



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO

**"VULVOVAGINITIS Y AMENAZA DE PARTO ANTES DE LAS
TREINTA Y SIETE SEMANAS EN GESTANTES EN EL HOSPITAL
GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN 2021"**

PRESENTADO POR
JOYCE JACQUELINE MEJICO MENDOZA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA

ASESOR
MG. JORGE LUIS MEDINA GUTIERREZ

LIMA – PERÚ
2021



**Reconocimiento - Sin obra derivada
CC BY-ND**

El autor permite la redistribución, comercial y no comercial, siempre y cuando la obra no se modifique y se transmita en su totalidad, reconociendo su autoría.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**"VULVOVAGINITIS Y AMENAZA DE PARTO ANTES DE LAS TREINTA Y
SIETE SEMANAS EN GESTANTES EN EL HOSPITAL GUILLERMO
ALMENARA IRIGOYEN 2021"**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR
JOYCE JACQUELINE MEJICO MENDOZA**

**ASESOR
MG. JORGE LUIS MEDINA GUTIERREZ**

**LIMA, PERÚ
2021**

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción del problema	3
1.2 Formulación del problema	5
1.3 Objetivos	5
1.4 Justificación	7
1.5 Viabilidad y factibilidad	8
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes	9
2.2 Bases teóricas	23
2.3 Definiciones de términos básicos	39
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1 Formulación de la hipótesis	42
3.2 Variables y su operacionalización	43
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	
4.1 Tipos y diseño	45
4.2 Diseño muestral	45
4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos	46
4.4 Procesamiento y análisis de datos	49
4.5 Aspectos éticos	49
CRONOGRAMA	50
PRESUPUESTO	51
FUENTES DE INFORMACIÓN	52
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumento de recolección de datos	

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

Para definir el parto pretérmino, es aquel que inicia después de las veinte y antes de las treinta y siete semanas, que es muy independientemente del peso al nacer. Existe un aumento de la incidencia, esto puede ser debido a la inclusión de todos los casos previos y los actuales. Por otro lado, ha aumentado de enfermedades maternas, como los trastornos hipertensivos, así mismo cabe resaltar que existe técnica asistida, en este caso mencionaremos a la fertilización in vivo, que se ve asociado a embarazo doble o triple, enfermedades hipertensivas, y nacimiento pretérmino.

Sobre la incidencia mundial, debemos conocer que el parto pretérmino alcanza un 10% (1). Por lo cual se cataloga como causa más importante de la morbilidad perinatal, alcanzando un 75% de todas las muertes durante todo el periodo natal, siempre excluyendo las malformaciones congénitas (1).

Por otro lado, la mortalidad, se encuentra una razón inversamente proporcional a la edad gestacional y el peso al nacer. Por ejemplo, si comparamos 2 recién nacidos uno que podría pesar menos de 1.500 gr y otro de más 2500 gr. Se puede concluir que el recién nacido con menos peso, tiene casi 180 veces más posibilidades de morir en su 1 año de vida (2). Existe gasto en salud pública que son dirigidos a parto pretérmino, por lo cual es necesario poder establecer estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento (3).

Durante la búsqueda de los factores de riesgo, en ACOG 2012, se pudo evidenciar que el antecedente de parto pre término puede sumar un riesgo de 1,5 - 2 veces para el parto pre término. Tener conocimiento que el número de amenazas de partos previos, a qué edad gestacional se produjo, cual fue el desenlace, es muy importante para el tratamiento dirigido (4).

Por otro lado, otro principal factor de riesgo es la longitud cervical corta, que debe ser evaluado por ecografía transvaginal; el diagnóstico será al evidenciar una longitud de 25 mm, antes de las 24-28 semanas. En los estudios se evidencia una relación inversamente proporcional entre el parto pre término y la longitud cervical (4).

Por otro lado, existe una asociación no solo con factores ambientales sino también con factores de comportamiento (5).

Dentro de los países que cuentan con alturas más 3200 metros sobre el nivel de mar, se encuentra Perú, donde en un estudio se encontró que en esa altura se

asocia 2 veces la incidencia en partos pre términos a diferencia de la ciudad de Lima (6).

En los hospitales del Perú, se logra conocer que los recién nacidos de muy bajo peso para nacer tienen un 1,4 % como prevalencia (7). Asimismo, en el Hospital Materno Infantil San Bartolomé, se realizó un estudio durante 2000 y 2007, en la cual se evidencia un 8,3% como incidencia en parto prematuro, 8,9% en prematuros, en casos de recién nacidos con muy bajo peso o extremo bajo peso dan una cifra de 1,5%, sumando los casos, dieron una cifra de 8,5% en la mortalidad de los recién nacidos en el hospital.

Por otro lado, en el Hospital Rebagliati, se realizó un estudio en donde se evidenció que los recién nacidos con un peso bajo eran un 9,4 % de todos los nacidos entre 2003 y 2007 y asimismo que la mortalidad era de un 9.5 % en recién nacidos con peso menor 2, 5 kg (8).

Durante el 2012, Eugenia et al realizaron una investigación prospectiva, donde evidenciaron la fuerte relación entre la infección de membranas amnióticas con diagnóstico histológico y patológico previo y parto pre término, lo que daría a conocer que puede existir una infección oculta previo al parto, asimismo la mayoría de las pacientes no referían sintomatología. Por lo consiguiente, en ese estudio se dio a conocer que existe un 20-33% de parto pre términos y 5-10% de partos a término asociado a la corioamnionitis histológica (9)

En el año 2013, en el estudio de Lateral et al, se evidenció como principal causa de parto pre término, a la Infección intrauterina. Se ha asociado hasta un 50 % a la infección intrauterina con la prematuridad (5).

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la asociación entre vulvovaginitis y amenaza de parto antes de 37 semanas en las gestantes en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el 2021?

1.3 Objetivos

a) Objetivo general

Determinar la asociación entre vulvovaginitis y amenaza de parto antes de las 37 semanas en las gestantes del en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en el 2021.

b) Objetivos específicos

Establecer la asociación entre vulvovaginitis y amenaza de parto en el segundo trimestre en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en el 2021.

Identificar la Establecer la asociación entre vulvovaginitis y amenaza de parto en el trimestre en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en el 2021.

1.4 Justificación

La población de gestantes es un grupo que responde mejor a tratamientos oportunos contra vulvovaginitis, con alta tasa de recuperación si se logra una intervención temprana, el estudio contribuirá con la disminución de morbilidad en esta población. Además a nivel social el costo de atención de un recién nacido prematuro es elevado, con un diagnóstico temprano de la amenaza de parto pretérmino se lleva a que la demanda hospitalaria sea para tratamientos oportunos disminuyendo comorbilidades y costos.

A su vez a nivel de la especialidad de ginecología y obstetricia la carga de morbimortalidad por parto pretérmino se encuentra en aumento y los estudios científicos en esta población es cada vez más frecuente, siendo la clínica muy variada en la especialidad y muchas veces aprendida por la experiencia. Así la presente investigación permitirá medir conocimientos y llevar a diagnósticos precoces, permitiendo intervenir en las escuelas de especialidad de ginecología y obstetricia desde la educación y complementarlo con la práctica clínica.

La importancia metodológica para la ciencia es aumentar el número de conocimientos sobre vulvovaginitis y la amenaza de parto pretérmino, y partiendo desde la detección precoz promover la investigación para herramientas diagnósticas y tratamientos en este grupo.

1.5 Viabilidad y factibilidad

El presente estudio es viable debido que en el Hospital Nacional Guillermo Almenara, se autorizara la toma muestra, previo consentimiento informado de la gestante. El instrumento, para obtener la información, se podrá difundir a las gestantes, ya que se cuenta con el permiso de cada jefe de servicio de alto riesgo obstétrico.

Asimismo, este estudio es factible, porque no solo se cuenta con recursos económicos sino humanos también por lo cual se puede garantizar la investigación.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

La infección vaginal es un problema de salud de distribución mundial, teniendo como complicaciones durante la gestación por lo cual afectaría a la madre como el producto (10).

Síndrome de flujo vaginal tiene como síntomas principales el flujo, prurito vulvar, disuria, dispareunia y fetidez vaginal. es un proceso infeccioso de la vagina caracterizado por uno o más de los siguientes síntomas: flujo, prurito vulvar, ardor, irritación, disuria, dispareunia y fetidez vaginal, como consecuencia de un desequilibrio ambiental en el ecosistema vaginal (11).

La gestación es un proceso fisiológico donde ocurren cambios hormonales y alteración en la flora vaginal lo cual puede provocar vulvovaginitis recurrentes (12).

La flora microbiana vaginal comensal juega un rol en la protección contra infecciones por una serie de mecanismos en la gestación (13).

Las gestantes con diagnóstico de vaginosis bacteriana tienen un riesgo aumentado de sepsis postaborto, aborto temprano, aborto recurrente, aborto tardío, ruptura prematura de membranas y parto pretérmino espontáneo, así como prematurez. Asimismo, existe un riesgo de corioamnionitis e infección post aborto (14).

Uno del mecanismo de infección, se debe a la colonización ascendente del tracto genital, infiltración de las membranas fetales e invasión de la cavidad amniótica que en consecuencia podría causar daño fetal (15).

La identificación del germen que provoca la infección de tracto vaginal inferior, se da mediante el cultivo de secreción vaginal. Por otro lado, se ha realizado la aplicación de técnicas de amplificación, clonación y análisis de la secuencia de genes que codifican para el RNA ribosomal bacteriano 16S (métodos genotípicos) para una mejor tipificación (16).

Según Martin et al, en las muestras de exudado vaginal se evidencia un 70 % de Lactobacillus. Por otro lado, las bacterias grampositivas o gramnegativas

anaerobias estrictas de los grupos Clostridium-Eubacterium y Bacteroides-Prevotella son gérmenes transeúntes (17).

El parto pretérmino es considerado como un síndrome actualmente. Su origen es multifactorial (18).

Durante la búsqueda de los factores de riesgo, en ACOG 2012, se pudo evidenciar que el episodio previo de parto antes de las 37 semanas que se puede producir un 1,5 - 2 veces para otro episodio parto pretérmino. Tener conocimiento que el número de amenazas de partos previos, a qué edad gestacional se produjo, cual fue el desenlace, es muy importante para el tratamiento del siguiente caso de amenaza de parto pretérmino (19).

Existen 2 grandes grupos: El espontaneo o el iatrogénico. El primero corresponde a dos tercios del grupo, en el cual el 15% han tenido antecedente previo y el 85% son primigestas. Por el otro lado, el segundo grupo se refiere a una indicación médica ante la aparición de una complicación que pon en riesgo la vida la madre como el feto (18).

Por otro lado, Romero et al, considera hasta 7 causas de parto pretérmino. Por ejemplo, la infección intrauterina, isquemia uteroplacentaria, distensión uterina excesiva, enfermedad cervical, reacción anormal de aloinjerto, fenómenos alérgicos y trastornos endocrinos (18). De todas ellas la primera es el único proceso que se ha podido demostrar una relación causal con el parto pretérmino siendo un 40 % (20).

Según Gonçalves et al, Los microorganismos más comúnmente aislados son Ureoplasma, Fusobacterium y Mycoplasma. Dentro de los cultivos positivos de líquido amniótico, un 12,8 % de pacientes con trabajo de parto pretérmino y membranas intactas, y con membranas rotas se eleva hasta 32,4% (19).

Considerando que el cérvix sufre un acortamiento fisiológico a medida que el embarazo avanza, se conoce que la eficacia de la cervicometría estará relacionada con la edad gestacional según Hirsch et al (21).

El principal factor de riesgo es la longitud cervical corta, que debe ser evaluado por ecografía transvaginal; el diagnóstico será al evidenciar una longitud de 25 mm, antes de las 24-28 semana. En los estudios se evidencia una relación inversamente proporcional entre el parto pretérmino y la longitud cervical (22).

En el 2018, Parodi et al, el acortamiento del cérvix se asocia a parto pretérmino inminente sobre todo cuando existe una cervicometría de menos de 15mm antes de las 20 semanas de gestación. Además, la medición de cérvix se realiza mediante ecografía transvaginal para determinar la posibilidad de parto pretérmino en una población con riesgo asintomática (23).

En el estudio de Genes et al, las gestantes asintomáticas con embarazo único y el cérvix corto (11-20 mm), tiene el riesgo de parto pretérmino en 4 %. En cervicometría de 10 mm o menos, el riesgo se incrementa en 10 %. Y, por último, si es de 5 mm o menos, el riesgo se eleva a 50 % antes de las 32 semanas (24).

Según Shapiro -Mendoza et al, dentro de las cirugías ginecológicas, se realizan cirugías cervicales como conización fría o cono LEEP, las cuales se asocian con parto pretérmino (25). Por otro lado, existe una asociación no solo con factores ambientales sino también con factores de comportamiento.

Dentro de los países que cuentan con alturas más 3200 metros sobre el nivel de mar, se encuentra Perú, donde en un estudio se encontró que en esa altura se asocia 2 veces la incidencia en partos pretérminos a diferencia de la ciudad de Lima (6).

En los hospitales del Perú, se logra conocer que los recién nacidos de muy bajo peso para nacer tienen un 1,5 % como prevalencia (7). Asimismo, en el Hospital Materno Infantil San Bartolomé, se realizó un estudio durante 2000 y 2007, en la cual se evidencia un 8,3% como incidencia en parto prematuro, 8,9% en prematuros, en casos de recién nacidos con muy bajo peso o extremo bajo peso dan una cifra de 1,5%, sumando los casos, dieron una cifra de 8,5% en la mortalidad de los recién nacidos.

Por otro lado, en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati, se realizó un estudio en donde se evidencio que los recién nacidos con un peso bajo eran un 9,4 % de todos los nacidos entre 2003 y 2007 y asimismo que la mortalidad era de un 9.5 % en recién nacidos con peso menor 2, 5 kg (8).

Eugenia et al, realizaron una investigación prospectiva durante el 2012, donde evidenciaron la fuerte relación entre la infección intraamniotica con resultados de histología y patología y parto antes de las 37 semanas, lo que daría a conocer que puede existir una infección oculta previo al parto, asimismo la mayoría de las pacientes no referían sintomatología. Por lo consiguiente, en ese estudio se dio a conocer que existe un 20-33% de parto pretérminos y 5-10% de partos a término asociado a la corioamnionitis histológica (9).

En el año 2013, en el estudio de Laterra et al, se evidencio como principal causa de parto pretérmino, a la Infección intrauterina. Se ha asociado hasta un 50 % a la infección intrauterina con la prematuridad (7).

Según Fonseca et al, desde hace 10 años al realizar buen tamizaje e intervención oportuna, permitiría prevenir hasta el 44% de los partos pretérmino (26).

Se realizaron ciertas estrategias para la reducción de factores de riesgo como la preparación para el parto (estado nutricional, evitar tabaco y drogas), educación preventiva en signos de parto pretérmino, reposo en cama, reducción de la actividad y abstinencia sexual (modificación del estilo de vida).

Asimismo, el tratamiento de infecciones vaginales sintomáticas antes de las 32 semanas, tamizaje de vaginosis bacteriana, uso de antibióticos en mujeres con fibronectina fetal positiva o con bacteriuria asintomática y finalmente la suplementación con vitaminas, micronutrientes o aceite de pescado. Sin embargo, la evidencia actual no ha podido demostrar que alguna de ellas sea efectiva en prevenir el parto pretérmino (27), por lo que la prevención se centra básicamente en la predicción del riesgo de parto pretérmino por medio de calculadoras de riesgo.

Las intervenciones destinadas a disminuir la ocurrencia de un parto prematuro se clasifican en prevención primaria y prevención secundaria. Según Huertas et al, la amenaza de parto puede tener prevención primaria o secundaria. Además, la predicción se realiza mediante las calculadoras de riesgo que combinan factores de historia clínica, longitud cervical y fibronectina fetal (28).

2.2 Bases teóricas

Parto pre termino

El nacimiento prematuro se refiere aquel parto que ocurre antes de las 37 semanas de edad gestacional. Se observa que puede o no estar precedido por un parto prematuro.

El parto pretérmino es considerado como un síndrome actualmente. Su origen es multifactorial (18).

Durante la búsqueda de los factores de riesgo, en ACOG 2012, se pudo evidenciar que el episodio previo de parto antes de las 37 semanas que se puede producir un 1,5 - 2 veces para otro episodio parto pretérmino. Tener conocimiento que el número de amenazas de partos previos, a qué edad gestacional se produjo, cual fue el desenlace, es muy importante para el tratamiento del siguiente caso de amenaza de parto pretérmino (19).

Existen 2 grandes grupos:El espontaneo o el iatrogénico. El primero corresponde a dos tercios del grupo, en el cual el 15% han tenido antecedente previo y el 85% son primigestas. Por el otro lado, el segundo grupo se refiere a una indicación médica ante la aparición de una complicación que pon en riesgo la vida la madre como el feto (18).

Por otro lado, Romero et al, considera hasta 7 causas de parto pretérmino. Por ejemplo, la infección intrauterina, isquemia uteroplacentaria, distensión uterina excesiva, enfermedad cervical, reacción anormal de aloinjerto, fenómenos alérgicos y trastornos endocrinos (18). De todas ellas la primera es el único proceso que se ha podido demostrar una relación causal con el parto pretérmino siendo un 40 % (20).

El 70-80% de los nacimientos prematuros son espontáneos: esto se debe a un 40-50% de parto prematuro o un 20-30% asociado a ruptura prematura de

membranas; y casi alejado a la insuficiencia cervical da lugar a un parto prematuro espontáneo. Existe un 20-30 % sobrante de PTBS, que es iatrogénico: debido a circunstancias tanto maternas como fetales como por ejemplo las enfermedades hipertensivas de la gestación, hemorragias de la 2 da mitad de la gestación, restricción del crecimiento fetal, gestación múltiple, las cuales podrían poner en peligro la salud del binomio: madre- feto (29).

Vulvovaginitis

La vulvovaginitis se puede definir como la inflamación e infección del tracto genital femenino bajo. Las pacientes pueden presentar una secreción maloliente o no, la cual produce sensación de prurito y quemazón.

Ellas representan un 15%-20% de las consultas, siendo el 90% de origen infeccioso (30).

Según se ha estudiado, Infección del tracto genital puede tener asociación a el parto prematuro y el parto.

La probable etiología se debería a infección por los estreptococos del grupo B (EGB), Chlamydia trachomatis, vaginosis bacteriana, Neisseria gonorrea, sífilis, Trichomonas vaginalis, especies de Ureaplasma y Haemophilus influenzae no encapsulada. Por lo cual se sugiere realizar un cultivo, si este saliera positivo se correlaciona con la presencia de corioamnionitis histológica; sin embargo, las relaciones causales para la mayoría de estas infecciones no han sido probadas y son controvertidas (31).

Intervención de parto pre término

la suplementación con progesterona puede disminuir la aparición de parto pretérmino en un 30 por ciento en mujeres con un embarazo único y un historial de parto pretérmino espontáneo.

Riesgo de predicción de nacimientos pretérmino

Existe un sistema de puntuación de riesgo: la puntuación de riesgo es un método cuantitativo que se utiliza para identificar a las mujeres con mayor riesgo de parto pretérmino.

Los sistemas propuestos suelen calcular una puntuación aditiva en función de los puntos asignados a factores de riesgo epidemiológico, histórico y clínico arbitrariamente seleccionados o ponderados. Las revisiones sistemáticas han concluido que no existe un sistema eficaz de puntuación de riesgo para la predicción de PTB. Esto se debe a nuestra falta de conocimiento sobre la (s) causa (s) de PTB en la mayoría de las mujeres y porque el factor de riesgo más poderoso es el PTB anterior, que no es aplicable a las mujeres nulíparas. El valor predictivo positivo de la mayoría de los sistemas de puntuación de riesgo es bajo, llegando a 20 a 30 por ciento, y varía según la población estudiada.

Por medio de factores maternos e historia obstétrica únicamente. Gracias a un algoritmo desarrollado por la Fundación de Medicina Fetal de Londres, se detecta hasta 38.2% de partos pretérmino en mujeres con embarazos previos y hasta 18.4% de las mujeres sin embarazo previo, con una tasa de falso positivo de 10% (32).

Biomarcadores

La fibronectina cervicovaginal fetal (fFN) puede ser un biomarcador útil para predecir el PTB dentro de 7 a 14 días mujeres con contracciones y dilatación cervical leve y borramiento, especialmente cuando se combinan con la evaluación ecográfica de la longitud cervical y cuando se dispone de una medición cuantitativa. El valor predictivo de fFN para PTB más de 14 días después de la prueba es deficiente. La fibronectina fetal puede ser útil para predecir el riesgo de PTB en mujeres asintomáticas de alto riesgo.

Tratamiento de las vulvovaginitis

Todas las mujeres con vulvovaginitis sintomática deben ser tratadas oportunamente. Una vía de tratamiento eficaz es la oral y no se ha asociado con efectos fetales u obstétricos adversos.

Se sugiere empezar con:

Metronidazol 500 mg 1 tableta por vía oral dos veces al día durante siete días y en otras presentaciones según el caso de cada paciente.

El metronidazol, es un fármaco que tiene propiedad de atravesar la membrana placentaria en el primer trimestre de la gestación. Asimismo se ha evidenciado su efecto teratogénico. Por otro lado, un metaanálisis de metronidazol, no se ha evidenciado una relación significativa entre la administración de metronidazol y teratogenicidad (33), y por lo tanto los CDC sugieren el uso de metronidazol en el primer trimestre analizando el beneficio sobre el riesgo.

Una preocupación adicional es que el fármaco es mutagénico en bacterias y carcinógeno en ratones, pero no hay evidencia de daño en humanos. Como la terapia tópica no es inferior a la terapia oral para realizar la cura o prevenir resultados adversos del embarazo, como el parto prematuro, el CDC recomienda una terapia oral o tópica para el tratamiento de mujeres embarazadas sintomáticas (34). Los regímenes son los mismos que para las mujeres no embarazadas. Se ha evidenciado una asociación entre la amenaza de parto prematuro, vulvovaginitis y corioamnionitis (35).

Prevención de parto pretérmino

La importancia de reconocer estas pacientes con cérvix corto radica en la prevención del parto pretérmino espontáneo, según la OMS, uno de cada diez nacimientos es prematuro, estos recién nacidos se enfrentan a discapacidad física, neurológica o cognitiva.

Se debe considerar que el nivel de atención primaria en salud no cuenta con el equipo de ultrasonido necesario, y que el tercer nivel está saturado de pacientes. Implementar la medición de longitud cervical significaría un incremento en los costos de equipo y personal capacitado para su uso, por lo que son necesarios estudios para valorar costo-beneficio (36).

2.3 Definición de términos básicos

Edad Gestacional: Se define como el número de semanas de gestación según la última fecha de menstruación.

Amenaza de parto pre termino: Se define como la evidencia de contracciones uterinas regulares que se asocian a cambios cervicales que se pueden establecer entre las 22 semanas y 36 semanas con 6 días de gestación.

Parto pre termino: Se refiere a un parto que ocurre antes de las 37 semanas de gestación.

Vulvovaginitis: Se define como la inflamación del tracto genital femenino bajo.

Cervicometría: Se define como medida entre el orificio cervical externo al orificio cervical.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de hipótesis

Hipótesis general

Existe asociación significativa entre la vulvovaginitis y amenaza de parto pretérmino en el gestantes en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de del 2021.

3.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación
Edad	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Cuantitativa	Años	Ordinal	(1) < 30 años	DNI
					(2) 30-50 años	
					(3) >50 años	
Sexo	Conjunto de particularidades que caracterizan los individuos de una especie	Cualitativa	Sexo	Nominal	(1) Varón	DNI
					(2) Mujer	
Vulvovaginitis	Inflamación del tracto genital femenino bajo	Cualitativa	Cultivo	Nominal	(1) Positivo	Resultado de cultivo
					(2) Negativo	
Gestante con amenaza de parto pre termino	Gestante menos de 37 semanas con contracciones regulares y cambios cervicales	Cualitativa	Cervicometria	Nominal	< 25 mm >25 mm	Cervicometria
Parto pre termino	Nacimiento prematuro se refiere a un parto que ocurre antes de las 37 semanas de gestación	Cualitativo	Edad gestacional según ecografía de primer trimestre	Intervalo	Prematuro tardío: 34- 36ss 6 días Muy prematuro: <32 ss Extremadamente prematuro: <28ss	Edad gestacional según ecografía de primer trimestre
Cultivo de secreción vaginal	Secreción que se produzca en el canal vaginal	Cualitativo	Cultivo	Nominal	Positivo Negativo	Resultado de cultivo
Edad gestacional según trimestre	Numero de semanas de gestación por trimestre	Cualitativa	Edad gestacional según ecografía de primer trimestre o última fecha de menstruación	Nominal	I trimestre (las semanas - 13 semanas 6d)	Edad gestacional según ecografía de primer trimestre o última fecha de menstruación
					II trimestre (14 semanas – 27 semanas 6 dias)	
					III trimestre (28 semanas hasta el nacimiento)	

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipos y diseño

Según la intervención del investigador es un estudio observacional. Según el alcance, descriptivo-correlacional; según el número de mediciones de las variables de estudio, transversal; según el momento de la recolección de datos, prospectivo.

4.2 Diseño muestral

Población universo:

Total de gestantes del servicio de obstetricia del Hospital Nacional Guillermo Almenara

Población de estudio

Total, de gestantes del servicio de obstetricia del Hospital Nacional Guillermo Almenara **desde** Julio a diciembre del 2021.

Tamaño de la muestra

Toda la población del estudio

Muestreo

Muestreo probabilístico simple

Criterios de inclusión

Gestantes de 1er trimestre del servicio de Obstetricia que es hospitalizadas durante el mes de julio a diciembre del 2021

Gestantes de 2 do trimestre del servicio de Obstetricia que es hospitalizadas durante el mes de julio a diciembre del 2021

Gestantes de 3er trimestre del servicio de Obstetricia que es hospitalizadas durante el mes de julio a diciembre del 2021

Criterios de exclusión

- Gestantes de 1er trimestre del servicio de Obstetricia que no estén hospitalizadas durante el mes de julio a diciembre del 2021
- Gestantes de 2do trimestre del servicio de Obstetricia que no estén hospitalizadas durante el mes de julio a diciembre del 2021
- Gestantes de 3er trimestre del servicio de Obstetricia que no estén hospitalizadas durante el mes de julio a diciembre del 2021

4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos

Se realizará la toma de muestra de secreciones vaginales para cultivo de las gestantes de 1er, 2do y 3er trimestre en el servicio de obstetricia en el periodo de julio – diciembre del 2021 en lima.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Se realizará un estudio analítico sobre la relación de las vulvovaginitis y la amenaza de parto antes de las 37 semanas en las gestantes de servicio de obstetricia del Hospital Nacional Guillermo Almenara, posteriormente se realizara un análisis estadístico univariado y bivariado de las relaciones entre las distintas variables implicadas en el estudio.

4.5 Aspectos éticos

Esta investigación tiene como objetivo conocer la relación de las vulvovaginitis y la amenaza de parto antes de las 37 semanas en las gestantes del servicio de obstetricia en el Hospital Nacional Guillermo Almenara en el periodo de Julio a diciembre del 2019, la cual es imprescindible aclarar las consideraciones éticas que fundamenten este trabajo.

Toda información recolectada se usará y se mantendrá bajo las normas de seguridad y confidencialidad propias de este tipo de estudios regidos bajo el consentimiento informado dado por cada una de las participantes.

Se garantiza la seguridad de las participantes, considerando la autonomía, beneficencia, y equidad de cada paciente.

CRONOGRAMA

Pasos	2019				2020							
	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
Redacción final del proyecto de investigación	X											
Aprobación del proyecto de investigación		X										
Recolección de datos			X	X								
Procesamiento y análisis de datos					X	X						
Elaboración de informe							X	X				
Correcciones del trabajo de investigación									X	X		
Aprobación del trabajo de investigación											X	
Publicación de artículo científico												X

PRESUPUESTO

PERSONAL	COSTOS	COSTO TOTAL
Material de escritorio	200	200
Internet	200	200
Impresiones	300	300
Logística	100	100
Traslados y otros	200	200
TOTAL		1000

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Donoso B, Oyarzún E. Premature delivery. *Medwa*. 2012;12(8):5477.
2. Iams J et al. Prediction and Prevention of Preterm Birth. *The ACOG*. 2012; 120(4):964-73.
3. Althabe F et al. El parto pretérmino: detección de riesgos y tratamientos preventivos. *Rev Panam Salud Publica* 1999; 5(6): 373-85.
4. Ramirez M. Prevención de parto pretérmino. *Med. leg. Costa Rica*. 2018; 35(1):1-3
5. Laterra C et al. Guía de Prácticas clínicas. Amenaza Parto Prematuro. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá* 2013, 22(1):28-32
6. Carrillo C, Wong A. Factores asociados al embarazo pretérmino a nivel del mar y la altura. *Acta Andina*. 1994;3(1):19-28.
7. Oliveros M. El recién nacido de muy bajo peso en el Perú. Relato del Proyecto Cosise, 2001. *Rev Per Ped*. 2002; 55(2): 60-2.
8. Galván B et al. Very low birth weight: Risk factors for incidence and mortality at eight different hospitals in Mexico. A regional experience. *Pediatric Academic Societies' Meeting*. 2005; 57: 308.
9. Nayot D, Penava D, Da Silva O, Richardson BS, Vrijer B. Neonatal outcomes are associated with latency after preterm premature rupture of membranes. *J Perinatol* 2012; 32(12): 970-77.
10. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Diagnóstico y tratamiento de infección vaginal en obstetricia. Guía Práctica Clínica 2014 [Internet]. Quito: Dirección Nacional de Normatización-MSP [Citado 20/7/2018]. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/guias%202014/GPC%20Infeccion_vaginal_obstetrica.pdf
11. Santiesteban A. Obstetricia y perinatología. Diagnóstico y tratamiento. Edit. Ciencias Med. 2012; 783-8.

12. Pradenas M. Infecciones cérvico vaginales y embarazo. Rev Med Clin Condes. 2014; 25(6): 864-1049.
13. Plitt S et al. Prevalence and correlates of chlamydia trachomatis, neisseria gonorrhoeae, trichomonas vaginalis infections, and bacterial vaginosis among a cohort of young injection drug users in Baltimore, Maryland. SexTransm Dis. 2005;(32)7: 446-53
14. Lamont R et al. The vaginal microbiome: new information about genital tract flora using molecular based techniques. BJOG. 2011; 118(5):533-49.
15. Gotsch F *et al.* The fetal inflammatory responsesyndrome. Clin Obstet Gynecol. 2007; 50(3):652-83.
16. Larsen B et al. Understanding the bacterial flora of the female genital tract. Clin Infect Dis.2001;32(4):69-77.
17. Martín R et al. La microbiota vaginal: composición, papel protector, patología asociada y perspectivas terapéuticas. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2008; 32(7):160-7.
18. Romero R et al. Síndrome de parto prematuro: relevancia clínica y etiológica. Gratacós E. Medicina Fetal. 2009; 81(12):723-35.
19. Gonçalves L, Chaiworapongsa T, Romero R. Intrauterine infection and prematurity. Mental retardation and developmental disabilities research reviews. 2002;8(10):3-13.
20. Romero R, Espinoza J, Chaiworapongsa T, Kalache K. Infection and prematurity and the role of preventive strategies. Sem Neonatol. 2002;7(15):259-74.
21. Hirsch I et al. The role of cervical length in women with threatened preterm labor: is it a valid predictor at any gestational age?. Am J Obstet Gynecol. 2014;211(5):5321-9.

22. Practice bulletin no. 130: Prediction and Prevention of Preterm Birth. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics, The American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol.* 2012; 120(4):964.
23. Parodi K. Jose S. Cervical shortening and its relationship with preterm birth. *Rev. Fac. Cienc. Méd.*[Internet] 2018.[Citado 28 mayo 2018]; Disponible en: [RFCMVol15-1-2018-5.pdf \(bvs.hn\)](#)
24. Genes V. Risk factor associated with preterm delivery. *Rev. Nac. Itauguá.* 2012; 4 (2):8-14
25. Shapiro-Mendoza CK, Barfield WD, Henderson Z, et al. CDC Grand Rounds: Public Health Strategies to Prevent Preterm Birth. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2016; 65:826.
26. Fonseca E, Celik E, Parra M, Singh M, Nicolaides K. Progesterone and the risk of preterm birth among women with a short cervix. *N Engl J Med.* 2007 Aug 2;357(5):462-9.
27. Caja Costarricense de Seguro Social. Guía de Bolsillo de Tratamiento del Parto Pretérmino y su Prevención en el Primer y Segundo Nivel de Atención. 2005: 44
28. Huertas E. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. *Rev. peru. ginecol. obstet.* 2018; 64(3):399-404
29. Organización Panamericana de la Salud. Uruguay: Manual de recomendaciones en el embarazo y parto prematuro [Internet] [Citado 2019]. Disponible en: [Manual de recomendaciones en el embarazo y parto prematuro web.pdf \(paho.org\)](#)
30. Puig L, Gallardo C. Vulvovaginitis. *Far. Prof.* 2003; 17(2):58-65
31. Caro J et al. Parto prematuro y asociación con percepción materna de apoyo social insuficiente. *REV CHIL OBSTET GINECOL.* 2017; 82(4) 373
- 32 Beta J, Akolekar R, Ventura W, Syngelaki A, Nicolaides KH. Prediction of spontaneous preterm delivery from maternal factors, obstetric history and placental

perfusion and function at 11–13 weeks. *Prenatal Diagn.* 2011 Jan;31(1):75-83. doi: 10.1002/pd.2662

33. Instituto Mexicano del Seguro Social. Mexico: Guía de Referencia Rápida Diagnóstico y Tratamiento de Vaginitis Infecciosa en Mujeres en Edad Reproductiva en Primer Nivel de Atención. [Internet][Citado 13 agosto 2021]: Disponible en: [081GRR \(imss.gob.mx\)](http://081GRR(imss.gob.mx))

34. Sobel J, Chaim W, Nagappan V, Leaman D. Treatment of vaginitis caused by *Candida glabrata*: use of topical boric acid and flucytosine. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;189:1297–300.

35. Toca P, Becerril M, Zarazua G. Prevalencia de vaginosis bacteriana en amenaza de parto prematuro. *Asoc. Mex. de Bioquímica Clínic.* 2004;29(1):101

36. Hirsch L et al. The role of cervical length measurement for preterm delivery prediction in women with cervical dilatation who present with threatened preterm labor. *Am J Obstet Gynecol [internet].* 2016 ;214(S1):223

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Pregunta de la investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
¿Cuál es la asociación Vulvovaginitis y la amenaza de parto antes de las treinta y siete semanas ¿Gestantes en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el 2021?	General	General	Intervención del investigador: observacional. Alcance: analítico Medición de variables: transversal. Tipo de recolección de datos: prospectivo	-Población de estudio: en gestantes del servicio de obstetricia en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en año 2021 -Tamaño de la muestra: 384.16 -Software: SPSS versión 25 -Análisis univariado y bivariado	Hoja de cervicometría, nst y resultado de cultivo de secreciones vaginales
	Determinar la asociación entre vulvovaginitis y amenaza de parto antes de las 37 semanas en las gestantes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en el 2021	Existe asociación significativa entre la vulvovaginitis y amenaza de parto pretérmino en las gestantes en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de del 2021.			
	Específicos	Específicos			
	Establecer la asociación entre vulvovaginitis y amenaza de parto en el segundo trimestre en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en el 2021. Identificar la asociación entre vulvovaginitis y amenaza de parto en el trimestre en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en el 2021.	-Los otros objetivos específicos con observacionales por lo cual no cuentan con hipótesis			

2. Instrumento de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

APELLIDOS Y NOMBRES	
EDAD	
GP	
EDAD GESTACIONAL	
DIA DE TOMA DE CULTIVO	
CERVICOMETRIA	
CARACTERISTICAS DE FLUJO VAGINAL	
CONTRACCIONES	SI / NO
NST	

3. Consentimiento informado

La presente investigación es llevada a cabo por Joyce Jacqueline Méjico Mendoza, alumna de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres. El objetivo de este estudio es Determinar la relación entre vulvovaginitis y amenaza de parto antes de las 37 semanas en las gestantes en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de julio a diciembre del 2021. Si usted accede a participar, se le pedirá responder a una entrevista en profundidad lo que le tomará 15 minutos. Esta será grabada con la finalidad de transcribir, posteriormente, las ideas que usted haya expresado. Su participación será voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación. Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo de la investigación, usted es libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además, puede finalizar su participación en cualquier momento. Si se sintiera incómodo, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo del estudio y abstenerse de responder. Muchas gracias por su participación.

Yo,

_____ doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria. He recibido información en forma verbal sobre el estudio y he tenido la oportunidad de discutir sobre este y hacer preguntas. Al firmar este protocolo, estoy de acuerdo con que mis datos personales, incluso los relacionados a mi salud o condición física y mental, y raza u origen étnico, puedan ser usados, según lo descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que estoy participando. Entiendo que puedo finalizar mi participación en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí. Estoy enterado de que recibiré una copia de este formulario de consentimiento y que puedo solicitar información sobre los resultados del estudio cuando este haya concluido. Para ello,

puedo comunicarme con Joyce Jacqueline Méjico Mendoza. Dentro de los beneficios está la contribución al desarrollo de la investigación, la cual favorecerá al conocimiento científico.

.....

.....

Nombre completo del participante

Firma

Fecha

.....

.....

Nombre del investigador

Firma

Fecha