sensibles, generalmente bacterias.

Anticonceptivo: cualquier de los métodos que se usan para evitar el embarazo.

C.

Candidiasis: Se llama a la infección producida por *Candida Albicans*, un hongo que produce afectación en mucosas, en piel o en órganos profundos (candidiasis sistémica). Las infecciones profundas suelen ser más frecuentes en personas con defectos en la inmunidad (pacientes con cáncer, SIDA, etc).

Citología: es la rama de la biología que estudia las células en lo que concierne a su estructura, sus funciones y su importancia en la complejidad de los seres vivos.

Colposcopia: Examen visual del cuello uterino mediante un instrumento óptico (colposcopio).

D.

Dispareunia: la aparición de dolor durante el coito, bien al principio, bien a lo largo del desarrollo del coito o al final del mismo.

E.

Esterilidad: Incapacidad para concebir un embarazo por medios naturales. Sus causas pueden ser masculinas, femeninas o de la pareja.

F.

Fecundación: unión de las células reproductoras (gametos) femenino y masculino para dar origen a un nuevo ser.

G.

Gardnerella Vaginalis: es un bacilo inmóvil no encapsulado de 0.5 por 1.5 a 3 mm, anaerobio facultativo, catalasa y oxidasa negativa con una toxina citotóxica que rompe las células epiteliales, lo cual explica las alteraciones ultraestructurales en las células.

H.

Habitos sexuales: Conducta sexual de características descuidadas, y que exponen aun riesgo de enfermedades de transmisión sexual o problemas afines.

I

Infección de Transmisión Sexual: son aquellas infecciones del aparato reproductivo, de hombre o de mujer, que se transmite mediante relaciones sexuales; pueden o no presentar síntomas en quienes la padecen.

Infección vaginal: inflamación o infección de la vulva y la vagina. Esta afección es común en mujeres de todas las edades y puede ser causada por bacterias, hongos, levaduras, virus y otros microorganismos.

Infertilidad: incapacidad de embarazarse o hacer embarazarse, a pesar de tener relaciones sexuales frecuentemente.

L.

Leucorrea: viene del griego "leucos, blanco y rrea, fluir o fluido": flujo blanquecino de las vías genitales femeninas.

M.

Menstruación: la regla. Se llama así al período de tiempo que va desde el primer día de menstruación hasta el primer día de la siguiente. La duración del ciclo puede variar de una mujer a otra y es frecuente que durante los primeros años se adelante o se retrase pero en general suele situarse en torno a los 28 días.

P.

Promiscuidad: se conoce como promiscuidad al acto de mantener relaciones sexuales de manera simultánea con distintas personas con las que por lo general no se establecen relaciones amorosas duraderas.

S.

Salud reproductiva: estado de salud integral, relacionado con todos los aspectos del sistema reproductivos, sus funciones y procesos.

T.

Trichomoniasis: es causada en el ser humano por el protozooario *Trichomonas vaginalis*. Aunque se transmite por contacto sexual, no se ha descartado que se transmita por fómites. El parásito se localiza en el tracto genital y urinario de la mujer, en donde puede causar vaginitis o uretritis.

V.

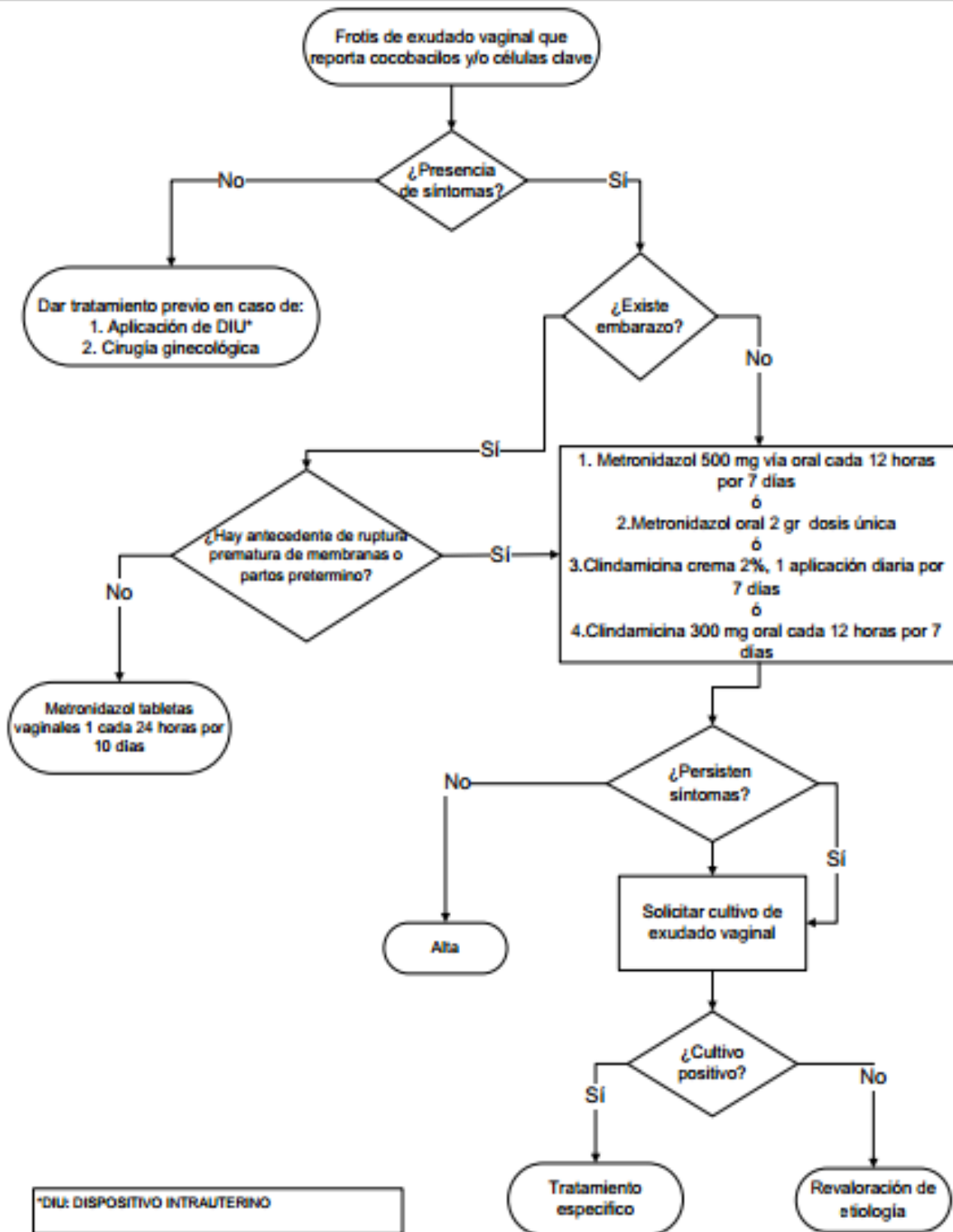
Vagina: Esta estructura musculo membranosa se extiende desde la vulva al útero y está ubicada de adelante y atrás entre la vejiga y el recto.

Vaginitis: es la inflamación de la mucosa de la vagina y obedece a diversas etiologías.

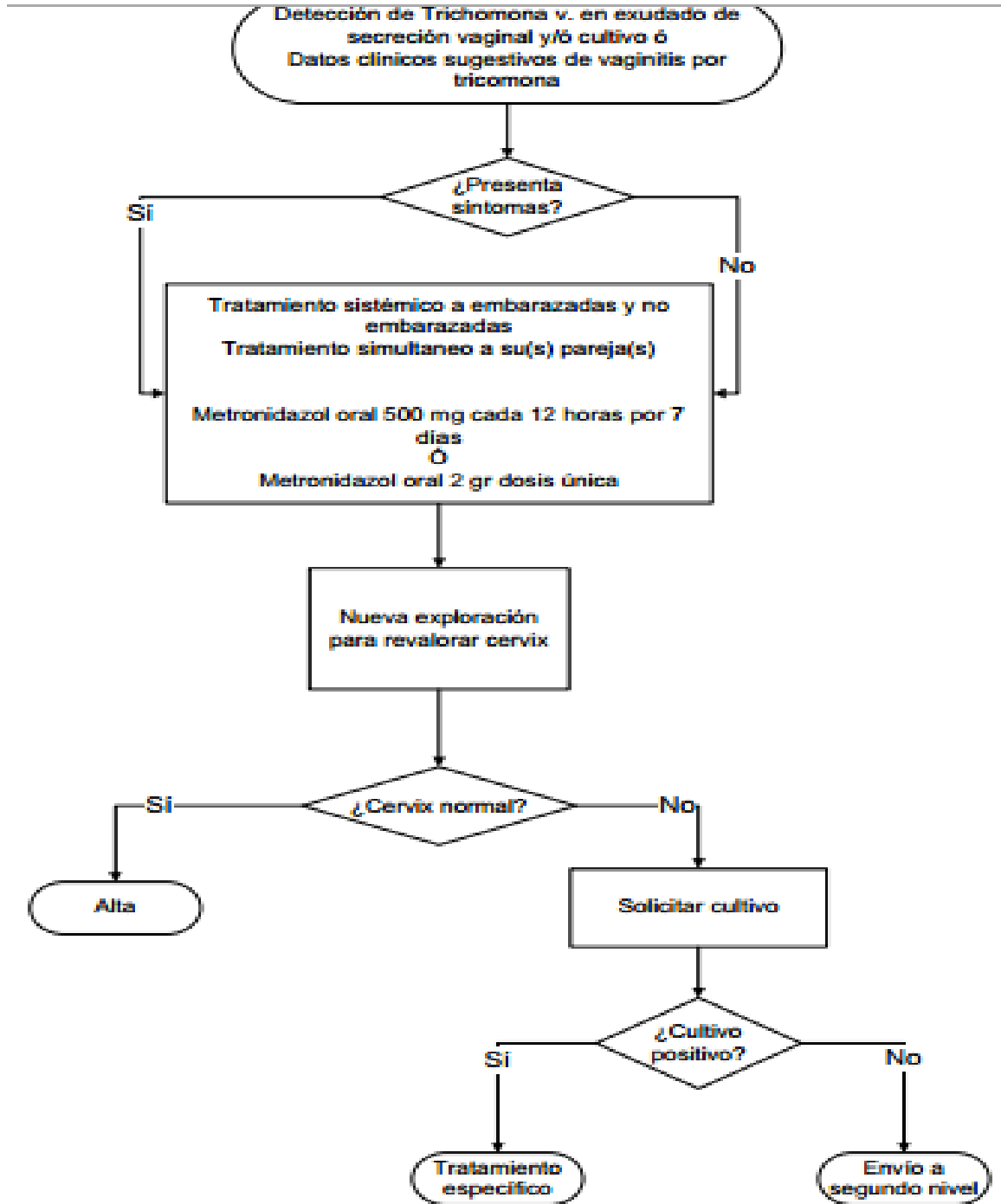
Vaginosis bacteriana: trastorno de la flora bacteriana que ocasiona perdida de los lactobacilos productores de peróxido de hidrogeno y proliferación de bacterias predominantemente anaerobia.

Vulvovaginitis: es la inflamación de la vulva, la vagina o ambas estructuras.

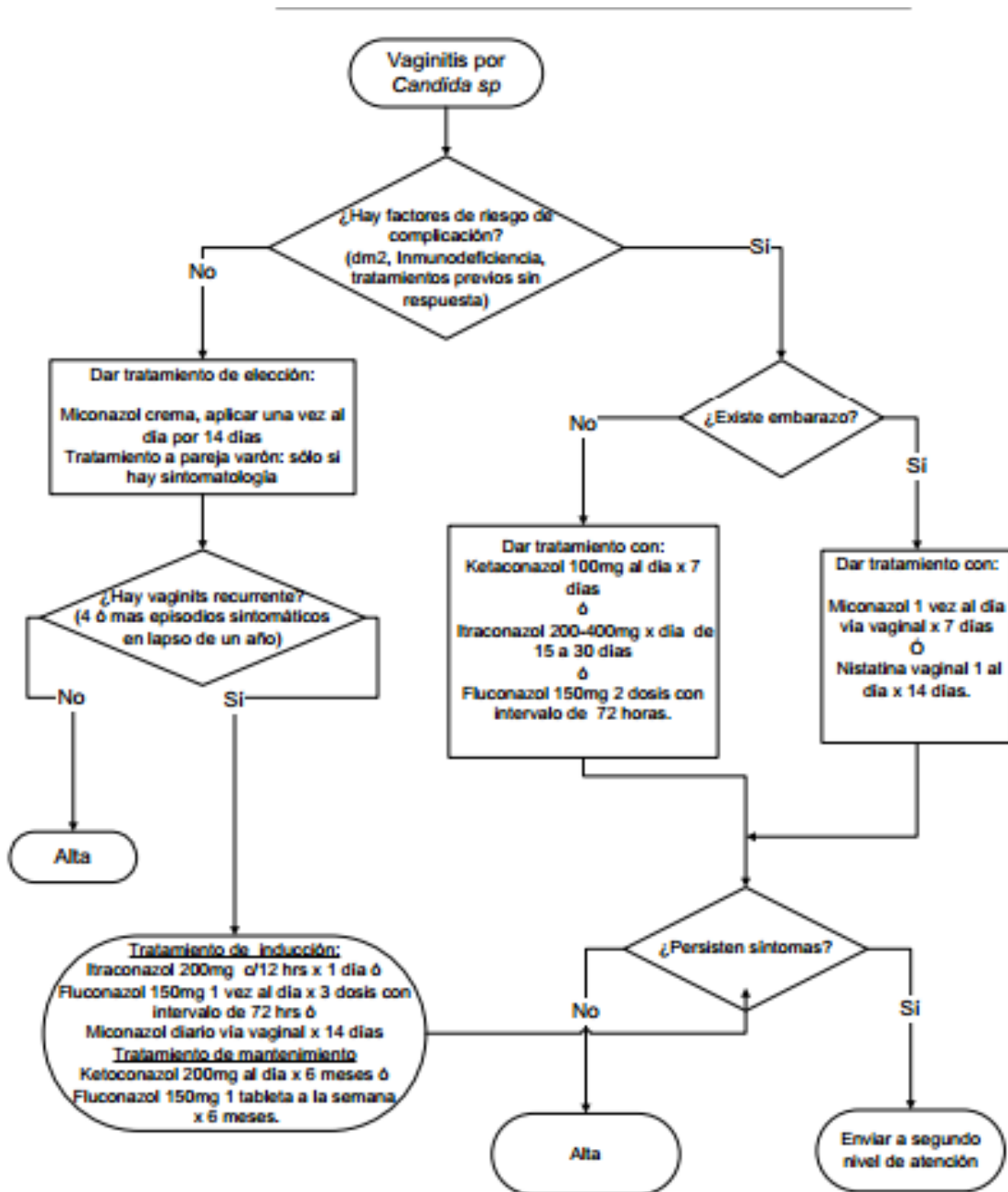
ANEXO 2: Tratamiento de Vaginosis bacteriana



ANEXO 3 Flujograma de vaginitis por Trichomoniasis.



ANEXO 4 Flujograma de vaginitis por Cándida



ANEXO N° 5



Universidad de El Salvador
Facultad Multidisciplinaria Oriental
Departamento de Medicina
Carrera de Doctorado en Medicina

Yo he sido elegida para participar en la investigación llamada. **vaginitis y vaginosis bacteriana en mujeres de edad fértil, que consultan las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Cantón El Niño, San Miguel y Trompina, Sociedad, Morazán. En el periodo de agosto a octubre de 2012.**

Se me ha explicado en qué consiste la investigación y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y estoy satisfecha con las respuestas brindadas por los investigadores. Consiento voluntariamente a participar en esta investigación

Nombre del paciente (Letra de molde):

Firma o huella dactilar del paciente:

Lugar y fecha: _____



ANEXO N° 6

Universidad de El Salvador
Facultad Multidisciplinaria Oriental
Departamento de Medicina
Carrera de Doctorado en Medicina

NO _____

Guía de entrevista dirigida a las pacientes femeninas en edad fértil de 10 – 49 años que asisten a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Cantón El Niño en San Miguel, Trompina, Sociedad, Morazán.

Objetivo: Conocer las características sociodemográficos y hábitos sexuales de las mujeres en edad fértil que consultan en las unidades comunitarias de salud familiar en estudio.

Nombre: _____

1. CARACTERÍSTICAS SOCIO - DEMOGRÁFICAS.

UCSF: _____ Fecha: _____

Lugar de procedencia: Urbana:____ Rural:____

1- Edad: _____

2- Estado Civil: Soltera: _____ Casada: _____ Acompañada: _____

Divorciada: _____ Viuda: _____

3- Ocupación: Oficios domésticos:____ Estudiante:____ Comerciante:____

Otros: ____ Especifique:_____

4- ¿Sabe leer?: Si__ No__

5- ¿Sabe escribir?: Si__ No__



6- ¿Cuál es su último grado de estudio?:_____

2. HABITOS SEXUALES.

1. ¿Es sexualmente activa?: Si__ No__
2. ¿Cuál es su preferencia sexual?
Heterosexual: __ Homosexual: __ Bisexual: __
3. ¿A qué edad inicio relaciones sexuales?: _____
4. ¿Qué tipo de sexo practica? Oral__ Vaginal__ Anal__
5. ¿Actualmente cuantas parejas sexuales tiene?
Uno: __ dos: __ tres: __ cuatro: __ más de cuatro: _____
6. ¿Le ha sido infiel a su pareja? Sí__ No__
7. ¿Realiza aseo genital posterior al coito? Sí__ No__
8. ¿Su pareja sexual utiliza preservativo durante la relación sexual?:
Si__ No__
9. ¿Cuál de sus parejas sexuales utiliza preservativo durante la relación sexual?
Pareja formal: _____ Pareja informal: _____ Pareja ocasional: _____
10. ¿Ah recibido consejería sobre la Salud Sexual y Reproductiva?: Si__ No__

ANEXO 7

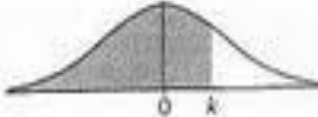
HOJA DE SOLICITUD Y REPORTE DE CITOLOGIA.

	PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER CERVICO UTERINO EL SALVADOR SOLICITUD Y REPORTE DE CITOLOGIA CERVICO VAGINAL	Ministerio de Salud 	
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO _____ NIP _____			
PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ NOMBRES _____		DUI _____	
DIRECCIÓN _____		URBANO <input type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/> OTRO _____	
FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____	EDAD _____ No. EXPEDIENTE _____	No. CITOLOGÍA _____ FECHA TOMA MUESTRA ____/____/____	
DATOS CLINICOS			
G _____ P _____ P _____ A _____ V _____ FUR ____/____/____ FUP ____/____/____		PAP PREVIO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
LACTANCIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ANTICONCEPTIVOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TIPO AOC <input type="checkbox"/> INY <input type="checkbox"/>		NÚMERO _____ FECHA ____/____/____	
LEUCORREA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SANGRADO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CERVICITIS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		RESULTADO _____	
TIPO: CRIO <input type="checkbox"/> LEEP <input type="checkbox"/> CONO <input type="checkbox"/> HISTERECTOMÍA <input type="checkbox"/> RADIACIÓN <input type="checkbox"/> HORMONAL <input type="checkbox"/>		PAP 1ª VEZ <input type="checkbox"/>	
FECHA ____/____/____		PAP SUBSECUENTE VIGENTE <input type="checkbox"/>	
BIOPSIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> FECHA ____/____/____		PAP SUBSECUENTE ATRASADO <input type="checkbox"/>	
RESULTADO _____			
FIRMA Y SELLO RESPONSABLE TOMA PAP: _____			
CALIDAD DE LA MUESTRA <input type="checkbox"/> SATISFACTORIA PARA EVALUACIÓN <input type="checkbox"/> INSATISFACTORIA PARA EVALUACIÓN (ESPECIFICAR) <input type="checkbox"/> PROCESADA <input type="checkbox"/> NO PROCESADA POR: _____	<input type="checkbox"/> CELULARIDAD ADECUADA <input type="checkbox"/> FIJACIÓN O PRESERVACIÓN <input type="checkbox"/> INADECUADA <input type="checkbox"/> MATERIAL EXTRAÑO	<input type="checkbox"/> INFLAMACIÓN <input type="checkbox"/> SANGRE <input type="checkbox"/> CITOLISIS	<input type="checkbox"/> AUSENCIA COMPONENTE ZONA TRANSFORMACIÓN <input type="checkbox"/> LÁMINA QUEBRADA <input type="checkbox"/> FALTA DE INFORMACIÓN CLÍNICA <input type="checkbox"/> IDENTIFICACIÓN INADECUADA
<input type="checkbox"/> NEGATIVA PARA LESIÓN INTRAEPITELIAL O MALIGNIDAD	ORGANISMOS <input type="checkbox"/> TRICHOMONAS VAGINALES <input type="checkbox"/> MICROORGANISMOS MICÓTICOS CONSISTENTES CON CANDIDA SP <input type="checkbox"/> MICROORGANISMOS MICÓTICOS CONSISTENTES CON TORULOPSIS SP <input type="checkbox"/> CAMBIOS EN LA FLORA SUGESTIVOS DE VAGINOSIS BACTERIANA <input type="checkbox"/> CAMBIOS CELULARES ASOCIADOS A HERPES SIMPLEX <input type="checkbox"/> OTROS _____	CAMBIOS CELULARES REACTIVOS ASOCIADOS A <input type="checkbox"/> RADIACIÓN <input type="checkbox"/> INFLAMACIÓN <input type="checkbox"/> DIU	OTROS <input type="checkbox"/> ATROFIA <input type="checkbox"/> CÉLULAS GLANDULARES POST HISTERECTOMIA <input type="checkbox"/> CÉLULAS ENDOMETRIALES EN IGUAL O MAYOR A 40 AÑOS
ANORMALIDADES DE LA CÉLULA ESCAMOSA <input type="checkbox"/> CÉLULAS ESCAMOSAS ATÍPICAS <input type="checkbox"/> ASC - US <input type="checkbox"/> ASC - H <input type="checkbox"/> LEI DE BAJO GRADO <input type="checkbox"/> LEI DE ALTO GRADO <input type="checkbox"/> CON HALLAZGOS SOSPECHOSOS DE INVASIÓN <input type="checkbox"/> CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS OTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS _____		ANORMALIDADES DE LA CÉLULA GLANDULAR <input type="checkbox"/> CÉLULAS GLANDULARES ATÍPICAS <input type="checkbox"/> ENDOCERVICALES <input type="checkbox"/> ENDOMETRIALES <input type="checkbox"/> ORIGEN NO DETERMINADO <input type="checkbox"/> ENDOCERVICALES FAVORECEN NEOPLASIA <input type="checkbox"/> GLANDULARES FAVORECEN NEOPLASIA <input type="checkbox"/> ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL IN SITU <input type="checkbox"/> ADENOCARCINOMA <input type="checkbox"/> ENDOCERVICAL <input type="checkbox"/> EXTRAUTERINO <input type="checkbox"/> ENDOMETRIAL <input type="checkbox"/> SIN ESPECIFICAR OTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS _____	
OBSERVACIONES _____			
FIRMA Y SELLO CITOTECNÓLOGA _____	FIRMA Y SELLO CONTROL DE CALIDAD _____	SELLO LABORATORIO _____	
FECHA RECEPCIÓN ____/____/____		FECHA REPORTE ____/____/____	

ANEXO 8

Área bajo la curva normal tipificada

Áreas bajo la curva normal tipificada $N(0, 1)$ desde $-\infty$ hasta $Z = k$: $P(Z \leq k)$



k	0,00	0,01	0,02	0,03	0,04	0,05	0,06	0,07	0,08	0,09
0,0	0,5000	0,5040	0,5080	0,5120	0,5160	0,5199	0,5239	0,5279	0,5319	0,5359
0,1	0,5398	0,5438	0,5478	0,5517	0,5557	0,5596	0,5636	0,5675	0,5714	0,5753
0,2	0,5793	0,5832	0,5871	0,5910	0,5948	0,5987	0,6026	0,6064	0,6103	0,6141
0,3	0,6179	0,6217	0,6255	0,6293	0,6331	0,6368	0,6406	0,6443	0,6480	0,6517
0,4	0,6554	0,6591	0,6628	0,6664	0,6700	0,6736	0,6772	0,6808	0,6844	0,6879
0,5	0,6915	0,6950	0,6985	0,7019	0,7054	0,7088	0,7123	0,7157	0,7190	0,7224
0,6	0,7257	0,7291	0,7324	0,7357	0,7389	0,7422	0,7454	0,7486	0,7517	0,7549
0,7	0,7580	0,7611	0,7642	0,7673	0,7704	0,7734	0,7764	0,7794	0,7823	0,7852
0,8	0,7881	0,7910	0,7939	0,7967	0,7995	0,8023	0,8051	0,8078	0,8106	0,8133
0,9	0,8159	0,8186	0,8212	0,8238	0,8264	0,8289	0,8315	0,8340	0,8365	0,8389
1,0	0,8413	0,8438	0,8461	0,8485	0,8508	0,8531	0,8554	0,8577	0,8599	0,8621
1,1	0,8643	0,8665	0,8686	0,8708	0,8729	0,8749	0,8770	0,8790	0,8810	0,8830
1,2	0,8849	0,8869	0,8888	0,8907	0,8925	0,8944	0,8962	0,8980	0,8997	0,9015
1,3	0,9032	0,9049	0,9066	0,9082	0,9099	0,9115	0,9131	0,9147	0,9162	0,9177
1,4	0,9192	0,9207	0,9222	0,9236	0,9251	0,9265	0,9279	0,9292	0,9306	0,9319
1,5	0,9332	0,9345	0,9357	0,9370	0,9382	0,9394	0,9406	0,9418	0,9429	0,9441
1,6	0,9452	0,9463	0,9474	0,9484	0,9495	0,9505	0,9515	0,9525	0,9535	0,9545
1,7	0,9554	0,9564	0,9573	0,9582	0,9591	0,9599	0,9608	0,9616	0,9625	0,9633
1,8	0,9641	0,9649	0,9656	0,9664	0,9671	0,9678	0,9686	0,9693	0,9699	0,9706
1,9	0,9713	0,9719	0,9726	0,9732	0,9738	0,9744	0,9750	0,9756	0,9761	0,9767
2,0	0,9772	0,9778	0,9783	0,9788	0,9793	0,9798	0,9803	0,9808	0,9812	0,9817
2,1	0,9821	0,9826	0,9830	0,9834	0,9838	0,9842	0,9846	0,9850	0,9854	0,9857
2,2	0,9861	0,9864	0,9868	0,9871	0,9875	0,9878	0,9881	0,9884	0,9887	0,9890
2,3	0,9893	0,9896	0,9898	0,9901	0,9904	0,9906	0,9909	0,9911	0,9913	0,9916
2,4	0,9918	0,9920	0,9922	0,9925	0,9927	0,9929	0,9931	0,9932	0,9934	0,9936
2,5	0,9938	0,9940	0,9941	0,9943	0,9945	0,9946	0,9948	0,9949	0,9951	0,9952
2,6	0,9953	0,9955	0,9956	0,9957	0,9959	0,9960	0,9961	0,9962	0,9963	0,9964
2,7	0,9965	0,9966	0,9967	0,9968	0,9969	0,9970	0,9971	0,9972	0,9973	0,9974
2,8	0,9974	0,9975	0,9976	0,9977	0,9977	0,9978	0,9979	0,9979	0,9980	0,9981
2,9	0,9981	0,9982	0,9982	0,9983	0,9984	0,9984	0,9985	0,9985	0,9986	0,9986
3,0	0,9987	0,9987	0,9987	0,9988	0,9988	0,9989	0,9989	0,9989	0,9990	0,9990
3,1	0,9990	0,9991	0,9991	0,9991	0,9992	0,9992	0,9992	0,9992	0,9993	0,9993
3,2	0,9993	0,9993	0,9994	0,9994	0,9994	0,9994	0,9994	0,9995	0,9995	0,9995
3,3	0,9995	0,9995	0,9995	0,9996	0,9996	0,9996	0,9996	0,9996	0,9996	0,9997
3,4	0,9997	0,9997	0,9997	0,9997	0,9997	0,9997	0,9997	0,9997	0,9997	0,9998

ANEXO 9: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Cronograma de actividades a desarrollar en el proceso de graduación. Ciclo I y II año académico 2012																																																							
Nº	ACTIVIDADES	mar-12				abr-12				may-12				jun-12				jul-12				ago-12				sep-12				oct-12				nov-12				dic-12				ene-13				Feb-13									
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4														
1	Reunión general con la coordinación del proceso de graduación	x	X	X	X	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	X	x	x	x							x						x	x	x	X	x	X	x																	
2	Inscripción del proceso				X																																																		
3	Elaboración del perfil de investigación	x	X	X	X	x	x	x	x																																														
4	Entrega del perfil de investigación					27 de Abril del 2012																																																	
5	Elaboración del protocolo de investigación									x	x	x	x	X	x	X	x	x	x	x	x	x																																	
6	Entrega de protocolo de investigación																					08 de Agosto del 2012																																	
7	Ejecución de la investigación																									X	x	x	x																										
8	Tabulación, análisis e interpretación de los datos																													x	x	X	x																						
9	Redacción del informe final																													x	x	x	x																						
10	Entrega del informe final																																	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x										
11	Exposición oral de los resultados																																													x	x								

ANEXO 10: PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.

Cantidad	Descripción	Precio Unitario (\$)	Total (\$)
6	Resmas de papel bond.	4.00	24.00
1	Caja de bolígrafos	3.00	3.00
2	Computadora portátil TOSHIBA	350.00	700.00
1	Impresora	65.00	65.00
15	Folder plastificado	3.00	45.00
6	Cartuchos de Tinta	26.50	159.00
1	Memoria USB de 16 GB	15	15.00
500	Fotocopias	0.03	15.00
25	Folder de papel	0.20	5.00
30	Horas de Internet.	0.75	22.50
4	Empastados	15	60
4	CD de lectura	1	4
8	Refrigerio para el momento de presentación de resultado.	10	80
1	Arreglo de local de defensa.	100	100
1	Proyector multimedia para defensa\ hora.	10	30
10%	De imprevistos	-	131.75
		Total.	1443.75

El presente trabajo será auto financiado por miembros del equipo de la investigación:

Br. Nancy Johana Guevara Padilla \$ 721.80

Br. Jamilton Alexander Lovo Yanes. \$ 721. 80

FIGURAS.

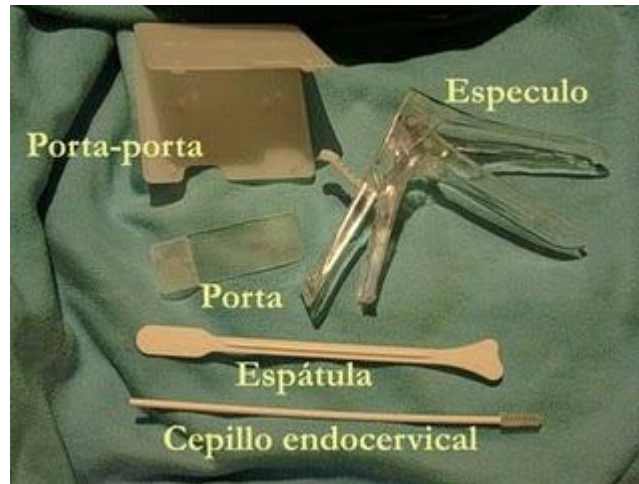


Figura 1: Equipo para toma de citología cervico – vaginal.



Figura 2 Espátula de ayre

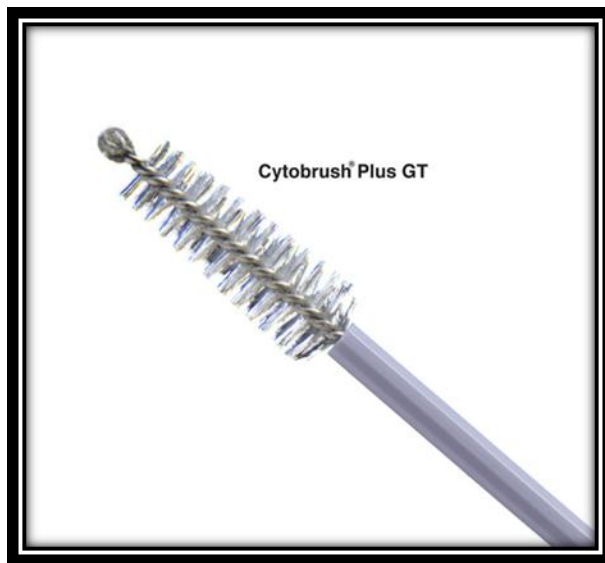


Figura 3 Citobrush.

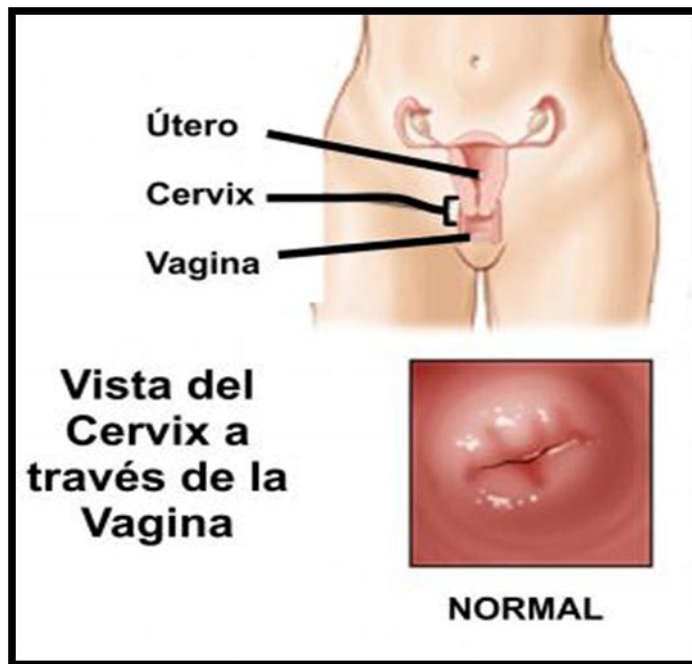


Figura 4 Región cervico – vaginal.



Figura 5 Lámina con la muestra



Figura 6 Toma de Papanicolaou.