

Universidad Nacional de San Martín

FACULTAD DE OBSTETRICIA



**Título: Antecedentes Gineco-Obstétricos de la Vaginos-
sis en gestantes en el Hospital I IPSS Moyobamba
periodo Mayo - 1994 Abril - 1995**

TESIS

Para optar el título de:

OBSTETRIZ

**Tesistas: Soria Vargas Hazel Eunice
Pinedo López Marlilen**

Asesores:

**Dr. Augusto Llontop Reátegui
Mcbgo. Heriberto Arévalo Ramírez**

Tarapoto - Perú

1,995

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

FACULTAD DE OBSTETRICIA

TITULO:

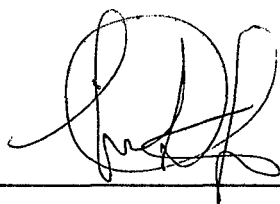
**ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS DE LA
VAGINOSIS EN GESTANTES DEL HOSPITAL I IPSS
MOYOBAMBA PERIODO MAYO - 1994 ABRIL - 1995**

TESISTAS:

SORIA VARGAS HAZEL EUNICE


PINEDO LOPEZ MARLILEN

JURADO CALIFICADOR



Dr. FEDERICO TINTA JUNCO

PRESIDENTE



Dr. RAMIRO SANCHEZ TEJADA

MIEMBRO



Obst. CECILIA ALHUAY SUAREZ

MIEMBRO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

FACULTAD DE OBSTETRICIA

TITULO:

**ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS DE LA
VAGINOSIS EN GESTANTES DEL HOSPITAL I IPSS
MOYOBAMBA PERIODO MAYO - 1994 ABRIL - 1995**

TESISTAS: SORIA VARGAS HAZEL EUNICE
PINEDO LOPEZ MARLILEN

ASESORES:



Dr. AUGUSTO LLONTOP REATEGUI



Mcbgo. HERIBERTO AREVALO RAMIREZ

DEDICATORIA 1

A mi querida madre **Berenise**,
por su sacrificio y apoyo
indesmayable que me brindó
en todo momento para la
culminación de mi carrera
profesional.

A mis hermanos **Tito, Rolin,**
Leonardo y Jéferson, profunda
gratitud por su comprensión
apoyo moral y económico para
lograr alcanzar este caro
anhelo.

MARLILEN.

DEDICATORIA 2

A mis queridos padres
Levi y Otilia por el
esfuerzo que hicieron
para dejarme como herencia
apreciable en la que podré
cristalizar mis ambiciones
como mujer, madre e hija.

A mis hermanos Edson Wolney y Luith
con todo cariño mi gratitud por que
fueron ellos participes del
esfuerzo para lograr mi Carrera
Profesional.

A mi esposo Genaro Humberto
y mis Hijos Shirley Eunice y
Elin Levi por sus paciencia
y apoyo moral para cumplir a
cabalidad mi meta trazada que
será la base para el éxito de
mi hogar.

HAZEL EUNICE

AGRADECIMIENTO

Nuestro especial agradecimiento al Dr. Augusto Llontop Reátegui y al Mtblgo. Heriberto Arévalo Ramírez, quienes hicieron posible la culminación de esta tesis, por su paciencia y dedicación durante el tiempo de elaboración de la Tesis.

Al Ginecoobstetra, Dr. Manuel Salvador Rosado, quién nos brindó todo su apoyo durante el tiempo de recolección de datos; y a todo el personal del Hospital de Apoyo I IPSS Moyobamba por las facilidades prestadas para la realización del presente trabajo.

A los docentes de la Universidad Nacional de San Martín, por sus brillantes enseñanzas durante nuestra permanencia en las aulas; a ello les expresamos nuestra gratitud y sincero reconocimiento.

LAS AUTORAS.

INDICE

	Pág.
I. RESUMEN.....	07
II. INTRODUCCION.....	09
III. OBJETIVOS.....	20
IV. MATERIALES Y METODOS.....	21
V. RESULTADOS Y DISCUSIONES.....	28
VI. CONCLUSIONES.....	51
VII. RECOMENDACIONES.....	52
VIII.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	53
IX. ANEXO.....	62

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

FACULTAD DE OBSTETRICIA

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE:

OBSTETRIZ

TITULO: ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS DE LA
VAGINOSIS EN GESTANTES EN EL HOSPITAL I IPSS
MOYOBAMBA PERIODO MAYO - 1994 ABRIL - 1995

TESISTAS: SORIA VARGAS HAZEL EUNICE
PINEDO LOPEZ MARLILEN

ASESORES: Dr. AUGUSTO LLONTOP REATEGUI
Mcbgo. HERIBERTO AREVALO RAMIREZ

TARAPOTO - PERU

1994 - 1995

RESUMEN

El presente es un estudio aplicado con nivel descriptivo, realizado en el Hospital de Apoyo I IPSS Moyobamba, con el fin de determinar los antecedentes ginecoobstétricas asociadas a la vaginosis en gestantes.

La vaginosis bacteriana es la infección más frecuente de la mujer en la etapa reproductiva; se trata de un proceso patológico que afecta la vagina, pero que característicamente no presenta lesiones ni inflamación, considerada como un síndrome que resulta de una serie de alteraciones en la flora bacteriana aerobia y anaerobia, lo cual se traduce en cambios físicos y químicos de las secreciones vaginales y en el que intervienen las características propias del huésped y la pareja sexual.

Nuestra población estuvo conformado por 200 pacientes en las cuales se tomó muestras de secreción vaginal y se realizó examen de Gram, Graham, Papanicolaou y Cultivo. La frecuencia de vaginosis fue de 86.5 por ciento; los factores asociados fueron inicio de relaciones sexuales a los 15 a 18 años y presencia de leucorrea de 50 a 100 días.

Los gérmenes responsables fueron la Gardnerella vaginalis en un 14.5 por ciento y Bacteroides sp en un 11 por ciento.

De las 200 gestantes; en 194 se encontraron hallazgos de laboratorio asociados, a ésta patología. La frecuencia de displasia fue del 2 por ciento y la presencia de huevos de parásitos; en piel de vulva para Ascaris lumbricoides y Enterobius vermicularis, en un 5 por ciento para cada uno.

INTRODUCCION

El tracto genital humano normal está recubierto por una mucosa formado por células epiteliales de transición cilíndrica y escamosa. Estas células están colonizadas por una variedad de bacterias comensales que no provocan daño al huésped, excepto en circunstancias anormales y que evitan la adherencia de organismos patógenos. (14)

La flora normal de la vagina incluye Estafilococos Coagulasa-negativos y Gardnerella vaginalis, así como diversos anaerobios, (Bacteroides sp , Peptostreptococcus sp y Mobiluncus sp)(14)

La flora del tracto genital femenino varía con el pH y la concentración de estrógenos en la mucosa, la cual es dependiente de la edad del huésped. Así por ejemplo, las mujeres prepúberes y post-menopáusicas albergan sobre todo Staphylococcus sp y Gardnerella vaginalis, la misma flora está presente en el epitelio superficial; mientras que las mujeres en edad fértil pueden presentar gran número de bacterias facultativas como enterobacteriáceas, estreptococos y estafilococos, también anaerobios como lactobacilos, cocos y bacilos no esporulados, aerobios y clostridios. (8)

La vaginosis bacteriana es la infección más frecuente de la mujer en la etapa reproductiva; se trata de un proceso patológico que afecta la vagina, pero que característicamente no presenta lesiones ni inflamación, considerada como un síndrome que resulta de una serie de alteraciones en la flora bacteriana aerobia y anaerobia, lo cual se traduce en cambios físicos y químicos de las secreciones vaginales y en el que intervienen las características propias del huésped y la pareja sexual.(5)

La vaginosis bacteriana es una de la causa más frecuente de consulta en mujeres con vida sexual activa. Sin embargo existen diferencias en su frecuencia dependiendo de la población estudiada; éste síndrome también se reconoce en mujeres sin antecedentes de actividad sexual. Se le puede considerar como universal, pues afecta tanto a mujeres de países industrializados como población femenina del tercer mundo, tampoco refiere diferencias en relación a razas u origen étnico. Sin embargo, algunos investigadores señalan que es más frecuente en pacientes embarazadas y en mujeres de nivel socio-económico bajo. (5)

La presentación varía entre 16 y 36 por ciento; dependiendo de los hábitos y condiciones de los pacientes.

El tema de la vaginosis bacteriana ha sido siempre un tema bastante discutido, ya que los gérmenes implicados en dicha patología son parte integrante de la flora vaginal normal (9).

La colpitis es una infección de la mucosa vulvar o vaginal con o sin compromiso de la uretra o cervix y se caracteriza por la siguiente sintomatología: flujo vaginal anormal, dolor, disuria, dispareunia, prurito vulvar, marcado olor, entre otros. (16) Las causas infecciosas del flujo vaginal abarcan desde el virus hasta los protozoos, incluyendo las bacterias y los hongos, es decir por la compleja y variada microflora existente en la vagina. (14)

La colpitis es una infección común que se asocia con el embarazo siendo las formas más comunes de presentación la candidiasis, la trichomoniasis y la vaginosis bacteriana. (3)

Las infecciones por candidas son más frecuentes esto se atribuye a los cambios en las concentraciones hormonales. Los elevados niveles de estrógenos producen en el epitelio vaginal, rico en glucógeno que provee

los azúcares necesario para el crecimiento fúngico, este microorganismo se desarrolla cuando el pH vaginal es menos ácido. (14, 16)

La infección por Chlamydia trachomatis, Gardnerella vaginalis, Neisseria gonorrhoeae y Neisseria meningitidis, Ureaplasma urealyticum, Mycoplasma hominis y otros microorganismos pueden ser adquiridos por la actividad sexual.(5)

La práctica homosexual y los hábitos cada vez más frecuentes de relación heterosexual anal genital ha permitido que numerosos patógenos gastrointestinales y sistémicos sean también considerados agentes etiológicos de enfermedades de transmisión sexual.(14)

En la vaginosis bacteriana hay una alteración de la flora demostrable tanto microbiológica como química. Desde el punto de vista microbiológico se trata de una disminución de los lactobacilos normales y un aumento de la cantidad de otros microorganismos, entre estos se destacan, además de la Gardnerella vaginalis, diversos anaerobios, como los Bacteroides sp, Peptostreptococcus sp y Mobiluncus sp.(14)

En lo que respecta a los cambios bioquímicos son reflejo de los microbiológicos, al disminuir los lactobacilos lo hace también el ácido láctico y al aumentar o aparecer otros microorganismos (anaerobios y gardnerella) aumentan otros ácidos orgánicos como succínico, propiónico y valérico. También hacen su aparición una serie de diaminas resultantes de la descarboxilación de los aminoácidos durante el metabolismo de los anaerobios.(14)

La vaginosis bacteriana puede ser bien tolerado o causar molestias que motiven la consulta, generalmente la paciente se queja de flujo vaginal, con frecuencia dado que el mismo tiene un olor desagradable que puede intensificarse con el coito o manifestarse solo después de éste, usualmente no hay dolor, prurito ni dispareunia, y al examen se nota poca inflamación de la mucosa vaginal.(5)

Los cambios microbiológicos y químicos antes aludidos son la base de una serie de criterios para el estudio de la secreción vaginal que sirven para sustentar el diagnóstico de la vaginosis bacteriana; ellos son el pH elevado, la presencia de células guía, el desprendimiento de olor a aminas y el predominio del ácido succínico sobre el láctico, además de estos se incluye el aspecto del flujo.(14)

HOWARD (30), reporta que en una reciente comunicación sobre 5,712 pacientes tocológicas y ginecológicas, las que refieren que con la mayor parte de las infecciones vaginales, además del flujo vaginal anormal, la paciente suele presentar irritación vulvar y prurito; a las que se hicieron un examen sistemático en busca de trichomonas. PATTERSON (38), afirma que 24.6 por ciento de los frotis eran positivos para este parásito. BLANDY GOLSTEIN y otros (15), han demostrado, sin lugar a dudas que esta infección es extraordinariamente frecuente en las embarazadas en quienes pueden estar asociadas con vaginitis enfisematosa. Muchas pacientes pueden ser portadoras asintomáticas de microorganismos como se observó en un estudio inédito sobre 100 pacientes que asistían regularmente a la consulta externa del Hospital Jhon Hopkins, en las cuales se encontraron en dos tercios, aproximadamente, de los frotis vaginales. Estas pacientes pueden servir de portadores y así convertir en fuentes de infección al hombre.

Por otro lado OGBONNA C. y col. (42), reportan la incidencia de Trichomonas vaginalis entre las mujeres embarazadas en el área de Joes en el Estado de Plateau, Nigeria.

LEVINE C. (34), reporta que la Trichomoniasis es la enfermedad parasitaria más común, la infección con este organismo típicamente causa los signos y síntomas de vaginitis. La Trichomoniasis puede ser diagnosticada en consultorio por la realización de una evaluación al microscopio de secreciones vaginales infectadas para ser tratadas con metronidazol.

BELTRAN (10), en una investigación de 282 mujeres que acudieron a los Centros Antivenéreos de Lima y Callao entre 19 a 61 años, aparentemente sanas encontró una prevalencia de Trichomonas vaginalis del 96.45 por ciento (272 casos). Estos resultados muestran una prevalencia altamente significativa del flagelado en la población de alto riesgo cuya transmisión es de carácter social.

Es importante señalar que el reporte de la vaginosis con frecuencia es diferente según investigadores y áreas geográficas donde se estudien así como la clasificación de bacterias va aumentando conforme se mejoran los métodos de diagnóstico bacteriológico y bioquímico.(5)

En el año de 1956, antes del advenimiento de antibióticos específicos, el tratamiento era desalentador y que en la actualidad persiste con ese desaliento con las constantes recurrencias, que con frecuencia no tienen

explicación alguna, aunque las posibles causas podrían estar relacionados al no tratamiento de la pareja; persistencia del micro-organismo, falla en el restablecimiento de la flora lactobacilar, inadecuado control inmunológico del paciente, producción de proteasa de Ig A por parte de la Gardnerella vaginalis, resistencia antibiótica que está bastante relacionado con los anaerobios, los cuales producen betalactamasas y la presencia de otros gérmenes como Trichomonas vaginalis que se identifican en el 20 por ciento a 30 por ciento de las mujeres durante el examen prenatal, no obstante la infección es sintomática en un porcentaje mucho menor de pacientes .

ESPINOZA,(24) en Ica, realizó un estudio en mujeres en edad fértil (15 a 40 años); la mayor prevalencia de Trichomoniasis se presentó en gestantes con una positividad de 14.3 por ciento las cuales padecieron de leucorrea y desde el punto de vista del nivel de instrucción la mayor prevalencia se debe al bajo nivel de instrucción (36.4 por ciento).

En Yarinacocha-Pucallpa, RAMIREZ Y VERGARA (45) en el año de 1994; en un estudio sobre colpitis en la gestante, encontraron que la incidencia es de 70.1 por ciento con una prevalencia de 83.3 por ciento; la colpitis bacteriana es la

más predominante en el estudio con un 42.6 por ciento, seguida de la colpitis mixta con 36.7 por ciento, colpitis por Candida albicans un 7.4 por ciento y sólo 1.9 por ciento de colpitis por Trichomonas vaginalis. Los factores de riesgo que tuvieron relación fueron la edad, estado civil, inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, frecuencia de relaciones sexuales, ocupación del conyuge y hábitos de higiene.

En Tarapoto, Najjar E. (39) en el año de 1993, en las localidades de Nueve de Abril y la Banda de Shilcayo hizo un estudio sobre trichomoniasis en 200 gestantes, reporta que el 34.4 por ciento de las gestantes con leucorrea corresponden a infecciones por Candida albicans, bacterias en un 30.3 por ciento, y Trichomonas vaginalis en un 20.5 por ciento y el 14.8 por ciento corresponde a etiología no determinada. El mayor número de casos se observa en la tercera década de la vida por su elevada actividad sexual, la variable educativa y el inicio precoz de las relaciones sexuales juegan un rol preponderante en la presentación de la trichomoniasis.

En nuestro medio no existen cifras exactas que nos informen sobre la magnitud del problema por lo que con la presente investigación respondemos a la siguiente interrogante, ¿Cuáles son los antecedentes gineco-obstétricos de la vaginosis bacteriana en el Hospital I IPSS Moyobamba.

El departamento de San Martín, específicamente la ciudad de Moyobamba alberga una población de 41,779 habitantes de la cual el 7 por ciento es atendida en el Hospital I IPSS Moyobamba siendo de éstos el 65 por ciento mujeres.

La provincia de Moyobamba es integrante del departamento de San Martín con un clima tropical por la cual el diagnóstico de salud recobra las mismas características que los diferentes lugares de la selva.

El estudio de la vaginosis en el embarazo es importante por cuanto esta problemática de salud pública va ha llevarnos a ver el grado de consecuencia que puede producir el tratamiento de la madre sobre el embarazo (aborto, amenaza de parto prematuro, corioamnionitis) y el recién nacido, debido a que su tratamiento resulte controversial en algunas etapas del embarazo por lo que el conocimiento de la prevalencia en la ciudad de Moyobamba permitiría establecer un perfil del comportamiento de la vaginosis como enfermedad de transmisión sexual.

La importancia del diagnóstico precoz en la gestante permitiría disminuir la morbilidad asociada a la gestación y de su importancia de relacionarlo con el varón, permitirá también conocer las especies de bacterias asociadas, así como plantear formas prácticas de diagnóstico para orientar correctamente el tratamiento del profesional de la salud.

Por todas estas consideraciones con la presente investigación pretendemos responder a la siguiente interrogante ¿Cuáles son los antecedentes gineco-obstétricos asociados a la vaginosis en gestantes del Hospital de Apoyo I IPSS Moyobamba, período Mayo - 94 Abril - 95?.

OBJETIVOS

General:

Al término de la presente investigación estaremos en condiciones de:

Identificar los antecedentes gineco-obstétricos asociados a la vaginosis en gestantes del Hospital I IPSS Moyobamba, período Mayo - 1994 Abril - 1995.

Específicos:

1. Determinar la frecuencia de vaginosis durante el embarazo de pacientes atendidas en los centros asistenciales de Moyobamba.
2. Determinar los factores asociados a la enfermedad.
3. Aislar e identificar los principales microorganismos asociados a vaginosis.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo con recolección prospectiva de datos, en el Hospital I IPSS Moyobamba período Mayo - 1994 Abril - 1995.

Para la contrastación de datos se utilizó el diseño descriptivo simple.

$i \leftarrow \text{-----} m$

Donde:

m = Gestantes con secreción compatible con vaginosis bacteriana.

i = información relevante que se quiere obtener.

Nuestra población estuvo conformado por mujeres gestantes que acudieron al Hospital I IPSS Moyobamba, de las cuales se seleccionó muestra de pacientes que sumaron un total de 200, en las cuales se realizó las pruebas de PAP, Gram, cultivo de secreción vaginal y Graham.

PROCEDIMIENTOS:

1. Toma de la Muestra:

Antes de la toma de muestra, se realizó el llenado de la ficha clínica epidemiológica para cada gestante, se obtuvo la muestra de secreción del canal endocervical

para el estudio citológico, utilizando el asa de Ayre con la técnica recomendada. Para el estudio microbiológico se obtuvo secreción cérvico vaginal utilizando hisopos y teniendo en cuenta las condiciones de esterilidad y bioseguridad, así mismo utilizando la técnica de Graham se obtuvo la muestra del periné para el estudio parasitológico correspondiente. Las muestras han sido enviadas al laboratorio del Hospital I IPSS Moyobamba para los exámenes directos e inicio de los microbiológicos, que culminaron en el laboratorio referencial de la Dirección Regional de Salud de San Martín.

2. **Procesamiento e Identificación:**

Los exámenes directos, observaciones en frescos y coloración Gram se orientaron a la búsqueda de trichomonas, candidas y grupos bacterianos; se refirió al número de leucocitos, células epiteliales asociados a secreciones cérvico-vaginal.

El examen citológico estuvo orientado a la búsqueda de células neoplásicas que podrían estar jugando un rol importante en la enfermedad, los exámenes de laboratorio se basan en la observación directa de microorganismos asociados, así como la capacidad de las bacterias por su afinidad por los colorantes ácido o básico (coloración

Gram)., paralelamente se realizó la siembra de Agar TSA enriquecido BHI Agar, caldo Triptonado, caldo tioglicolato y sistema para aerobiosis/anaerobiosis, donde se utiliza bacteria aerobia para la búsqueda de anaerobios, después del aislamiento las bacterias son coloreadas y sometidas a pruebas bioquímicas para su identificación de acuerdo a esquema propuesto en el manual de Bergey's. (17)

De otro lado para la búsqueda de ácaros y helmintos en la región del periné se utilizó el método GRAHAM, que consiste en aplicar cinta scotch en la región a observar, luego se coloca en una lámina portaobjetos para observación microscópica.

Así mismo las observaciones de la secreción del canal endocervical son sometidas a coloración de papanicolaou para la observación de las células exfoliativas.

La identificación de micro-organismos se hizo en base a sus características morfológicas y/o bio-químicas según los procedimientos establecidos por AGURTO S.T. (27) utilizando métodos previamente establecidos.

ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS:

La información obtenida fue sometida al tratamiento estadístico utilizando:

- La estadística descriptiva, bivariante y en algunos cuadros multivariantes de acuerdo a las variables de interés.

la diferencia entre porcentaje nos permitió analizar los cuadros respectivos.

Se utilizó medidas de tendencia central como la media aritmética y el rango, de acuerdo a las variables de medición de estas.

- Los resultados se presentan en tablas de distribución porcentual y gráficas respectivas.

3. DEFINICIONES BASICAS: Que nos van ayudar a esclarecer y definir la situación problemática.

pH Elevado: Debido a la presencia de diaminas la secreción vaginal en la vaginosis bacteriana tiene el pH en 4.5 ó más.

Células Guías: Se trata del epitelio vaginal a cuya superficie están adheridas innumerables cocobacilos (gardnerella), pueden

observarse estas células en el examen en fresco, el Gram o el Papanicolaou, debido a la gran cantidad de bacterias adheridas, se pierde la nitidez del borde celular, el fenómeno de las células guía implica la interacción de adhesiones bacterianas con receptores celulares.

Olor a Amina: Cuando se alcalinizan artificialmente la secreción vaginal se percibe un olor a aminas ("a pescado"), atribuible al desprendimiento de la putrescina, la cadaverina y las demás diaminas; en algunos casos el olor lo percibe la propia paciente o su consorte, y aún sin alcalinizar el médico o la bacterióloga; la intensificación del olor durante y después del coito se debe a la alcalinización que el semen produce.

Predominio del ácido succínico:

En condiciones normales predomina en la secreción vaginal el ácido láctico, en la vaginosis disminuye

mientras aumente el succínico, éste criterio no se aplica al diagnóstico de rutina por la complejidad tecnológica de su determinación.

Leucorrea : Flujo blanquzco, derrame por la vulva de un líquido espeso, blanquecino, viscoso secretado por la vagina y el utero, sintomático de alteraciones orgánicas generales o de estados irritativos locales.

Reacción Inflamatoria Leve: Infección en la que el agente causal es una sola especie. Aquella en la cual no hay presencia o escurrimiento de pus o de algún otro producto de inflamación.

Reacción Inflamatoria Moderada: Inflamación de curso lento y síntoma poco intenso, caracterizado principalmente por la neoformación del tejido conjuntivo.

Reacción Inflamatoria Severa: Aquella en que los procesos inflamatorios son acelerados en su aparición y evolución.

DISCUSION Y RESULTADOS

El Hospital de Moyobamba es un Hospital de tipo I Integrado al IPSS que atiende a pacientes aseguradas y no aseguradas.

Durante el período de estudio se seleccionó 200 pacientes en las cuales se realizó las diversas pruebas, de las 200 pacientes, seis no presentaron flujo vaginal.

CUADRO Nº 01

VAGINOSIS EN GESTANTES: DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN SITUACION LABORAL, HOSPITAL DE APOYO I IPSS MOYOBAMBA, MAYO - 1994 ABRIL - 1995.

EDAD (años)	ASEGURADAS		NO ASEGURADAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 20 Años	8	10.0	31	25.5	39	19.5
20 - 25	20	25.7	36	29.5	56	28.0
26 - 30	31	40.0	30	24.5	61	30.5
31 - 35	16	20.5	19	15.5	35	17.5
> 35	3	3.8	6	5.0	9	4.5
TOTAL	78	100.0	122	100.0	200	100.0

\bar{X} = 26.22

Rango 14-47

Como observamos en el cuadro N^o 01 el mayor porcentaje lo ocupa el grupo etáreo entre 20 a 30 años (58.5) por ciento, siendo las adolescentes el 19.5 por ciento y las añosas el 4.5 por ciento, como se deja notar existe un mayor porcentaje de embarazadas adolescentes no aseguradas 79.49 por ciento; fenómeno similar sucede con las añosas 66.67 por ciento para las no aseguradas.

La edad promedio de las gestantes fue de 26.22 años con un rango de 14 a 44 años, también en el rango la diferencia fue muy significativa para los asegurados (20 a 47 años) y no asegurados (14 a 46 años).

Con esta observación se corrobora que en las mujeres no aseguradas el embarazo ocurre a edad más temprana mientras que RAMIREZ y VERGARA (45) en Pucallpa encontraron el mayor porcentaje entre los 22 a 26 años (28.5) por ciento.

Así mismo, NACIO REYES y col. (40) en su estudio sobre la etiología de la infección cérvico vaginal reporta que sus pacientes tuvieron una edad promedio de 26.5 años (con un rango de 14 a 44 años).

CUADRO Nº 02

VAGINOSIS EN GESTANTES: DISTRIBUCION SEGUN ALGUNAS
 CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS, HOSPITAL DE APOYO I
 IPSS MOYOBAMBA, MAYO - 1994 ABRIL - 1995.

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	Nº (n = 200)	%
GRADO DE INSTRUC.		
Analfabeta	6	3.0
Primaria	42	21.0
Secundaria	96	48.0
Superior	56	28.0
ESTADO CIVIL:		
Soltera	25	12.5
Casada	97	48.5
Conviviente	78	39.0
NUMERO GESTACION:		
≤ 1	54	27.0
2 - 5	138	69.0
≥ 6	8	4.0
EDAD GESTACIONAL:		
1er. Trimestre	27	13.5
2do. Trimestre	67	33.5
3er. Trimestre	106	53.0

De las 200 pacientes, sólo 06 corresponden al grado de instrucción de analfabeta que presentaron flujo vaginal y 06 las gestantes que no presentaron ningún flujo, correspondiendo al grado de primaria, secundaria y superior 02 para cada grado de instrucción.

El cuadro Número 02, nos muestra algunas características demográficas en cuanto al grado de instrucción, el mayor porcentaje de pacientes tenían secundaria completa 48.0 por ciento, dato similar encontró RAMIREZ Y VERGARA (45) quienes también reportan 68.3 por ciento para el nivel secundario.

En cuanto al estado civil el 48.5 por ciento son casadas, seguido por 39.0 por ciento que son convivientes, encontramos una diferencia marcada con el estudio de RAMIREZ Y VERGARA (45) quienes reportan que el 63.8 por ciento fueron convivientes y el 31.8 por ciento casadas; creemos que estas diferencias se deben a que en el Hospital donde se hizo nuestro estudio corresponde a la dependencia social.

En el mismo cuadro se observa que en el número de gestaciones primaron las multigestas de 2 a 5 hijos 69.0 por ciento, seguido por primigestas 27.0 por ciento. Respecto al primer control pre natal se encontró que el 53.0 por ciento de las pacientes acuden a su primer control en el tercer trimestre, confirma lo que reporta ENDES 92 (23), que las gestantes en la selva acuden a su control en edad gestacional muy avanzada, este hecho contribuye a que la detección de las

complicaciones y/o patologías se hagan tardíamente, a cuyos casos el tratamiento no tiene los mejores pronósticos.

CUADRO Nº 03

VAGINOSIS EN GESTANTES: CARACTERISTICAS DEL FLUJO VAGINAL EN EL HOSPITAL DE APOYO I IPSS MOYOBAMBA, MAYO - 1994 ABRIL - 1995.

ASPECTO FISICO FLUJO VAGINAL	CON MAL OLOR		SIN MAL OLOR		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Viscoso	7	18.9	21	13.4	28	14.4
No Viscoso	30	81.9	136	86.6	166	85.6
TOTAL	37	100.0	157	100.0	194	100.0

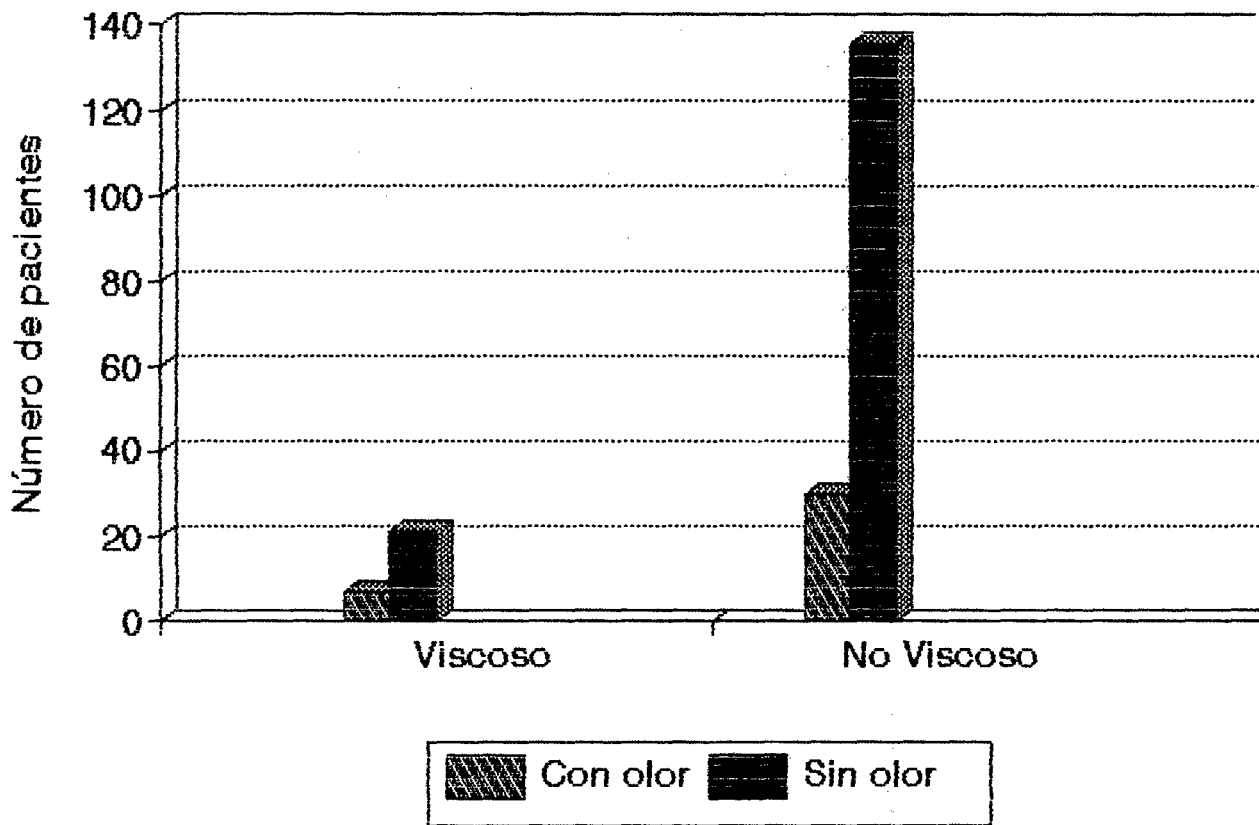
* 06 Pacientes no presentaron leucorrea.

En el cuadro observamos que 21 pacientes presentaron un flujo vaginal normal sin alteraciones, es decir claro, viscoso y sin olor, los cuales tampoco presentaron cultivo positivo, a bacterias patógenas. Se presentaron bacilos de Doderlein en porcentajes de 85 por ciento, signos que se tomó como referencia para sacar la incidencia de vaginosis.

De acuerdo a BOTERO (14) que define a la vaginosis como un cambio en la índole de la secreción vaginal alterando la flora que puede ser demostrable tanto microbiológica como químicamente, siendo estos la base para

VAGINOSIS EN GESTANTES

Según Aspecto Físico del Flujo



el estudio de vaginosis bacteriana.

De igual manera, ARREDONDO (5) define como "proceso patológico que afecta a la vagina pero característicamente no presenta lesión ni inflamación, por lo cual se traduce en cambios fisicoquímicos de las secreciones vaginales"

Las alteraciones físicas del flujo vaginal corresponden a viscosidad, olor y aspecto.

El 89.5 por ciento de las pacientes con flujo vaginal presentaron un cuadro típico de vaginosis, de las cuales el 85.6 por ciento correspondieron a alteraciones de no viscosidad.

CUADRO Nº 3-A

VAGINOSIS EN GESTANTES: FRECUENCIA DE FLUJO VAGINAL EN EL HOSPITAL DE APOYO I IPSS MOYOBAMBA, MAYO - 1994 ABRIL - 1995.

FLUJO VAGINAL	Nº	%
Flujo patológico	173	86.5
Flujo normal	21	10.5
Ausencia de flujo	6	3.0
TOTAL	200	100.0

Con las definiciones planteadas anteriormente el cuadro nos muestra la incidencia de vaginosis así observamos que de las 200 pacientes estudiadas se tuvo un 86.5 por ciento (173 pacientes) que cursaron con esta patología.

CUADRO Nº 04

VAGINOSIS EN GESTANTES: DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN SINTOMAS PRESENTADAS EN EL HOSPITAL DE APOYO I IPSS MOYOBAMBA, MAYO - 1994 ABRIL - 1995.

SINTOMATOLOGIA	ASEGURADA		NO ASEGURADA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ninguno	19	24.3	25	20.5	44	22.0
Prurito	--	--	3	2.5	3	1.5
Irritación vulvovaginal	1	1.3	7	5.7	8	4.0
Dispareunia	2	2.6	2	1.6	4	2.0
Secreción mal oliente	1	1.3	1	0.8	2	1.0
Disuria	2	2.6	4	3.3	6	3.0
Dos síntomas	13	16.7	21	17.2	34	17.0
Tres síntomas mas de tres síntomas	26	33.3	24	19.7	50	25.0
	14	17.9	35	28.7	49	24.5
TOTAL	78	100.0	122	100.0	200	100.0

El cuadro nos muestra la sintomatología que presenta la paciente con vaginosis; así observamos que el 22 por ciento de pacientes eran asintomáticas, deduciendo que estas pacientes son aquellas que tuvieron flujo vaginal normal durante el embarazo (sin alteraciones físicas), las

06 pacientes que no presentaron flujo vaginal; mientras que el 78 por ciento presentaron algún síntoma, siendo el mayor porcentaje de las pacientes que las tuvieron dos o más síntomas expuestas en el cuadro (prurito, irritación vulvo vaginal, dispareunia, secreción maloliente, disuria etc.).

Estos resultados guardan bastante similitud con los estudios de RAMIREZ Y VERGARA (45), quienes encontraron que el 81.12 por ciento de sus gestantes estudiadas presentaron sintomatología clínica.

HOWARD Y Col (30), refieren que la mayor parte de las infecciones vaginales, además del flujo vaginal anormal, la paciente suele presentar irritación vulvar y prurito.

Para mayor aclaración del caso se presenta el cuadro, 4-A.

CUADRO Nº 4-A

SINTOMATOLOGIA SEGUN TIPO DE PACIENTES, HOSPITAL DE APOYO I IPSS MOYOBAMBA, MAYO - 1994 ABRIL - 1995.

TIPO DE PACIENTE	SINTOMATICA		ASINTOMATICA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aseguradas	59	37.8	19	43.2	78	39.0
No Aseguradas	97	62.2	25	56.8	122	61.0
TOTAL	156	100.0	44	100.0	200	100.0

Si tenemos en cuenta que las pacientes aseguradas en su mayor parte o casi en su totalidad procede de la zona urbana, podemos afirmar que las pacientes aseguradas y no aseguradas en su mayor porcentaje identifican la sintomatología de la vaginosis, de lo que se deduce que el tipo de condición de la paciente que sea asegurada o no asegurada no influyen para que ésta identifique la sintomatología, pero también hay que hacer notar que existen un buen número (44 casos) de pacientes que no perciben ninguna sintomatología, pero sin embargo desarrollan la vaginosis.

CUADRO Nº 05

**VAGINOSIS EN GESTANTES: PRESENCIA DE LEUCORREA SEGUN
VIDA SEXUAL ACTIVA, EN EL HOSPITAL DE APOYO I IPSS
MOYOBAMBA, MAYO - 1994 ABRIL - 1995.**

PRESENCIA VIDA SEXUAL ACTIVA	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	154	79.4	5	83.3	159	79.5
No	40	20.6	1	16.7	41	20.5
TOTAL	194	100.0	6	100.0	200	100.00

Observamos que el 16.7 por ciento de pacientes que no tienen vida sexual activa no presentan leucorrea, en cambio teniendo vida sexual activa existen un 83.3 por ciento de pacientes que no presentaron leucorrea, con lo que podemos afirmar que las relaciones sexuales no desempeñan un papel importante condicionante para la vaginosis diferente a la que sostienen RAMIREZ Y VERGARA (45), que a mayor actividad sexual existen mayor riesgo de contraer una infección vaginal.

CUADRO Nº 06

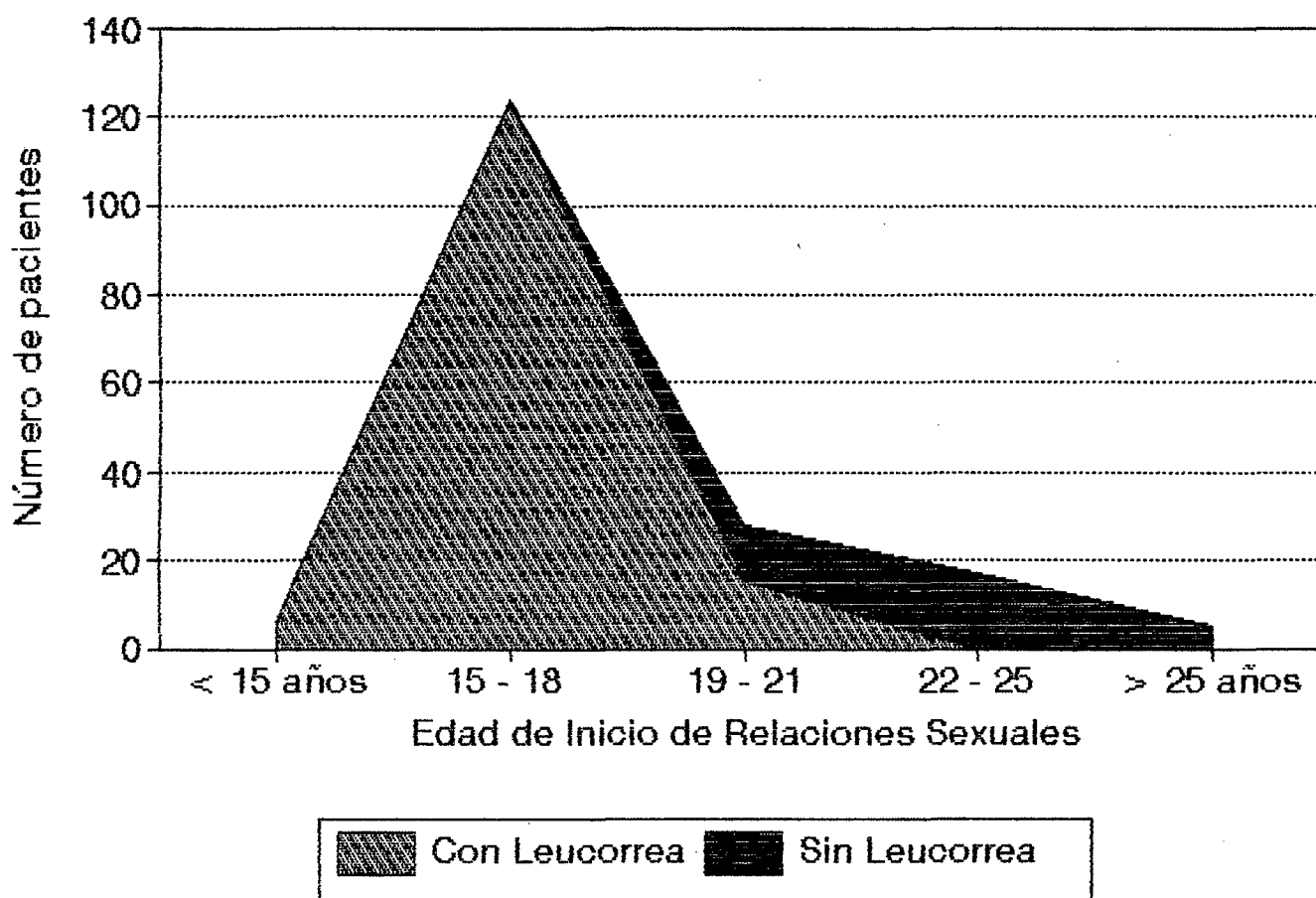
VAGINOSIS EN GESTANTES: EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES Y PRESENCIA DE LEUCORREA, HOSPITAL DE APOYO I IPSS MOYOBAMBA, MAYO - 1994 ABRIL - 1995.

EDAD INICIO RELACIONES SEXUALES	CON LEUCORREA		SIN LEUCORREA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< De 15 años	6	3.1	3	50.0	9	4.5
15-18 años	121	62.4	-	-	121	60.5
19-21 años	47	24.2	1	16.7	48	24.0
22-25 años	17	8.8	1	16.6	18	9.0
> 25 años	3	1.5	1	16.7	4	2.0
TOTAL	194	100.0	6	100.0	200	100.0

-
x 18.3 ±7.6 Rango = 12-30 años.

VAGINOSIS EN GESTANTES

Según Inicio de Relaciones Sexuales



En este cuadro observamos que las pacientes que tuvieron relaciones sexuales a edad más temprana son más propensas a contraer infecciones vaginales. La edad promedio con que las gestantes inician sus relaciones sexuales en el Hospital de Apoyo I IPSS Moyobamba es de 18.3 ± 7.6 años dato similar encontró ARREDONDO (41) y muy inferior al del Instituto Mexicano del Seguro social donde encontraron 21.5 años.

CUADRO Nº 07

VAGINOSIS EN GESTANTES: TIEMPO DE LEUCORREA SEGUN COLOR, EN EL HOSPITAL DE APOYO I IPSS MOYOBAMBA, MAYO - 1994 ABRIL - 1995.

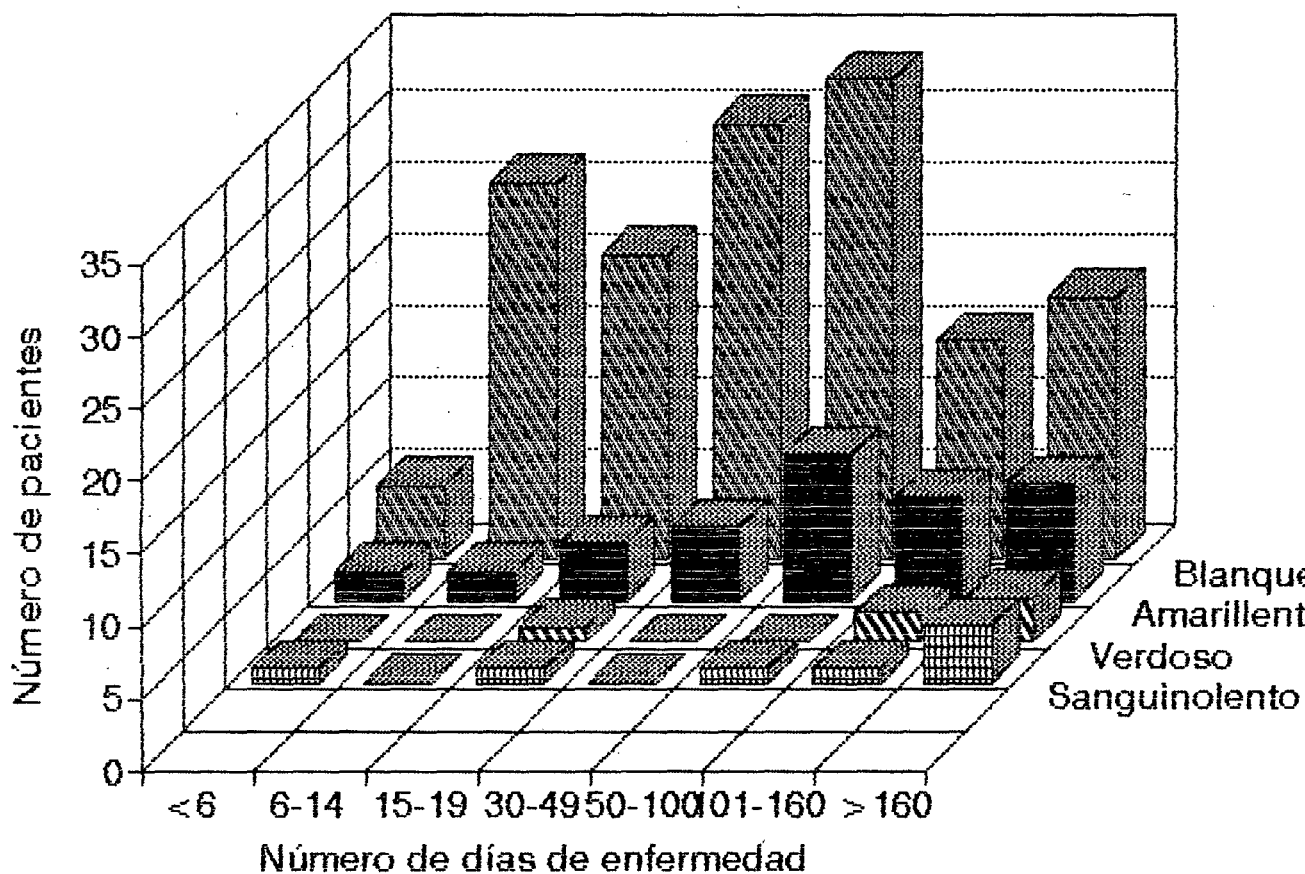
TIEMPO LEUCORREA.	VERDOSOS		BLANQUECINO		AMARILLENTO		SANGUI-NOLENTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
>6 Días	-	-	5	3.4	2	5.1	1	25.0	8	4.1
6 - 14	-	-	26	17.6	2	5.1	-	-	28	14.4
15 - 19	1	33.3	11	7.4	3	7.7	-	--	15	7.7
30 - 49	-	-	40	27.0	7	18.0	1	25.0	48	24.7
50-100	-	-	33	22.3	10	25.6	1	25.0	44	22.7
101-160	2	66.7	15	10.1	7	18.0	1	25.0	25	12.9
> 160	-	--	18	12.2	8	21.5	-	--	26	13.4
	3	100.0	148	100.	39	100.0	4	100.0	194	100.0

* 6 pacientes sin Leucorrea

x = 70.06 ± 25.27 días Rango 0.280 días.

VAGINOSIS EN GESTANTES

Según Tiempo de padecer leucorrea



Observamos que el promedio de días que las pacientes padecían leucorrea fue de 70.06 ± 25.27 días con un rango que va de 0-280 días como se observa lo que predominó fue la leucorrea blanquecina en un 76.3 por ciento, seguida por la amarillenta en un 20.1 por ciento, el color sanguinolento 2.1 por ciento fue muchas veces por la inflamación y eritroplasia que sufrió el cervix, la coloración verdosa en un 1.5 por ciento, fue lo que se encontró en menor escala.

La bibliografía no refiere que el número de días que una paciente padece de leucorrea influye en la coloración de lo que se puede decir que la coloración determina el agente etiológico.

El frotis citológico constituye el procedimiento más práctico y hasta la fecha el mejor método para el despistaje temprano del cáncer.

Hace posible el diagnóstico de los precursores del cáncer cervical o sea la displasia y el carcinoma in situ.

El frotis citológico para el estudio del Papanicolaou debe tomarse rutinariamente cualquiera sea la circunstancia por lo que la mujer es examinada ginecológicamente. Todo examen ginecológico, aún en el embarazo debe completarse con la toma de muestra para el despistaje citológico.

En realidad no existe datos que aisladamente puedan calificar a una célula como cancerosa. Para el diagnóstico hay que considerar el conjunto de las alteraciones comunes en los procesos cancerosos, aunque algunas pueden encontrarse en proceso benignos.

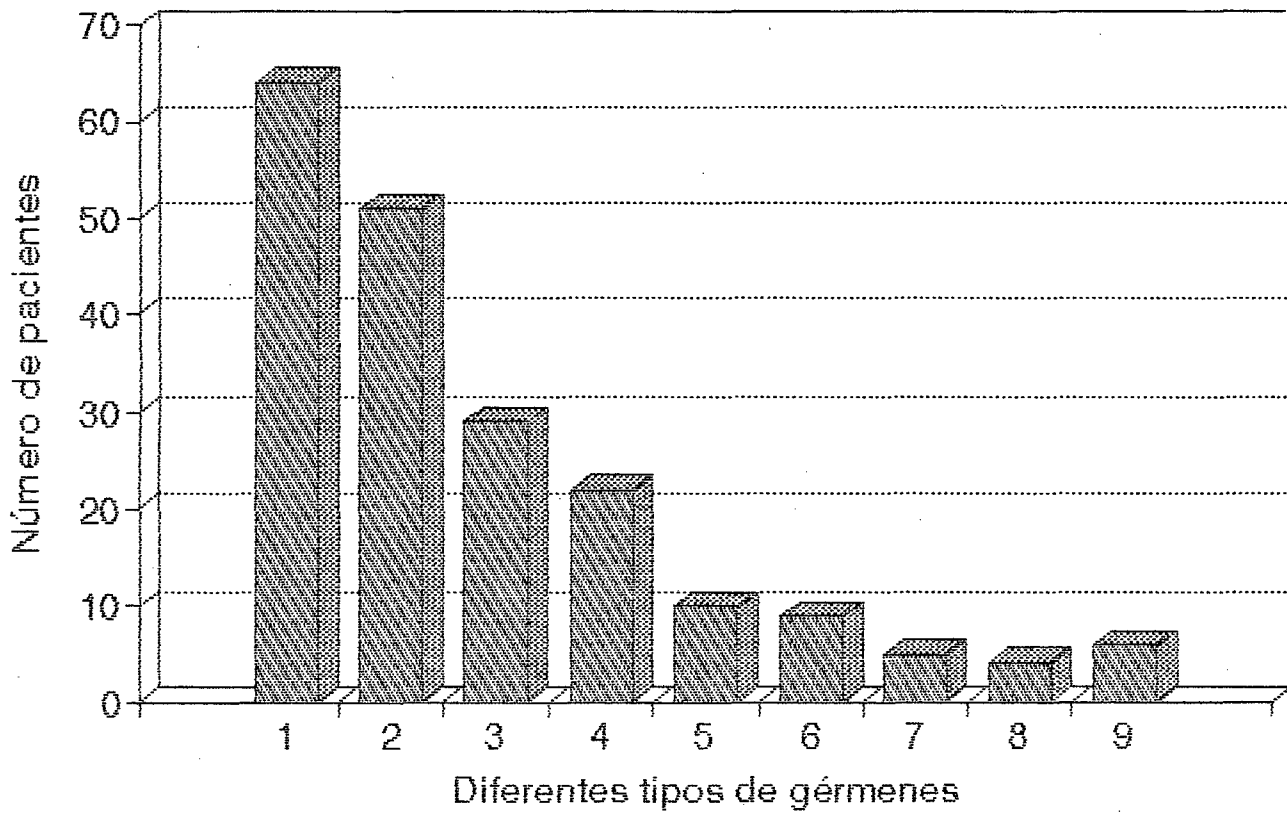
CUADRO Nº 08

VAGINOSIS EN GESTANTES: RESULTADO DE EXAMEN Y CULTIVO
SEGUN PRESENCIA DE LEUCORREA, HOSPITAL DE APOYO I IPSS
MOYOBAMBA, MAYO - 1994 ABRIL - 1995.

REACCION INFLAMATORIA	CON LEUCORREA n = 194		SIN LEUCORREA n = 6		TOTAL n = 200	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No presenta	62	32.0	5	83.3	67	33.5
Leve	45	23.2	-	-	45	22.5
Moderada	63	32.5	1	16.7	64	32.0
Grave	24	12.3	-	-	24	12.0
Examen Cervix						
AP Sano	83	42.8	4	66.6	87	43.5
Eritroplasia Leve	34	17.5	1	16.7	35	17.5
Eritroplasia Moderada	45	23.2	1	16.7	46	23.0
Eritroplasia Severa	32	16.5	-	-	32	16.0
CULTIVO:						
Negativo	60	30.9	4	66.4	64	32.0
Bacteroides	21	10.8	1	16.7	22	11.0
Morexella	4	2.1	1	16.7	5	2.5
Flavobacteriu	9	4.6	-	-	9	4.5
Mobiluncus	10	5.2	-	-	10	5.0
Gardnerella	29	15.0	-	-	29	14.5
Streptococcus	1	0.5	-	-	1	0.5
Acinetobacter	1	0.5	-	-	1	0.5
Peptoestrepto cocos.	1	0.5	-	-	1	0.5
Bifidobacter	4	2.1	-	-	4	2.0
Propiomibac- teria	1	0.5	-	-	1	0.5
dos o más bac- terias aisl- das.	51	26.3	-	-	51	25.5
E.coli	1	0.5	-	-	1	0.5
Clamydia(o.d)	1	0.5	-	-	1	0.5
TOTAL	194	100.0	6	100.0	200	100.0

VAGINOSIS EN GESTANTES

Gérmes aislado en el cultivo



LEYENDA:

Negativo	1
Dos ó + bacterias	2
Gardnerella	3
Bacteroides Sp	4
Mobilincus	5
Flavobacterium	6
Moroxella	7
Rifidobacter	8
Otros	9

En el cuadro número 08, encontramos que las pacientes que portan leucorrea cursan en un buen porcentaje con diferentes grado de inflamación 66.5 por ciento, así también el 43.5 por ciento de las pacientes a pesar de tener una leucorrea el examen clínico tenían una cervix aparentemente sano mientras que el 56.5 por ciento tuvieron algún grado de eritroplasia.

La bibliografía revisada BOTERO (14), refiere que la cervicitis es producida por la Neisseria gonorrhoeae, por la Chlamydia trachomatis o el virus del Herpes hominis tipo II, en pocas ocasiones hay erosiones cervicales que producen flujo. En el caso de las cervicitis de las etiologías mencionadas el flujo o secreción es mucosoide y usualmente no se acompaña de vaginosis, la presencia de plocitos al examen en fresco nos permite corroborar el diagnóstico de cervicitis.

Según el resultado del cultivo en el 32.0 por ciento no se encontró ninguna bacteria aislada, y en el 25.5 por ciento se encontró 2 o más bacterias. La bacteria más comúnmente aislada fue la Gardnerella vaginalis seguido de Bacteroides sp, estos resultados son inferiores con FARIA y Col. (25), quienes encontraron en el 51 por ciento de sus muestras positivas a Gardnerella vaginalis seguida del Staphylococcus epidermidis, Lactobacillus sp, Mobilincus sp.

y Bacteroides sp. Así mismo, ALZATE Y DIAZ (2) encontraron a Gardnerella en un 34.8 por ciento seguido de candidiasis en un 9.4 por ciento y trichomoniasis en un 4.5 por ciento, infecciones mixtas 7.2 por ciento, resultados muy inferiores a lo encontrado en nuestro estudio.

Por otro lado existen diferencias con los estudios realizados por NARCIO REYES (41), que se debe a los medios utilizados en laboratorio para el cultivo.

CUADRO Nº 09

VAGINOSIS EN GESTANTES: TIPOS DE PARASITOS ENCONTRADOS,
HOSPITAL DE APOYO I IPSS MOYOBAMBA, MAYO - 1994
ABRIL - 1995.

TIPOS DE PARASITOS ENCONTRADOS	Nº	%
Negativos	172	86.0
Ascaris lumbricoides	10	5.0
Entamoeba coli	4	2.0
Enterobius Vermicularis (Oxiuros)	10	5.0
Sarcoptes Scabie (acarosis)	1	0.5
E.coli más Ascaris lumbricoides	2	1.0
E.coli más enterobius vermicul	1	0.5
TOTAL	200	100.0

* 01 Sola paciente sin leucorrea tuvo Ascaris.

El diagnóstico de la parasitosis fue por medio de la prueba de Graham , como se observa con esta prueba sólo se detectó huevos de parásitos en un 14 por ciento resultado muy diferente se hubiera obtenido al realizar un examen en fresco. Por este método la parasitosis mayormente identificados fueron los Ascaris lumbricoides y los Enterobius vermicularis 5.0 por ciento, respectivamente para cada uno seguido por Entamoeba coli en un 2.0 por ciento, en el estudio de las 6 pacientes que no presentaron leucorrea, solamente uno cursó con huevos de parásitos (Ascaris).



CUADRO Nº 10

VAGINOSIS EN GESTANTES: ASPECTOS DEMOGRAFICOS EN
AQUELLAS PACIENTES QUE PRESENTARON DISPLASIA LEVE.

HOSPITAL DE APOYO I IPSS MOYOBAMBA,

MAYO -1994 ABRIL - 1995.

ASPECTOS RELACIONADOS CON DISPLASIA LEVE	(n = 4) Nº	%
EDAD:		
22 años	1	25.0
23 años	1	25.0
25 años	1	25.0
43 años	1	25.0
ESTADO CIVIL:		
Soltera	1	25.0
Casado	2	50.0
Conviviente	1	25.0
GRADO DE INSTRUCCION:		
Primaria Incompleta	2	50.0
Superior Incompleta	1	25.0
Secundaria Completa	1	15.0
TIPO DE PACIENTE:		
Asegurada	3	75.0
No asegurada	1	25.0
PARIDAD:		
Primigesta	1	25.0
Multigesta	3	75.0

Displasia significa literalmente desarrollo alterado o perturbación del crecimiento de las células cervicales. La displasia se subdivide en leve, moderada e intensa dependiendo del grado de afección del epitelio. Las cifras de frecuencia de las displasia cervicales en las enfermas no embarazadas varía de 1.2 a 3.8 por ciento. BENSON (12)

De las 200 pacientes estudiadas 04 paciente tuvieron resultados positivos concomitante a displasia leve, lo que suma un porcentaje de 2 por ciento lo que hace una incidencia de un caso por cada 50 gestantes, las 04 gestantes cursaron con leucorrea abundante, 03 paciente fueron con edad mayor o igual a 25 años lo cual es preocupante para el sector salud ya que es una edad muy precoz y que no está dentro de este rango, en que HANSON B.G. (28), reporta que el papiloma virus es el agente causal del cáncer de cervix en mujeres de edad temprana 20 a 29 años.

En cuanto al estado civil la que primó fue para la casada 50 por ciento; ya que se sabe a mayor número de parejas sexuales, mayor riesgo de contraer cáncer.

Referente al grado de instrucción se observa que 02 pacientes, 50 por ciento tuvieron primaria incompleta lo que quiere decir que las pacientes que tienen menor grado de instrucción son menos cuidadosas con su salud y de ahí que sean más vulnerables a contraer ciertas enfermedades.

En cuanto al tipo de paciente de (03), el 75 por ciento fueron aseguradas, esto debido a la prevalencia de que el Hospital es del IPSS.

En lo que se refiere a la paridad (03 pacientes) 75 por ciento corresponde a multigestas lo que coincide con la bibliografía que la paridad es un riesgo para el cáncer de cervix.

CUADRO Nº 11

**VAGINOSIS EN GESTANTES: PACIENTES CON DISPLASIA SEGUN
ASPECTO EPIDEMIOLOGICO HOSPITAL DE APOYO I IPSS
MOYOBAMBA, MAYO - 1994 ABRIL - 1995.**

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS	Nº	%
EDAD I.R.S.:		
15 Años	2	50.0
16 Años	1	25.0
17 Años	1	25.0
TIEMPO DE LEUCORREA:		
8 Días	1	25.0
60 Días	2	50.0
+ de 240 Días	1	25.0
EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO:		
6 Semanas	1	25.0
8 Semanas	1	25.0
28 Semanas	1	25.0
36 Semanas	1	25.0

El embarazo puede provocar cambios en el epitelio cervical que simulan los cambios observables en la displasia cervical. La frecuencia de displasia en el embarazo se desconoce. No obstante ocurre displasia en mujeres de 15 años y mayores, con una frecuencia máxima en el grupo etáreo de 25 a 35 años. (12)

Observando el cuadro vemos que el mayor porcentaje iniciaron su relaciones sexuales a los 15 años (50 por ciento) coincidiendo con la bibliografía revisada que afirma que el inicio de las relaciones sexuales precoces desempeñan un factor de riesgo para el cáncer de cervix.

El tiempo de leucorrea fue de 8 a 280 días con mayor porcentaje, 50 por ciento aquellas pacientes que refirieron tener 2 meses de flujo vaginal, es sorprendente reconocer que hubo una paciente que refiere haber tenido 8 días de leucorrea y su muestra fue positivo.

La edad gestacional como lo muestra el cuadro fue indistinto esto debido a las costumbres de la paciente de acudir a su control pre natal.

CUADRO Nº 12

VAGINOSIS EN GESTANTES: ASPECTOS ASOCIADOS A LA
POSITIVIDAD CITOLÓGICA, HOSPITAL DE APOYO I IPSS
MOYOBAMBA, MAYO - 1994 ABRIL - 1995.

MOLESTIAS RESULTADOS CLINICO Y DE LABORATORIO.	N = 4 n= 200	%
MOLESTIAS:		
Solo leucorrea claro	1	25.0
Prurito, ardor, dispareunia	2	50.0
Prurito, dispareunia, disuri	1	25.0
ASPECTO CERVIX:		
Aparentemente sano	2	50.0
Eritroplasia leve	1	25.0
Eritroplasia moderada	1	25.0
COLOR LIQUIDO:		
Blanquecino	3	75.0
amarillento	1	25.0
REACCION INFLAMATORIA:		
Negativa	2	50.0
Leve	1	25.0
Moderada	1	25.0
CULTIVO:		
Negativo	1	25.0
<i>Gardnerella vaginalis</i>	3	75.0

De acuerdo a la sintomatología, lo que las pacientes más refieren fue leucorrea, prurito, ardor, dispareunia lo que coincide con la sintomatología inicial que presenta; de igual manera el color del líquido fue blanquecino en su mayor porcentaje y sólo un caso presentó leucorrea amarillenta, lo que llama la atención es que 02 pacientes no hayan presentado ningún tipo de inflamación como lo que sucede en muchos casos fue negativa en las otras tres se asoció con Gardnerellas vaginalis, datos muy diferentes a

lo comparado por otros autores (22,28) ya que encuentra como bacteria más frecuente asociada a la Chlamydia trachomatis, la Neisseria gonorrhoeae y recién en tercer lugar a las gardnerella.

El carcinoma incipiente de la cervix constituye un proceso de lento desarrollo la mayor parte de los cánceres cervicales probablemente comienza con un cambio displásico, con un proceso gradual durante un período de varios años hasta llegar a la forma pre invasiva, (12) teniendo en cuenta en nuestro estudio de cuatro pacientes con displasia leve solo encontramos un caso con eritoplasia leve y un caso con moderada, existiendo dos casos positivos con cervix aparentemente sano.

CONCLUSIONES

1. La frecuencia de vaginosis fue del 68.0 por ciento.
2. Los factores asociados a la vaginosis fueron, inicio de relaciones sexuales entre los 15 a 18 años y el tiempo de leucorrea de 50 a 100 días.
3. Los gérmenes asociados a vaginosis fueron, Gardnerella vaginalis en el 14.5 por ciento y Bacteroides sp. en el 11 por ciento.
4. La frecuencia de displasia cervical fue de 2 por ciento correspondiendo todos a los de displasia leve.
6. La presencia de huevos de parásitos en el periné indica un riesgo de vaginosis ya que la prueba de Graham fue positiva a huevos de Ascaris lumbricoides y Enterobius vermicularis en un 5 por ciento respectivamente.

RECOMENDACIONES

1. Propender a que el examen de secreción vaginal sea de rutina para toda gestante que acude a su control prenatal.
2. Educar a la paciente en cuanto a los hábitos de higiene y relaciones sexuales.
3. Incentivar las campañas de Papanicolaou a fin de masificar sobre todo en las zonas rurales que tienen menos acceso a las urbes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ABRAO, H.: "Vaginose Bacteriana e *gardnerella vaginalis*" DST J. bras doneas Sexz Transm: 1 (2):67 99 1989.
2. ALZATE, L.M.; DIAZ G. F.: "Flujo Vaginal etiología en una unidad intermedia de salud" Bogotá (7) (3/4): 95-9 1987.
3. ANGEL G.M.: "Interpretación Clínica de Laboratorio". Cuarta Edición. Editorial Médica Panamericana Ltda. Bogotá Colombia pag. 254-259. 1993
4. ARENA-B; CASARES-M; VALENTINE-BH; COOKE-RP.: "Evaluation of laparoscopy an endocervical swab in the diagnosis of chlamydia trachomatis infection of the female genital tract".
5. ARREDONDO, J. : "Vaginosis bacteriana", Instituto Nacional de perinatología México, 1992.
6. AUSTIN-RM; BARON-PL; GATES-CE.: "Oportunities for enhanced cervical" and breast screenning referral in charleston country, J-S-C-Med-Assoc. 1993 89 (7): 323-328 Jul.

7. BASACA SEVILLA V; CROOS JH; ALQUIZA L; LACAP T.
 "Prevalence of *Trichomonas vaginalis* in some Filipino women" southcast Asian j Trop Med Public Healt. 1986 17 (2); 194-196. Jun .
8. BAYLEY SCOTT; FINEGOLD BARON.: "Diagnóstico Microbiológico" Séptima Edición. Editorial Panamericana. Buenos Aires. 1989. pag. 470-486.
9. BEEBY AR; WADERHA V; KEATING PJ; WAGSTAFF TI.: "A retrospective analysis of 94 patients ith CIN and false negative cervical smears taken at colposcopy". 1993 Cytopathology. 4 (6): 331-337.
10. BELTRAN DE ESTRADA M., y C. TAIPE LAGOS. Resumen de trabajos científicos "Trichomoniasis vaginal en centros antivenéreos de Lima y Callao". 14-19 Junio 1987 Trujillo Perú; Asociación latinoamericana.
11. BENASSATI, Haidee E; MARFIL, Liliana M.; FERRERO, Nelly; ROSA M. "Presencia de *streptococcus agalactiae* n mujeres embarazadas de la zona de Baha Blanca". Acto Bioquim. clin. latinoam.1987; 21 (4): 495-504 .

12. BENSON R. C.: "Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstetricos". Segunda Edición. Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V. México D.F. 1982 pag. 156.
13. BLACKWELL A.L.; THOMAS, P.D. y otros.: "Aumento de Salud por Exámenes para Infección del Sistema Genital Inferior en Mujeres atendidas para terminación del Embarazo". Gran Bretaña. 1994. Doc. 255 (06) pag. 162-55.
14. BOTERO, J. et. all. "Obstetricia y Ginecología" Edit. Carbajal S.A. Colombia. 1990 pag. 514-520.
15. BLANDY G.; SOPER DE.: Bacterial vaginosis and postoperative infections. Am- J.Obstet. Gynecol. 1,993.Aug; 169 (2): 467-9.
16. CANDIOTTI, V. J.: "Medicina al Día". Volumen 2. Nº.3 Lima - Perú. 1993. pag. 17-20.
17. KRIEG, N.R. Y J.G. Holf 1984. Bergey's manual of systematic bacteriology. Vol. 1 Williams and Wilkins. Baltimore p.303,353-358, 516-525.

18. CASTRO S.; JURACA M; ALVES E.B.
"Contribucao para o estudo etiológico das vaginoses bacteriana" Rev. Bras. anal. clin. 24 (2) 31-34 1992 tab.
19. CARBALHO. G; CARBALHO. J.M. "Leucorreia causada por Bacilo de Doderlein". J. Bras. ginecol 92 (6): 329-332 1982.
20. CONDE GONZALES Carlos; CALDERON Jaime E.; HERNANDEZ H. Araceli; EUGENIA LEON María; REYES DE SANTIAGO J.: "Características microbiológicas de la vaginosis bacteriana". Ginecol Obstet. 55: 74-79, Mexico Mar. 1987.
21. CRISTIANO L. C.; DALVAI G; LOUSSO L.; LORENZI M. Bacterial vaginosis: "prevalence in outpatients, association with some micro organisms and laboratory indices" Genitourin Med. 65 (6): 382-387 dec 1989.
22. DAVEY DD; NIELSEN ML.; FRABLE WJ.; ROSENSTOCK W; LOWELL OM; KRAEMER 1313. Improving occuracy in gynecologic citology. "Results of th college of american pathologists interl; laboratory cocuparison program in cervico vaginal cytology".

arch. pathol lab. med. 117 (12); 1193-1198
dec.1993.

23. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA
**Encuesta demográfica y de Salud-ENDES 92 Región San
Martín 1993.**
24. ESPINOZA, C.A; VILLANUEVA, A. MENDOZA. " **Trichomonas
en Mujeres que acuden al Centro de Bienestar
Familiar de Ica**". Universidad Nacional San Luis
Gonzaga Ica - Perú. En XI Congreso Latinoamericano
de Parasitología. 1993. pag. 119.
25. FARIA, E.; VALVERDE C.; NAVARRO P.:
**"vaginosis bacteriana en el Hospital maternidad de
Lima diagnóstico y tratamiento "** Rev. Venez.
infectol. 2 (3): 74-5. Jul. dic. 1991.
26. GAO YN.: **"Bacteria condición of loww genital tract
of pregnant women and neonatal infection"** Chung Hua
Fu Chan Ko Tsa Chin 28 (12): 717 719-759 dec. 1993.
27. AGURTO S. T.: **Manual de técnica en
microbiología. I parte. 1a ed. edit. tallereg
gráficos. Lima - Perú. 1,989.**

28. HANSSON B.G.; Forslund o; BJERRE B; Et. All. Human Papilloma virus Types in routina cytological sereeming and at colposcopy examinati3n Rev. Obstet. Ginecol. Reprod. Biol. 1993 52 (1).
29. HILLIER SL. "Diagnostic microbiology of bacterial vaginosis" am j. Obstet Gynecol. 169 (2 pt 2) 455-459 Aug. 1993.
30. HOWARD W. JONES, JR. "Tratado de ginecolog3a de NOVAK". d3cima edici3n Edit. Interamenricana M3xico 1,984 pp 278-274.
31. JAMES JA.; TOMASON; GELBART-SM; OSYPONSKI- P.; KAISER P. HANSON L.: "Is trichomoniasis often associatd with bacterial vaginosis in pregnant adolecents". Am. J. Obstet Ginecol. 166 (3): 859-863. Mar. 1992.
32. JONES B.M.; FATTANNI M.; GOOCH H.; "Determinati3n of amines in the vaginal secretions of wwomen in helath and disease" Int j. STD AIDS 5 (1): 52-55 Jan Feb. 1994.
33. KENT, H.L. "Epidemiolog3a de la vaginitis" am. J. Obstetrric and ginecology 165 (4); 1,168-76; 1991.

34. LEVINE GI.: "Enfermedades parasitarias Transmitidas" Sexualmente Prim. Care; 18 (1) pp. 101-28 1991.
35. LEVETT, P.N.: "Bacterial vaginosis" West Indian med. J. 38 (3): 126-132 Sept. 1989. ilustr.
36. LOSSICK J.G.; and KENT, H.L. "Trichomoniasis trends in diagnosis and management" Am J. Obstetric and Gynecology 165 (4): 1217- 22, 1991.
37. MINISTERIO DE SALUD.: " Manual de Salud Reproductiva Métodos y Procedimientos". Lima - Perú. 1992.
38. MC GREGOR J.A.; FRENCH J.I.; JONES W; PARKER R, PATTERSON E; DRAPER D; "Asociation of cervico vaginal infection with increased vaginal fluid phospholipase". Az activity am j Obstet gynecol 167 (6): 1,588-1,594 dec. 1992.
39. NAJAR R. E.: "Trichomoniasis vaginal en gestantes atendidas en los Centros Asistenciales de Tarapoto". Tesis UNSM 1993. pag 9.

40. NARCIO R., María Lourdes E; SOLORZANO S.,
F.; ARREDONDO G., José Luis; Et. All.: "Etiología
de la Infección cervico vaginal en pacientes
embarazadas y no embarazada" Ginecol. y Obstet.
Mexico; 57 (2) : 41-6 Feb. 1986.
41. NARCIO, R., ARREDONDO G. CASANOVA, G. **Vaginosis
bacteriana**" La revista médica vol 1 N^o 4 5; 83-86,
1994.
42. OGBONNA CI, OGBONNA IB. OGBONNA AA.; ANOSIKE JC.
"Estudio sobre la incidencia de trichomoniasis
entre las mujeres embarazadas en el área jos del
estado de la Plateau, Nigeria" Angew parasitd; 1991
Nov. 32 (4) pp. 148-204.
43. ONETO, S.; VARGAS, L. "Dagnóstico de Gardnerlla
Vaginalis en población no seleccionado con o sin
vaginosis bacteriana".
44. PORIA V.C. JOSHI B.K; AGRAWAT H.H; MOHILE N.A.: "Study
of cándida and trichomonas vaginalis in
leucorrhoea". J. indian Med Assoc. 87 (8): 184-185
Aug 1989.

45. RAMIREZ, L y VERGARA G.: " Colpitis en Gestantes Atendidas en el Hospital Provincial Nº. 2 Yarinacocha - Pucallpa". Tesis Universidad Nacional de San Martín. Perú. 1994. pag. 19,37,38 y 40.
46. REGULEZ P.; GARCIA F. ; MORAGUEZ M.A.:
"Dedection of anti candida albicans ig E antibodies in vaginal vulvovaginal candidiasis" Ginecol Obstet Inves. 37 (2): 110-114 1994.
47. SCAPINE, J.C.; GUZMAN C. A. "Detección De bacilos negativos curvas anaeróbicas en pacientes con vaginosis". Obst. Ginecol. latinoamericana 44 (9-10): 320-325. Set. Oct. 1986 ilustr. tab.
48. SONNENWWIRTH C. A.; JARETT L.: " Métodos y Diagnóstico de Laboratorio Clínico". Octava Edición. Editorial Panamericana. Buenos Aires. 1996.
49. SWANSON T.K; Eilers G.M.; Using R., Systems to Improve Papanicolaou Test Follow-up. Arch - Fam - Med. 1993 Nov. 2 (11); 1136-40.

7. TIPO DE LEUCORREA:

Color:	Verdoso	(1)
	Blanquecino	(2)
	Amarillento	(3)
	Sanguinolento	(4)
Olor:	Sin Olor	(1)
	Mal olor	(2)
Viscoso:	Si	(1)
	No	(2)

8. TIEMPO DE LEUCORREA:

9. TIENE AUN RELACIONES SEXUALES:

Si	(1)
No	(2)

10. A QUE EDAD INICIO SU VIDA SEXUAL:

Años

11. EXAMEN CLINICO:

VULVA:	Edema/ enrojecimiento	(1)
VAGINA:	Leucorrea Si	(1)
	No	(2)
CERVIX:	Eritroplasia leve	(1)
	Eritroplasia moderada	(2)
	Eritroplasia severa	(3)

12. RESULTADOS DE LA MUESTRA VAGINAL:

- Número de leucocitos
- Número de células epiteliales
- Bacilos G (-) (1)
- Bacilos G (+) (2)
- cocobacilos G (-) (3)
- Cocobacilos G (+) (4)
- Bacilos doderlein (5)
- Reacción inflamatoria

13. RESULTADO DE LA MUESTRA PARASITARIA:

- (1)
- (2)
- (3)

14. RESULTADO DE PAP.

- (1)
- (2)

15. RESULTADO DE CULTIVO

- (1)
- (2)

