

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**“CARACTERES CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICOS DE VAGINITIS,
VAGINOSIS Y DE LA PATOLOGÍA VULVAR EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL DE
APOYO HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2011-2015”**

PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:
LIZ KATHERINE, LOLI TORRES

ASESOR:
DRA FLORMIRA QUISPE

TACNA, 2017

DEDICATORIA

Hoy he comprobado que la vocación profesional que escogí no fue equivocada, por eso, me enorgullezco de haber terminado esta etapa de estudio y que gracias al esfuerzo y dedicación que me propuse pude lograr esta meta planteada.

Con mucho afecto dedico este trabajo a mis padres por ser pilares fundamentales, mentalizadores y personas especiales que en cada momento de mi vida me apoyaron para salir adelante y superarme.

A todas las personas de buen corazón que siempre me dieron su ayuda incondicional y que con sus sabios consejos me impulsaron a seguir adelante y luchar por los objetivos trazados

AGRADECIMIENTOS

Al culminar el presente trabajo de Investigación, me permito agradecer a Dios por su bondad omnipotente que tiene para los seres humanos, que nos hace grande en todas las dimensiones.

A mis padres por ser principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por cada día confiar y creer en mí y en mis expectativas

A mi novio, el impulsador incondicional, quien supo entregarme su apoyo y comprensión.

A mi asesora de tesis Dra. Flormira Quispe y a los miembros del Jurado de esta tesis, Dra. Paola Arias, Dr. José Ferrer y Dr. Pedro Cárdenas les agradezco profundamente por su tiempo y dedicación, por sus valorables sugerencias, que contribuyeron al mejoramiento y ordenamiento del presente trabajo.

Gracias a mi Universidad por permitirme convertirme en un ser profesional en lo que tanto me apasiona

Gracias a todos los doctores y profesores quienes con sus sabios conocimientos supieron formarme como un profesional capaz de poner mis servicios a la sociedad.

A todos mis compañeros de aula con quienes compartí momentos buenos y difíciles.

Gracias a todas las personas que me impulsaron a estudiar y a comprometerme en esta noble carrera que la sabré ejercer con empeño y dedicación.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia y caracteres clínico epidemiológico de vaginitis, vaginosis, y de la patología vulvar en pacientes atendidas en el servicio de ginecología del hospital de apoyo Hipólito Unánue de Tacna. 2011-2015

Material y método: Estudio observacional, de corte transversal retrospectivo

Resultados: De los 209 casos el mayor número de casos diagnosticados fue de vaginitis (60.28%), le sigue en orden de frecuencia descendente el diagnóstico de patología vulvar (23.94%). La menor frecuencia de diagnósticos fue de vaginosis con un 15.78%. De los 209 casos, la mayor frecuencia de pacientes se encuentra en el rango de 30-39 años, proceden de la ciudad de Tacna el 99% y el 97.6% de las pacientes proviene del área urbana. Son mujeres solteras el 44.5% de los casos diagnosticados, y presentan un nivel de instrucción secundaria el 68.9% de ellas. Según tiempo de los 209 casos de vaginitis, vaginosis y de patología vulvar la frecuencia mayor fue de 28.7% en el año 2012. El 91.4% de las ellas no requirieron ser hospitalizadas. De los 209 casos de las pacientes, el 91.4% de las ellas recibió tratamiento médico. El 78% de las pacientes con patología vulvar no presentaron trastornos epiteliales de vulva, el 84% de las pacientes con patología vulvar no presentaron alguna neoplasia benigna, el 94% de las pacientes con patología vulvar no presentaron alguna neoplasia premaligna o maligna, el 86% de ellas no presentaron trastornos de pigmentación de vulva el 94 % de las pacientes no presentaron pseudotumores de vulva.

Conclusiones: De los 209 casos el mayor número de casos diagnosticados fue de vaginitis (60.28%), le sigue en orden de frecuencia descendente el diagnóstico de patología vulvar (23.94%). De los 209 casos, la mayor frecuencia de pacientes se encuentra en el rango de 30-39 años, la mayoría de ellas proviene de la ciudad de Tacna y de la zona urbana, la

mayor frecuencia de casos fue de 28.7% en el año 2012. La mayoría de las pacientes no requirieron ser hospitalizadas (91.4%)

Palabras clave: Vaginitis, vaginosis, vulva

ABSTRACT

Objective: To determine the frequency and clinical epidemiological characteristics of vaginitis, vaginosis and vulvar pathology in patients treated at the gynecology clinic of the support hospital Hipólito Unánue of Tacna. 2011-2015

Material and method: Observational, retrospective cross-sectional study

Results: Results: Of the 209 cases, the highest number of cases diagnosed was vaginitis (60.28%), followed by a descending frequency of vulvar disease (23.94%). The lowest frequency of diagnosis was vaginosis with 15.78%. Of the 209 cases, the highest frequency of patients is in the range of 30-39 years, come from the city of Tacna 99% and 97.6% of patients come from the urban area. Single women are 44.5% of the diagnosed cases, and have a secondary level of education, 68.9% of them. According to time of the 209 cases of vaginitis, vaginosis and vulvar pathology, the highest frequency was 28.7% in 2012. 91.4% of them did not require hospitalization. Of the 209 patients, 91.4% of the patients received medical treatment. 78% of patients with vulvar disease had no vulvar epithelial disorders; 84% of patients with vulvar disease had no benign neoplasia; 94% of patients with vulvar disease had no premalignant or malignant neoplasia. % Of them did not present vulvine pigmentation disorders and 94% of the patients did not present vulvar pseudotumors.

Conclusions: Of the 209 cases, the highest number of cases diagnosed was vaginitis (60.28%), followed by a diagnosis of vulvar disease (23.94%). Of the 209 cases, the highest frequency of patients is in the range of 30-39 years, most of them come from the city of Tacna and the urban area, the highest frequency of cases was 28.7% in 2012 Most of the patients did not require hospitalization (91.4%).

Key words: Vaginitis, vaginosis, vulva.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	9
CAPITULO 1	12
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	12
1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA.....	14
1.3 Objetivos de la Investigación	14
1.3.1 Objetivo General	14
1.3.2 Objetivos específicos	15
1.4 Justificación.....	15
CAPITULO 2.....	17
REVISIÓN DE LA LITERATURA	17
2.1 Antecedentes de la investigación.....	17
2.2 Marco teórico.....	28
2.2.1. VULVA.....	28
2.2.2. PATOLOGÍA VULVAR	33
2.2.3 VAGINITIS Y VAGINOSIS	40
2.2.4 DEFINICION DE TERMINOS	42
CAPITULO 3.....	44
HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	44
3.1 Hipótesis	44
3.2 Operacionalización de las variables	44
CAPITULO 4.....	47
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	47
4.1 Diseño	47
4.2 Población y muestra.	47
4.3 Instrumentos de Recolección de datos. (Ver anexos).....	48
CAPITULO 5.....	49
PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS.....	49
DISCUSION	67
CONCLUSIONES	70

RECOMENDACIONES	71
BIBLIOGRAFÍA.....	72
ANEXOS TABLAS	¡Error! Marcador no definido.
ANEXOS.....	¡Error! Marcador no definido.

INTRODUCCIÓN

La sociedad internacional para el estudio de la Enfermedades de la vulva, ISSVD, ha clasificado las lesiones epiteliales benignas de la vulva en dos grandes grupos las lesiones no neoplásicas y las lesiones neoplásicas. Esta clasificación ha sido aceptada por la SEGO y por la OMS(1)

En julio de 2015, el comité de terminología de la ISSVD propuso alguna modificación a la clasificación de la OMS del 2014. Según esta última revisión la lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LSIL) no debe ser considerada propiamente lesión precursora, sino, una reacción cutánea secundaria a la infección por el VPH sin potencial oncogénico. El efecto de la infección por VPH en la vulva no es biológicamente equivalente al producido en cérvix o ano ya que la vulva está constituida por epitelio queratinizado y carece de zona de transformación, por lo que la LSIL (VIN1) no debe considerarse o tratarse como una lesión potencialmente neoplásica.

La actual Clasificación de neoplasia vulvar intraepitelial ISSVD 2015 es: Lesión intraepitelial escamosa de alto grado: H-SIL (VIN tipo común) y Neoplasia intraepitelial vulvar tipo diferenciado: VIN tipo diferenciado(2)

Las características anátomo-funcionales de la vulva condicionan una frecuente y variada patología. A pesar de que se solapan en ella patologías ginecológicas y dermatológicas, la atención prestada a este órgano tanto por ginecólogos como por dermatólogos ha sido en general deficiente(3).

En las últimas décadas, los tumores vulvovaginales han tenido un avance significativo en cuanto a su diagnóstico y tratamiento, dado por las aportaciones de la biología celular y molecular. Las lesiones de vulva son de baja prevalencia (4), sin embargo no existe evidencia de ello con trabajos de experiencia local .

Su complejidad, junto a las características morfológicas y funcionales de la misma (conjunción de sistemas urinario, genital y gastrointestinal en un área mucocutánea), condicionan una múltiple y variada patología precisa un enfoque multidisciplinar con la colaboración de varias especialidades como Ginecología, Urología, Patología y Dermatología (5) y la realización de trabajos como el presente que permitan tener una base diagnóstica de estos aspectos. Es conocido que las enfermedades vulvares son un motivo frecuente de consulta en el momento actual, por una parte los miedos y tabúes socioculturales de algunas mujeres, que tienden a ocultar o no consultar por sus síntomas, y por otro la falta de experiencia en la identificación de esta patología por algunos profesionales, y la «incomodidad» de la zona a explorar, ha conducido a la demora diagnóstica y terapéutica en muchas ocasiones (6).

La vaginosis bacteriana (VB) ha sido subestimada por muchos años como enfermedad, pero a partir de la década de los 80 del siglo XX se asoció con muchas enfermedades obstétricas y ginecológicas, y en la actualidad ha cobrado una importancia extraordinaria. Al ser una enfermedad polibacteriana, donde sus agentes etiológicos no están bien establecidos aún, el enfoque de su estudio debe ser diferente al de aquellas enfermedades con un agente causal único y conocido (7)

Esta patología afecta a muchas mujeres en todo el mundo; la mayor prevalencia se observa en países subdesarrollados y en poblaciones con factores de riesgo como la promiscuidad

El diagnóstico de la vaginosis bacteriana ha sido un tema controversial. Aunque existen algunos métodos diagnósticos clínicos y microbiológicos, todavía no se cuenta con un método potente para el diagnóstico eficaz de la vaginosis bacteriana (8)

El presente estudio realizó una investigación de base epidemiológica y sociodemográfica de la frecuencia de las principales patologías vulvovaginales dado el sentido específico de abordaje ya presente en las diferentes publicaciones a nivel internacional.

La investigación se realizó en los servicios del Hospital de Apoyo Hipólito Unánue de Tacna y así cubrir una brecha que permita la realización de futuras investigaciones en este campo.

CAPITULO 1

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del Problema

Actualmente la vulvología está emergiendo como un área reconocida y cada vez más estudiada (9). Los ginecólogos en su ejercicio profesional cotidiano, se enfrentan a una gran cantidad de patologías, que gracias a las nuevas investigaciones, se pueden comprender y tratar cada vez con mayor efectividad. Entre las posibles patologías a las que nos podemos enfrentar, se encuentran las que afectan a la vulva. Sin embargo, la vulva sigue siendo el órgano olvidado.

La Sociedad Internacional para el Estudio de las Enfermedades vulvovaginales nombraron un comité con miembros de programas multinacionales de los campos de la dermatología, ginecología, y la patología y encargados de la comisión de formular una terminología basada clínicamente para clasificar los trastornos dermatológicos vulvares. El comité llevó a cabo su labor a través de múltiples rondas de e-mails que se extendieron durante casi 2 del año. El comité fue capaz de formular un informe de consenso que contiene terminología, clasificación, y un enfoque paso a paso para el diagnóstico clínico de los trastornos vulvares. Este informe fue presentado y aprobado por la Sociedad Internacional para el Estudio de las Enfermedades vulvovaginal en el Congreso

Internacional XXI, celebrada en París, Francia, el 3 de septiembre del 2011. Los autores creen que el enfoque de la terminología y clasificación, así como diagnóstico clínico contenido en este trabajo permite a los médicos hacer diagnósticos muy precisos de los trastornos dermatológicos vulvares en el ámbito clínico. Esto, a su vez reduciría la necesidad de referencias y mejoraría la atención a las mujeres con la mayoría de los trastornos vulvares (10)

Los factores de riesgo son múltiples asociados a las diferentes patologías de vulva, desde los factores conductuales hasta los factores de exposición.

Las infecciones vaginales son causa frecuente de consulta en la práctica ginecológica diaria. Los síntomas incluyen flujo vaginal patológico, prurito vulvar y olor vaginal (11)

En la práctica clínica, las infecciones vaginales se diagnostican de acuerdo a la sintomatología y las características del flujo vaginal y en la mayoría de las veces se inician un tratamiento empírico. Sin embargo, es importante diagnosticar y tratar oportunamente estas entidades pues a pesar de ser benignas pueden dar lugar a complicaciones graves; como es el caso de la vaginosis bacteriana, últimamente asociada con el parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, enfermedad inflamatoria pélvica entre otros (11). Por ello es importante conocer su frecuencia y la asociación que existe entre ella y las características sociodemográficas.

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

- a. ¿Cuál es la frecuencia según características sociodemográficas de la patología vulvar, vaginitis y vaginosis en las mujeres atendidas en el servicio de ginecología del hospital de apoyo Hipólito Unánue de Tacna. 2011-2015?
- b. ¿Cuál es la frecuencia por años y la tendencia de vaginitis, vaginosis y patología vulvar en mujeres atendidas en el servicio de ginecología del hospital de apoyo Hipólito Unánue de Tacna. 2011-2015?
- c. ¿Cuál es la frecuencia de las principales patologías de vulva (trastornos epiteliales no neoplásicos, neoplasias benignas, neoplasias premalignas y malignas; trastornos de pigmentación y pseudotumores de vulva) en mujeres atendidas en el servicio de ginecología del hospital de apoyo Hipólito Unánue de Tacna. 2011-2015?
- d. ¿Cuál es la frecuencia de estancia hospitalaria, tratamiento y evolución de la vaginitis, vaginosis y patología vulvar en las mujeres atendidas en el servicio de ginecología del hospital de apoyo Hipólito Unánue de Tacna. 2011-2015?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General

Determinar la frecuencia y caracteres clínico epidemiológico de vaginitis, vaginosis, y de la patología vulvar en mujeres atendidas en el servicio de ginecología del hospital de apoyo Hipólito Unánue de Tacna. 2011-2015

1.3.2 Objetivos específicos

- a. Identificar la frecuencia según características sociodemográficas de la patología vulvar, vaginitis y vaginosis en las mujeres atendidas en el servicio de ginecología del hospital de apoyo Hipólito Unánue de Tacna. 2011-2015.
- b. Determinar la frecuencia por años y la tendencia de vaginitis, vaginosis y patología vulvar en mujeres atendidas en el servicio de ginecología del hospital de apoyo Hipólito Unánue de Tacna. 2011-2015.
- c. Identificar la frecuencia de las principales patologías de vulva (trastornos epiteliales no neoplásicos, neoplasias benignas, neoplasias premalignas y malignas; trastornos de pigmentación y pseudotumores de vulva) en mujeres atendidas en el servicio de ginecología del hospital de apoyo Hipólito Unánue de Tacna. 2011-2015.
- d. Caracterizar según estancia hospitalaria, tratamiento y evolución de la vaginitis, vaginosis y patología vulvar en las mujeres atendidas en el servicio de ginecología del hospital de apoyo Hipólito Unánue de Tacna. 2011-2015

1.4 Justificación

La patología de vulva y vaginal es un problema que ha recibido poca atención en la literatura y su frecuencia e importancia es subestimada. Es de nuestro interés describir la prevalencia de las enfermedades de la vulva y vagina por la principal razón de que la atención en dicha región ha sido desestimada en la mayoría de estudios a nivel nacional y no existiendo ninguno a nivel local,

dado incluso, ya hace buen tiempo, un nivel de importancia preponderante en investigaciones internacionales. El reto, primario quizás este en diferenciar las variantes benignas de las pre malignas y las malignas, por lo cual todas requerían para su adecuada evaluación un estudio histopatológico. Esas condiciones no se dan en nuestro medio, pero si podemos tener una observación basal clínica, que permita tener un estudio basal para realizar estudios posteriores más específicos con mayor grado de especificidad. Sin una observación basal, esta tarea sería muy difícil.

El presente estudio pretende iniciar este proceso de atención por una zona anatómica que no es lo suficientemente atendida y que aún desconocemos cual es el verdadero comportamiento de sus características (sociodemográficas, clínicas, evolutivas) en nuestra región.

CAPITULO 2

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Antecedentes de la investigación

A nivel Regional

No existen trabajos publicados al respecto.

A Nivel Nacional:

Estudios en Perú, ya desde el año 1995, se tienen reportes de investigaciones respecto a región vulvar.

Específicamente en la ciudad de Arequipa, en el Hospital Honorio Delgado se reporta un estudio de patología específica identificada a nivel vulvar. Jarufe, Fernando identifica la frecuencia de la infección vulvar por Papiloma Virus Humano (HPV) y refiere la patología más prevalente de genitales externos. Concita interés su asociación con la colonización del resto del tracto genital inferior (TGI) femenino por dicho virus y su relación con las neoplasias de vulva, vagina y cérvix. La muestra estuvo compuesta por 316 mujeres, a todas las pacientes de su estudio se practicó examen vulvar a simple vista, vulvoscopía simple y ampliada y biopsia dirigida de toda lesión sospechosa. En 86 casos (27.22%) se diagnosticó algún tipo de patología vulvar; siendo la más prevalente la infección por HPV, presente en 68.6% de vulvopatías. Diez casos correspondieron a VIN. El HPV fue más frecuente en mujeres con

vida sexual activa. Un 52.54% de infecciones por HPV fueron subclínicas y puestas en evidencia solo a través de la biopsia dirigida de lesiones observadas por vulvoscopía. El empedrado fue la imagen colposcópica más frecuente en infección vulvar por HPV (45.76%), seguido de condilomas (42.37%). La horquilla y la cara interna de labios menores fueron las localizaciones más afectadas. La infección vulvar se asoció a la de cérvix o vagina en cerca del 20% de casos; algún grado de neoplasia cervical se observó en 45% de pacientes con infección vulvar por HPV. El empleo de anticonceptivos orales, el DIU y la salpingotomía bilateral mostraron ser factores de riesgo relacionados con la presencia de HPV vulvar. En cambio, no se estableció relación con la conducta sexual de las pacientes. Debe efectuarse el estudio sistemático de la vulva en toda paciente con riesgo de padecer infección genital por HPV para el tratamiento y/o seguimiento correspondiente (12)

La Donovanosis es una enfermedad de transmisión sexual cuya única forma de diagnóstico se basa esencialmente en la evidencia de los cuerpos de Donovan en el frontis y/o biopsia de 3009 biopsias realizadas en el servicio de dermatología del Hospital Nacional "Dos de Mayo" en Lima-Perú, de 1991 a 1996, 60 muestras fueron positivas a la coloración de Leishman y H-E; el 73 % correspondieron a varones y 27% mujeres; 52% de los pacientes tenían entre 21 y 30 años de edad. El tiempo de enfermedad se ubicó entre 6 a 11 meses en 44% y la localización más frecuente fue la región perianal en 61%. En la práctica clínica, las infecciones vaginales se diagnostican de acuerdo a la sintomatología y las características del flujo vaginal y en la mayoría de las veces se inician un tratamiento empírico. Sin embargo, es importante diagnosticar los casos. Se reporta también

el hallazgo de lesiones en vulva en una puérpera y la transformación a cáncer espino celular en un paciente homosexual (14).

Arica, Dionicio y colaboradores determinan las características clínicas del melanoma maligno vulvar en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Estudio observacional longitudinal, que adjunta investigación adicional a la publicada hasta entonces de patología solo infecciosa. Se recolectó información de los casos de melanoma vulvar diagnosticados en el INEN, Lima-Perú, entre 1955 y 2004. A partir de los registros estadísticos se identificó las historias clínicas de las pacientes con el diagnóstico de melanoma vulvar, procediéndose luego a la recolección de datos. Se registraron 60 casos de melanoma vulvar. Se observa una tendencia creciente del número de casos diagnosticados por quinquenio. El promedio de edad fue 56.8 años, mientras que la mediana del tiempo promedio de enfermedad fue 6 meses. El lugar más frecuente de aparición de la lesión fue el lado izquierdo (30%), seguido de la región clitoriana (26.7%). La molestia más frecuentemente referida fue la presencia de una tumoración (91.7%), seguida de prurito (68.3%). La mediana del área del tumor fue 12cm². El 53.3% presentó compromiso de los ganglios inguinales derecho e izquierdo y el 31.7% no presentó compromiso ganglionar inguinal. El 46.7% presentó metástasis, siendo el compromiso pulmonar el más frecuente (10% del total de casos). El tratamiento recibido fue principalmente del tipo solo quirúrgico radical (50%). Conclusiones: El melanoma vulvar es una neoplasia con una tendencia creciente en su diagnóstico, las pacientes buscan atención médica con cuadros bastante avanzados y la supervivencia a cinco años es tan solo del 9.9%(15).

No existen estudios más recientes publicados que permitan identificar algunas otras características a nivel nacional de patología vulvar específica.

Medina, Rechkemmer y Garcia, en 1998 en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, hicieron un estudio para determinar la prevalencia de vaginitis y vaginosis bacteriana en pacientes con flujo vaginal y su asociación con características clínicas y de laboratorio. El estudio realizado fue transversal. Se estudiaron 370 pacientes entre los 15 a 45 años de edad, con/sin gestación que acudieron al Servicio de Ginecología del HAL, por flujo vaginal anormal, que aceptaron voluntariamente participar en la investigación que acudieron a la consulta ginecológica; a todas las pacientes se les tomó muestras de flujo vaginal para la medición del pH, del test de amina y la identificación microscópica de “células clave”, *Trichomonas vaginalis*, levaduras e hifas. El resultado fue la prevalencia de infección vaginal en un 42.2%; siendo la vaginosis bacteriana la infección más frecuente (23.24%), seguido de candidiasis vaginal (16.2%) y tricomoniasis vaginal (7.8%). Vaginosis bacteriana estuvo asociada a mal olor postcoital, ausencia de signos inflamatorios en vagina, flujo vaginal blanquecino, lechoso, homogéneo y fétido. La candidiasis vaginal estuvo asociada a prurito, ardor vulvovaginal, eritema vulvar y vaginal, flujo vaginal amarillento, grumoso sin olor, test de amina negativo. La tricomoniasis vaginal estuvo asociada a eritema vaginal, flujo vaginal amarillo verdoso, espumoso, homogéneo y fétido y test de amina positivo.

Conclusión: Un diagnóstico correcto y oportuno de las infecciones vaginales no debe basarse sólo en las características clínicas sino en la confirmación con métodos sencillos de laboratorio (15)

Méndez, Calderón, Soria, Yui y Apaza en 1998 en el Centro de Salud "Quilmaná" del distrito de Quilmaná, Cañete realizaron un estudio para evaluar la prevalencia de vaginosis bacteriana en una población predominantemente rural. Estudio prospectivo, transversal y analítico. Se tomó muestras vaginales de 100 pacientes mujeres entre los 15 y 44 que acudieron por presentar flujo vaginal, procediéndose al análisis microbiológico y aplicación de los criterios de Amsel. Resultados: Se encontró vaginosis bacteriana en 33% de pacientes que cumplían por lo menos 3 de los 4 criterios de Amsel para el diagnóstico respectivo; candidiasis en 15%, tricomoniasis en 4% y mixto en 5%. Conclusiones: La vaginosis bacteriana es el tipo de infección vaginal más común entre las mujeres en edad reproductiva en el distrito de Quilmaná–Cañete, representando cuando menos un tercio de tales infecciones. En la práctica ambulatoria es factible realizar el diagnóstico en forma sencilla aplicando sólo dos de los criterios de Amsel, como la prueba de aminas más el pH de secreción vaginal. (16)

A Nivel Internacional:

Rivas (17) en su artículo publicado en el año 2010 expone el caso de una paciente de la Clínica de Maternidad Rafael Calvo de Cartagena (Colombia) que tuvo un quiste gigante de la glándula de Bartolino, el cual alcanzó un diámetro de 10 cm. La paciente presentó algunas dificultades diagnósticas y terapéuticas por lo que fue necesaria la escisión de la glándula y la posterior reconstrucción de la vulva. El diagnóstico definitivo fue establecido por anatomía patológica. El caso se presenta con el objetivo de realizar una revisión de la literatura respecto al tratamiento. Conclusiones: La

urgencia en el tratamiento depende de los síntomas de la paciente. Un quiste asintomático podría no requerir tratamiento. Sin embargo, la no mejoría dentro de las primeras 72 horas o la evolución hacia una forma de absceso requerirá un tratamiento quirúrgico de emergencia. Se ha descrito una amplia variedad de tratamientos que incluyen una serie de procedimientos quirúrgicos tales como: 1) incisión simple y drenaje, 2) fistulización o marsupialización, 3) colocación de un catéter de Word, 4) escleroterapia con alcohol, 5) aplicación de nitrato de plata y 6) ablación del quiste utilizando dióxido de carbono (CO₂) con láser.

Orellana (19) en su trabajo realizado entre 1999 y 2005, refiere que ingresaron 12 pacientes al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Santiago de Chile con el diagnóstico de neoplasia intraepitelial de la vulva. La edad promedio fue 50 años, con rango de 26 a 74 años. El diagnóstico se hizo mediante biopsia dirigida por vulvoscopia. Se efectuó vulvectomy tegumentaria a 9 pacientes según técnica que se describe. 54,5% de las pacientes presentaba lesiones vulvares múltiples y 45,5% presentó una lesión al examen. En la biopsia, 63% de las lesiones presentaban signos sugerentes de infección por virus papiloma humano. 55,5% de las pacientes tratadas no presentó nuevas lesiones y 33% tuvo una o más recurrencias, 11% no asistió a control, no hubo complicaciones quirúrgicas ni mortalidad. Conclusiones: La vulvectomy cutánea constituye una técnica útil en el tratamiento de la neoplasia intraepitelial vulvar especialmente en las lesiones multifocales y extensas, ofreciendo la posibilidad de diagnosticar una lesión invasora oculta o incipiente. La principal y más frecuente complicación es la dehiscencia de la sutura la que es manejada con antibióticos, curaciones y resutura con éxito

Ferra Torres (21) en 2011 en Cuba hace un estudio de revisión acerca de la infección por papiloma virus humano. La infección por papiloma virus humano es la infección de transmisión sexual más frecuente. Se expresa en forma clínica, subclínica y latente. Se conocen más de 120 genotipos. Se han aislado más de 40 en el tracto genital inferior. Se encuentran en el 99,7% de los cánceres cervicouterino. Se clasifican según su capacidad oncogénica, de bajo y alto riesgo; los 6 y 11 son de bajo riesgo y causan el 90 % de los condilomas acuminados; estos últimos son un indicador para las infecciones por virus de alto riesgo. La vía de transmisión es generalmente sexual. La persistencia del virus es el factor más importante para desarrollar lesiones displásicas, cáncer cervicouterino, de vulva y otras malignidades. El tratamiento persigue eliminar la lesión clínicamente visible, pero no reduce el riesgo de transmisión, ni de transformación a malignidad. Se ha reportado la aplicación de dos tipos de vacunas. Conclusiones: el conocimiento acerca de la infección por papiloma virus humano ha evolucionado considerablemente en los últimos años. Su infección persistente es la causa del cáncer cervicouterino, y está fuertemente implicada en otras malignidades.

Pereda(22) en el año 2012 en Madrid(España) en un caso clínico , refiere que a pesar de que el cáncer de vulva se ha considerado tradicionalmente como una enfermedad poco frecuente y de presentación en edades avanzadas, la realidad actual nos muestra una incidencia creciente en mujeres entre la tercera y quinta décadas de la vida, probablemente debido a la adquisición de nuevos hábitos higiénico-dietético-sociales y como consecuencia

de una mejoría del conocimiento médico y realización de pruebas complementarias cada vez más específicas que permiten un diagnóstico más temprano. En conclusión el diagnóstico precoz es el que marcará el devenir y el mejor pronóstico de esta enfermedad en nuestras pacientes, por lo que debemos ser minuciosos en la valoración clínica de esta región anatómica, en la evaluación de los síntomas referidos por las pacientes, así como en el estudio macroscópico y colposcópico de la presencia o no de lesiones asociadas en la zona.

Alasino(23) en el período de 2002 a 2010 en el Hospital Dr. Luis Lagomaggiore, de Mendoza(República Argentina). Realizó un estudio retrospectivo, observacional y analítico de pacientes que concurrieron por derivación al consultorio de Patología Vulvar. De un total de 637 consultas por derivación en el consultorio de patología vulvar, el 9,1% correspondió a tumores malignos. De éstos, el 76,78% fueron carcinoma espinocelular y el 23,22%, carcinoma no espinocelular. Del total de estos últimos, ocuparon en orden de frecuencia decreciente: tumores secundarios de otros órganos, enfermedad de Paget extramamaria, melanoma, adenocarcinoma de la glándula de Bartolino y sarcoma. El motivo de consulta más frecuente fue dolor, y la forma clínica de presentación fue lesión exofítica única. Conclusiones. Destacamos la alta incidencia de tumores vulvares no espinocelulares en nuestro medio: representa el 23,2% de las neoplasias vulvares, en comparación con la literatura, que es del 10%.

Camega(25) en su estudio publica información sobre la incidencia de verrugas genitales en los adolescentes y adultos jóvenes. La

población de estudio incluyó personas de 11 a 29 años de edad, del Norte de California de Kaiser, el estudio se realizó desde el año 2000 al 2005, antes de la disponibilidad de la vacuna contra el VPH. Se calcularon las tasas de incidencia por sexo y por edad de las verrugas genitales, describiendo la localización anatómica específica de presentación, así como la recurrencia de las verrugas genitales. Se identificaron 1.682 casos de verrugas genitales entre los 181.264 individuos. La tasa de incidencia fue mayor entre las mujeres (6,3 / 1.000 personas-año) y los hombres (2,9 / 1.000 personas-año) de 20 a 24 años de edad. Entre las mujeres (n = 96.792), 63,4% de los casos de verrugas genitales 1.240 incidentes ocurrió en la vulva y el 21,1% en el cuello uterino. Entre los hombres (n = 84.472), 91,6% de los casos de verrugas genitales, 442 incidentes no tenía una localización anatómica específica registrada. La mayoría de las personas con un diagnóstico de verrugas genitales incidente (87,2%) no tenían una recurrencia durante el período de observación. El estudio encontró que la incidencia de verrugas genitales fue mayor entre las personas de 20 a 24 años. La información sobre la incidencia de las verrugas genitales antes de usar la vacuna proporciona datos de referencia que pueden ser utilizados para medir el impacto de la vacuna contra el VPH.

Durán(26) en 1994 , realiza un estudio para identificar la frecuencia de la patología vulvar en pacientes post-menopáusicas, sintomáticas o no, que consultaron al Hospital Militar Central de Colombia. Evalúa la sensibilidad y especificidad del test de Collins. Determina la correlación clínico diagnóstico-patológico de la vulva. El grupo de estudio fue de 73 pacientes remitidos a "Clínica de Vulva" a las cuales se les practicó Test de Collins y Biopsia dirigida,

enviando este material a análisis histopatológico. La edad de las pacientes osciló entre 45 y 73 años. El síntoma predominante fue prurito (50.5); asintomáticas (23 %) y otros (26.5 %). Las lesiones encontradas clasificadas como levantadas y no levantadas (69.86 %), y sin lesión 9.5 %. El diagnóstico histopatológico fue: lesiones Malignas (2.7 %) discriminadas así: Carcinoma escamocelular infiltrante e In Situ, las lesiones no neoplásicas:(97.3 %): Liquen escleroso (1.4 %) Hiperplasia de células escamosas (2.7%) y otras dermatosis (93.2 %). De éstas: Eccema, Liquenificación, Liquen simple, Condiloma.

Conclusiones: La patología maligna de la vulva es poco frecuente. Dentro de los trastornos no neoplásicos encontramos varios que deben ser de conocimiento para el Ginecólogo con miras a un tratamiento específico. El Test de Collins es útil para el diagnóstico de patología maligna vulvar no así para trastornos no neoplásicos.[Este test ya ha sido desestimado en la actualidad]

Niamh(27) afirma que la enfermedad inflamatoria vulvar es un área difícil. En su estudio realizado en el año 2009, reviso 31 biopsias vulvares de 23 pacientes con seguimiento clínico. Ideo 2 sistemas de puntuación para determinar si estos podrían ayudar a distinguir entre el liquen escleroso (LS) y liquen plano (LP). La mayoría de los casos de LS tenían esclerosis cutánea característica. El eccema fue la tercera dermatosis más frecuente en el estudio y tenía características que también se podría observar en LS, como acantosis, colágeno anormal, y los vasos sanguíneos ectásicos. Sin embargo, no se observó esclerosis dérmica. Se observó pérdida de las fibras de elastina dérmica en ambos LS y LP y por lo tanto no ayudó en la discriminación entre las 2 condiciones. Hubo una pequeña proporción de pacientes que no encajaba en ninguna

categoría. Afirma que era importante no etiquetar los pacientes que tienen una enfermedad a menos que se observe características clínicas. Puede que sea mejor llamarle no específica en lugar de ser puesto en la categoría de alguna enfermedad.

Galindo(28) describe la prevalencia de las enfermedades de la vulva según grupos etáricos, pronóstico y etiología en pacientes que han sido estudiadas con biopsia de piel en la Clínica Universitaria Colombia entre 2009 y 2013, teniendo en cuenta el diagnóstico histológico. Materiales y métodos: Estudio descriptivo de corte transversal. Se analizaron todos los datos de biopsias del área de la vulva del laboratorio de patología de la Clínica Universitaria Colombia entre 2009 y 2013. Se encontró un total de 1297 pacientes en 5 años, con intervalo de 6-86 años. La mayoría de las biopsias correspondían a edad fértil (75.1%), seguido de postmenopáusicas (24.7%) y por último pre-púber (0.2%). En primer lugar se encontró la patología benigna con 93.5%, seguido de maligna 1.6% y pre maligna 1.1%, fueron no determinables el 3.8%. En cuanto a la etiología se encontró que 52.7% correspondía a etiología infecciosa, 21.8% a tumoral y 19.4% a inflamatoria, 6.1% fue no determinable. La morbilidad general de los diagnósticos más representativos en orden descendente fueron condiloma (39.6%), cambios reactivos a VPH (13.4%), liquen escleroso (5.1%), el acrocordón (4.9%) y el molusco contagioso (3.7%) y queratosis seborreica (2.9%). De las 891 biopsias con información clínica disponible para este análisis, se enviaron con diagnóstico de VPH vulvar el 52.1%, seguida de las biopsias enviadas sin diagnóstico 13.4%, prurito 6.7%, liquen escleroso 1.5%. y 1.4% con sospecha de malignidad. Refieren que este estudio es el primero en describir la morbilidad histopatológica de vulva discriminada por edad,

etiología y pronóstico durante un periodo de 5 años a nivel mundial y en Colombia de acuerdo a la revisión realizada por los autores. La mayor frecuencia se encontró en las enfermedades benignas e infecciosas. Es necesario estandarizar los diagnósticos clínicos e histopatológicos de acuerdo a la terminología propuesta.

2.2 Marco teórico

2.2.1. VULVA

La vulva o genitales externos es la porción de los genitales externos que se extiende por delante del himen e incluye el monte pubiano, por detrás llega al ano y lateralmente a ambos surcos inguinales. Por lo tanto, está formada por el monte de Venus o pubiano, los labios mayores, los labios menores, el prepucio, el frenillo, el clítoris, el vestíbulo, el meato uretral, las glándulas de Bartolino y Skene, el himen y el introito vaginal(27)

El Monte de Venus es un almohadilla triangular de grasa, sobre los huesos púbicos, en el que finalizan estructuras fibroelásticas de los Labios Mayores y del ligamento suspensorio del Clítoris. Está cubierto por piel, sobre la que aparece vello durante la pubertad.(28)

Los labios mayores son prominencias, fibroadiposas, que circundan lateralmente a los menores, separados de ellos por el surco interlabial. Los mayores están separados del muslo por el surco genitocrural. Su extremo anterior finaliza en el monte

de venus y el posterior en la comisura posterior de los labios mayores. En el espesor de los labios mayores terminan los ligamentos redondos del útero. Están recubiertos de piel con vello, en la que hay glándulas sebáceas y sudoríparas (28)

Los labios menores, o ninfas, son dos pliegues fibrosos recubiertos de piel, que en la parte superior se dividen, a su vez, en dos repliegues, el anterior forma con el del lado contrario el capuchón del clítoris, y el posterior, al unirse al del otro lado, forma el frenillo del clítoris. En su parte inferior se unen para formar la comisura posterior de los labios menores u horquilla, que delimita con la comisura posterior de los labios mayores, la fosa navicular. Circundan lateralmente al vestíbulo, no tienen folículos pilosos, pero si glándulas sebáceas y sudoríparas. (28)

El Clítoris es un órgano de 2 a 3 centímetros de longitud formado dos pilares y dos cuerpos cavernosos, situado en la línea media.

El área limitada lateralmente por los labios menores, anteriormente por el clítoris, posteriormente por la comisura posterior, e internamente por la membrana himeneal, se llama vestíbulo, o introito de la vagina, y también forma parte de la región vulvar. En el vestíbulo desembocan el meato uretral, glándulas de Skene , glándulas parauretrales, orificio himeneal, las glándulas de Bartholino o vestibulares mayores.

La zona comprendida entre la comisura posterior y el ano se denomina periné o zona perineal, y también debe ser incluida en la región vulvar para su estudio. (28)

La región vulvar está irrigada por ramas de la arteria pudenda, e inervada por los nervios pudendo, ilioinguinal, genito-femoral y cutáneo femoral.

Los órganos eréctiles son el clítoris, los bulbos vestibulares (cuerpos cavernosos de unos 3 centímetros, situados a nivel de la parte superior de los labios mayores pero en la profundidad, uno a cada lado) y también parte anterior de los labios menores. (28)

Las glándulas de Bartholino están situadas a nivel del tercio inferior de los labios menores y su conducto excretor se abre en el surco interlabio-himeneal. Su misión es lubricar vulva y vagina en la relación sexual. Las glándulas de Skene desembocan en el tercio distal de la uretra. Las parauretrales son depresiones del epitelio plano que recubre la zona. (28)

La irrigación sanguínea es provista de la arteria pudenda externa rama de la iliaca interna. El drenaje linfático de la vulva fluye hacia los ganglios linfáticos inguinales y femorales. Por lo tanto, el sitio más frecuente de metástasis de tumores malignos vulvares son los ganglios inguinales superficiales. Las estructuras mediales como el clítoris drenan a ambos lados de las cadenas inguinales. (29)

Los nervios iliohipogástricos, ilioinguinales y genitofemoral son los responsables de la inervación del monte de Venus y la parte anterior de los labios mayores. Las ramas perineales y la rama superficial del nervio perineal se encargan de la inervación de la parte posterior de los labios mayores. (29)

La vulva presenta numerosos cambios en la pubertad. El aumento del tamaño del monte pubiano y de los labios mayores se debe a un incremento del tejido graso y además hay un

crecimiento de los folículos pilosos. Esto declina en la menopausia. (29)

Al llegar la menopausia, debido a la disminución de los estrógenos, toda la región vulvar experimenta un proceso regresivo, disminuyendo de tamaño, por desaparición de grasa y adelgazamiento de la piel, que muestra importante grado de sequedad. El vello pubiano cada vez será más escaso a partir de la menopausia. (30)

2.2.1.1 Histología de la vulva:

Tanto los labios mayores como los menores tienen una epidermis similar a las de otras zonas del cuerpo aunque la diferencia se establece en que la capa cornea es más escasa, también posee dermis e hipodermis. La hipodermis es rica en folículos pilosos, glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas ecrinas y apocrinas y está mayoritariamente en el epitelio de labios mayores mientras que en los labios menores solo encontramos glándulas sebáceas (1)

Según la región está recubierto por diferentes epitelios, así, hay epitelio queratinizado escamoso en la mucosa vulvar. Los labios menores tienen epitelio no queratinizado con algunas glándulas sudoríparas pero sin folículos pilosos. Y el epitelio del vestíbulo ni esta pigmentado ni esta queratinizado y contiene glándulas ecrinas.(1)

- **Exploración**
 - Es importante destacar la exploración de la vulva en toda exploración ginecológica, no solo cuando se nos refiera sintomatología exclusivamente.

- **Anamnesis:**
 - Antecedentes de infecciones de transmisión sexual, de patología del tracto genital inferior, enfermedades generales, estados de inmunosupresión, hábitos higiénicos. (30)

- **Inspección:**
 - Debe ser el primer paso de nuestra exploración y utilizar a ser posible una lupa o un colposcopio de pequeño aumento para identificar mejor las lesiones.
 - A simple vista y con buena iluminación: Coloración, trofismo, lesiones macroscópicas, examen de piel y mucosa vulvar, examen de vagina y de la cérvix.(30)

- **Palpación:**
 - Se procede a palpación de labios mayores y menores para identificar lesiones palpables no visibles

- **Identificación:**
 - Al identificar una lesión habrá que describirla, medirla, localizarla y utilizar pruebas complementarias.

- **Pruebas complementarias:**
 - Ácido acético al 5%: Identifica lesiones en áreas de mucosa.

- Azul de toluidina o Test de Collins: Pigmenta los núcleos pero ha dejado de utilizarse dada su baja sensibilidad y especificidad.
- Citología vulvar por rascado
- BIOPSIA VULVAR: Se realiza por incisión cuando se toma una pequeña muestra o escisión cuando se extirpa la lesión integra.

Normalmente se realiza con un punch dermatológico. Debemos realizar una biopsia vulvar en los siguientes casos:

- Áreas con hiperplasia
- Presencia de vasos atípicos.
- Lesiones pigmentadas: Asimetría, bordes mal definido, color variable, diámetro mayor de 6 mm
- Lesiones ulceradas
- Lesiones sangrantes
- Infiltración de la base
- Lesiones extensas
- Lesiones de crecimiento rápido(1)

2.2.2. PATOLOGÍA VULVAR

GRUPOS DESORDENES DERMATOLÓGICOS VULVARES ISSVD 2011:

Algunas patologías polimorfas se ubican en varios grupos.

1. LESIONES COLOR PIEL

A. Pápulas y nódulos color piel

- Papilomatosis del vestíbulo y labio menor medial (hallazgo normal, no una enfermedad)
- Molusco contagioso
- Verrugas (Infección por VPH)
- Cicatrices
- VIN
- Acrocordón, pólipo fibroepitelial
- Nevus intradérmico
- Quiste mucinoso del vestíbulo y del labio menor medial (puede tener matiz amarillo).
- Quiste epidérmico (Sinónimo de quiste epidermoide o epitelial)
- Tumor glandular similar a mamario (hidradenoma papilífero)
- Quiste de glándula de Bartholin y tumor
- Siringoma
- Carcinoma basocelular.

B. Placas color piel

- Liquen simple crónico y otras enfermedades liquenificadas
- VIN

2. LESIONES ROJAS: Placas o parches

A. Enfermedades eczematosas y liquenificadas

- Dermatitis de contacto alérgica
- Dermatitis de contacto irritativa
- Dermatitis atópica (raro verla como presentación vulvar)
- Cambios eczematosas superimpuestas en otros desordenes vulvares

- Enfermedades clínicamente imitan enfermedad eczematosa (candidiasis, enfermedad de Hailey Hailey y enfermedad de Paget extramamaria)
- Liquen simple crónico (Liquenificación sin lesión de piel que la preceda)
- Liquenificación superimpuesta en un enfermedad pruriginosa precedente

B. Placas y parches rojos.

- Candidiasis
- Psoriasis
- VIN
- Liquen plano
- Vulvitis de células plasmáticas
- Infección de tejidos blandos bacteriana (celulitis y fascitis necrotizante)
- Enfermedad de Paget extramamaria

3. Lesiones rojas: Pápulas y nódulos

A. Pápulas rojas

- Foliculitis
- Verruga (Infección por VPH)
- Angioqueratoma
- Molusco Contagioso inflamado
- Hidradenitis supurativa (lesiones iniciales)
- Enfermedad de Hailey- Hailey

B. Nódulos rojos

- Forúnculos
- Verruga (infección por VPH)

- Prurigo nodulares
- Neoplasia intraepitelial vulvar
- Molusco Contagioso
- Carúncula uretral y prolapso
- Hidradenitis supurativa
- Adenoma glandular similar a mamario (hidradenoma papilífero)
- Quiste epidérmico inflamado
- Absceso del ducto de Bartholin
- Carcinoma escamo-celular
- Melanoma (tipo amelanótico)

4. Lesiones blancas

A. Pápulas y nódulos blancos

- Puntos de Fordyce (hallazgo normal, algunas veces matiz amarillo)
- Molusco Contagioso
- Verrugas
- Cicatriz
- VIN
- Carcinoma escamocelular
- Miliun
- Quiste epidérmico
- Enfermedad de Hailey-Hailey

B. Placas y parches blancos

- Vitíligo
- Liquen escleroso
- Hipopigmentación postinflamatoria
- Enfermedades liquenificadas
- Liquen plano

- VIN
- Carcinoma escamocelular

5. Lesiones pigmentadas oscuras (café, azul, gris o negro)

A. Parches oscuros

- Nevus melanocítico
- Melanosis vulvar (lentiginosis vulvar)
- Hiperpigmentación postinflamatoria
- Liquen plano
- Acantosis nigricans
- Melanoma in situ

B. Pápulas y nódulos oscuros

- Nevus melanocítico (incluye los que tengan atípicia clínica y/o histológica)
- Verrugas
- VIN
- Queratosis seborreica
- Angioqueratoma (angioma capilar, angioma cereza)
- Hidradenoma papilífero
- Melanoma

6. Ampollas

A. Vesículas y ampollas

- Infección por herpesvirus
- Eczema agudo
- Liquen escleroso ampoloso
- Linfagioma circunscrito (linfangiectasia)
- Desordenes ampollosos inmunes (penfigoide cicatricial, erupción fija a medicamentos, síndrome Stevens Johnson, pénfigo)

B. Pústulas

1. Candidiasis
2. Foliculitis

7. Erosiones y úlceras

A. Erosiones

- Excoriaciones
- Liquen plano erosivo
- Fisuras sobre tejido normal (idiopáticas)
- Fisuras en tejido anormal (candidiasis, liquen simple crónico, psoriasis, enfermedad de Crohn, etc)
- VIN variante erosionada
- Vesículas rotas, ampollas y pústulas (ver en grupo 6)
- Enfermedad de Paget extramamaria

B. Úlceras

- Excoriaciones (relacionadas con eczema o liquen simple crónico)
- Úlceras aftosas, úlceras de Lipschutz (ocurre como un proceso idiopático o secundario a otra enfermedad como Crohn, Bechet, infecciones virales)
- Enfermedad de Crohn
- Infección por herpesvirus (especialmente en inmunosuprimidos)
- Carcinoma escamocelular ulcerado
- Sífilis primaria (chancro)

8. Edema

A. Edema color piel

- Enfermedad de Crohn

- Anormalidad linfática idiopática (enfermedad congénita de Milroy)
- Obstrucción linfática postquirúrgica o posradiación
- Edema postinfeccioso (especialmente celulitis estafilo o estreptocócica)
- Edema postinflamatorio (especialmente hidradenitis supurativa)

B. Edema rojo o rosado

- Obstrucción venosa (embarazo o parto)
- Celulitis (primaria o superimpuesta en edema persistente)
- Quiste o absceso en glándula de Bartholin
- Enfermedad de Crohn
- Edema vulvar medio puede ocurrir con cualquier enfermedad inflamatoria de la vulva. (29)

Los síntomas de la vulva tales como prurito, ardor y dolor, pueden tener múltiples causas. A veces las mujeres con estos problemas, si alguna vez se convencen de ir al médico, atravesarán una larga serie de consultas con médicos diferentes, algunos de diferentes especialidades. Para ayudar a esta paciente, son en realidad el ginecólogo y el dermatólogo quienes tienen el deber de utilizar sus métodos diagnósticos sofisticados para ir hasta el fondo de las molestias de la región genital. Básicamente, debe hacerse siempre un examen colposcópico y vulvosscópico, ya que las revisiones armadas nos permiten notar aquellas lesiones sutiles que el ojo desnudo no logra descubrir. Ante la impresión de un proceso inflamatorio Vulvar, ayuda sobre todo la realización de citología, frotis, tinciones o incluso tomar muestras para cultivo (30)

2.2.3 VAGINITIS Y VAGINOSIS

La vaginosis bacteriana (VB) se define como una alteración de la flora vaginal, en la cual hay disminución de los lactobacilos y aumento de bacterias anaerobias y de otros microorganismos como la *Gardnerella vaginalis*, el *Mobiluncus* sp. o el *Mycoplasma* y se caracteriza por la presencia de secreción vaginal aumentada típicamente, de color blanco grisáceo, de mal olor, con ausencia de síntomas inflamatorios como eritema, edema o prurito.(31)

La VB puede ser asintomática en un alto porcentaje de pacientes y es la causa más frecuente de flujo vaginal a nivel mundial, con una prevalencia que varía en función de la población estudiada. De esta forma, por ejemplo, se ha reportado que en Estados Unidos el 29,2 % de mujeres presentan la enfermedad en tanto que en países como India, la entidad exhibe una frecuencia menor y cercana al 16 %, alcanzando el 23 % durante la gestación. En Colombia, la VB afecta al 9,0 % de las gestantes y es la responsable del 46 % de los casos de flujo vaginal anormal en pacientes con síntomas sugestivos de infección del tracto genital inferior. Con respecto al diagnóstico de la entidad, el patrón de oro es la coloración de Gram, aplicando el puntaje de Nugent. Se hace diagnóstico de VB cuando se encuentra un puntaje igual o superior a 7 sobre 10(32).

La vaginitis es un desorden ginecológico, caracterizado por la inflamación de la mucosa vaginal, asociada con flujo, eritema, mal olor, prurito y/o ardor. Aunque este cuadro es común, su frecuencia no está bien determinada debido a que en algunos casos, suele ser asintomático y en otros, por la práctica de la automedicación, las pacientes no son evaluadas en los centros de atención ginecológica.
(32)

La etiología de la vaginitis puede ser no infecciosa e infecciosa. La vaginitis de origen no infeccioso es favorecida por el descenso de los estrógenos, el tratamiento prolongado con antibióticos y corticoides, el uso de anticonceptivos hormonales, la exposición a radiaciones y el uso de sustancias y objetos irritantes. La inflamación de la vagina por la acción de agentes infecciosos es frecuente. En un alto porcentaje es causada por *Trichomonas vaginalis*, *Candida albicans* y secundariamente por *B. fragilis* enterotoxigénico en vaginitis infecciosa, bacterias causantes de la vaginosis bacteriana tales como: *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, por anaerobios como *Prevotella*, *Mobiluncus*, *Bacteroides* y *Peptoestreptococcus*.(32)

Respecto a vaginitis, en los últimos años se han descrito nuevas causas de infección vaginal como la vaginitis aeróbica (VA) y la microbiota intermedia (MI), cuya prevalencia es escasamente conocida ya que requieren el apoyo del laboratorio para su diagnóstico (33). Las infecciones vaginales son generalmente el resultado de alteraciones de la microbiota vaginal, donde la microbiota normal lactobacilar es sustituida por una proliferación de otras bacterias comensales. Aunque, con la excepción de la tricomoniasis las infecciones vaginales no se consideran ITS, actualmente se ha reconocido la importancia de los factores de riesgo de ITS y de algunas prácticas sexuales en su patogenia. Con menor frecuencia, las molestias vaginales pueden deberse a reacciones alérgicas o irritación causada por químicos presentes en compuestos utilizados en la higiene, lubricantes, látex, entre otros (34) La prevalencia de la infección vaginal varía en distintas poblaciones y su conocimiento de frecuencia general se enfoca en el presente estudio.

2.2.4 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- La vaginosis bacteriana (VB) es un desorden del ecosistema vaginal caracterizado por un cambio en la flora vaginal, desde el predominio normal de lactobacilos hacia uno dominado por organismos productores de enzimas tipo sialidasa, microorganismos que incluyen *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus* spp, *Prevotella bivia*, *Bacteroides* spp, *Peptostreptococcus* spp, *Ureaplasma urealyticum* y *Mycoplasma hominis* (36)
- La vaginitis es un proceso inflamatorio de la mucosa vaginal que por lo general suele acompañarse de un aumento en la secreción vaginal. Dicha inflamación es causada principalmente por la alteración del equilibrio de la flora vaginal que habitualmente está presente en la vagina y cuya función es la de regular el pH vaginal y con ello la presencia de bacterias y otros microorganismos en el epitelio vaginal. La etiología más frecuente de este tipo de inflamación es la infecciosa y los síntomas más frecuentes el aumento de la secreción o flujo vaginal intenso (leucorrea) y el prurito genital. (37)
- La vaginitis por *Trichomonas* causada por el parásito *Trichomonas vaginalis* se transmite a través de infección vaginal. Los síntomas más característicos son una secreción vaginal de aspecto verdoso o amarillento con un olor desagradable, comezón intensa, ardor, enrojecimiento de los genitales y dolor durante el coito. (37)
- La vaginitis por hongos, es llamada también candidiasis o moniliasis. La ocasiona el crecimiento excesivo de un hongo que normalmente está presente en la flora vaginal. La mayor parte de vaginitis por hongos son ocasionadas por la levadura *Candida albicans*, aunque

también otras levaduras, como *Candida glabrata*, pueden ser el origen de la infección. Los síntomas más frecuentes son secreción vaginal lechosa espesa o con grumos y comezón o ardor a veces muy intenso que suele aumentar en el premenstruo. También pueden presentarse dolor con el coito, molestias al orinar y lesiones vulvares de aspecto rojizo. (37)

- La vaginitis hormonal incluye la vaginitis atrófica usualmente encontrada en las mujeres postmenopáusicas o postparto. Algunas veces puede ocurrir en mujeres jóvenes antes de la pubertad. En estas situaciones el aporte de estrógenos a la vagina es pobre. (37)
- La vaginitis irritante puede ser causada por alergias a los condones, espermicidas, jabones, perfumes, duchas vaginales, lubricantes y al semen. También puede ser causada por abrasión, tejidos, tampones o medicamentos tópicos. (37)
- Vaginitis no infecciosa: Esta infección es a menudo causada por una reacción alérgica provocada por un producto espermicida, las duchas vaginales o por un spray vaginal. Los síntomas de la vaginitis no infecciosa son dolor pélvico, flujo, ardor y picazón(38)
- Abandono del seguimiento: La paciente en algún punto del proceso de atención, deja de concurrir a los servicios de atención prestada, y abandona todo curso de acción.
- Recaída: Reparición de la enfermedad en una paciente que todavía no había conseguido curarse completamente (39)

CAPITULO 3

HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 Hipótesis

Por ser un estudio observacional descriptivo no se consideró hipótesis estadística.

3.2 Operacionalización de las variables

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIAS	ESCALA
Edad	Años cumplidos	1. < de 10 años 2. 10 a 19 años 3. 20 a 29 años 4. 30 a 39 años 5. 40 a 49 años 6. 50 a 59 años 7. 60 a más	Intervalo
Procedencia regional	Departamento donde habitó los últimos 6 meses	1. Tacna 2. Arequipa 3. Lima 4. Otro	Nominal
Procedencia geográfica	Área donde habito los últimos 6 meses	1. Rural 2. Urbana	Nominal
Estado Civil	Condición conyugal	1. soltera 2. casada 3. Separada. 4. Conviviente	Nominal
Nivel de Instrucción	Último grado alcanzado	1. Analfabeto 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior	Nominal

Año de diagnóstico	Año captado por el servicio médico	1. 2011 2. 2012 3. 2013 4. 2014 5. 2015	Nominal
Servicio de atención	Servicios médicos finales que intervinieron	1. Ginecología 2. Dermatología 3. Urología 4. Pediatría 5. Consultorio TARGA 6. CERETS	Nominal
Tratamiento	Historia Clínica	1. Médico 2. Quirúrgico 3. Ambos	Nominal
Trastornos epiteliales	Examen clínico	1. Liquen escleroso 2. Liquen simple crónico 3. Liquen plano 4. Quiste de Bartholin 5. Vestibulitis vulvar	Nominal
Neoplasias benignas	Patología	a. Hidradenoma papilar b. Condiloma acuminado	Nominal
Neoplasias premalignas y malignas	Patología	a. Carcinoma y neoplasia intraepitelial vulvar b. Enfermedad de Paget extramamaria c. Melanoma maligno	Nominal
Trastornos de pigmentación	Examen clínico	a. Hiperpigmentación b. Hipopigmentación	Nominal
Pseudotumores	Examen clínico	a. Puntos de Fordyce b. Varicosidades c. Edema d. Hernia e. Carúncula uretral f. Endometriosis g. Papilomatosis	Nominal

Estancia hospitalaria	Días de hospitalización	<ol style="list-style-type: none"> 1. No hospitalizado 2. < de 7 días 3. 8 a 14 días 4. 15 a 30 días 5. Más de 30 días 	Intervalo
Evolución final	Estado de diagnóstico post alta hospitalaria o post consulta confirmatoria	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recuperada 2. Abandono de seguimiento 3. Recaída 	Nominal

CAPITULO 4

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Diseño

Estudio observacional, descriptivo de corte transversal retrospectivo

4.2 Población y muestra.

Comprende a la población femenina del Hospital Hipólito Unánue de Tacna que fueron diagnosticadas con patología vulvar, vaginitis y vaginosis siendo igual a 2997 mujeres, desde los años 2011-2015

Se utilizó el muestreo aleatorio simple mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N z^2 p (1 - p)}{d^2 / (N-1) + z^2 p (1-p)}$$

$$n = 2997$$

$$d=5\%$$

$$p=17.8\%$$

$$n=209$$

4.3.1 Criterios de Inclusión

- a. Todas las historias clínicas de pacientes que fueron diagnosticadas con vaginitis y vaginosis.
- b. Todas las historias clínicas de pacientes intervenidas por patología vulvar.
- c. De toda edad
- d. De toda procedencia
- e. Toda historia clínica de pacientes con patología vulvar atendidas en el consultorio de ginecología
- f. Toda historia clínica de pacientes a las cuales se les realizó examen ginecológico completo.

4.3.2 Criterios de Exclusión

- a. Historias clínicas incompletas
- b. Historias clínicas mal llenadas
- c. Historias clínicas inteligibles

4.3 Instrumentos de Recolección de datos. (Ver anexos)

Ficha de recolección de datos, adecuado para las historias clínicas del servicio de ginecología

CAPITULO 5

PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

La aplicación del instrumento estuvo a cargo de tres recolectores que levantaron información registrada en las historias clínicas; dichas personas fueron ajenas al investigador y dirigidos por el investigador como supervisor de campo así mismo siendo asesorado por un clínico de la especialidad. La información fue levantada de las historias clínicas del servicio de los últimos 5 años. Para tal fin se capacitaron a los recolectores en los siguientes aspectos:

- Explicación de los objetivos del estudio de medición
- Características del instrumento a utilizar
- Asignación de la muestra y organización de la recolección de información.
- Discusión de los resultados de la práctica de campo.
- Organización de la supervisión y control de la calidad de la información recolectada.

Consideraciones éticas

El presente estudio tuvo en cuenta las siguientes consideraciones éticas:

- Todos los datos recolectados serán para fines exclusivos de la investigación.
- Por ningún motivo o razón se identificarán los datos particulares de las pacientes registradas en las historias clínicas .

Para el procesamiento de los datos se procedió a calificar la ficha de recolección de datos (historia clínica) y elaborar una Matriz de datos

digital, de donde se obtuvo las distribuciones y las asociaciones entre variables según indican los objetivos; representados luego en el programa de hoja de cálculo: EXCEL.

Para el procesamiento de la información se elaboró cuadros de distribución de frecuencias absolutas y relativas. Los datos se presentaron en cuadros tabulares y con gráficos de barras con el programa SPSS versión 15. Se utilizó la prueba de Chi cuadrada para contraste de variables cualitativas con un valor p significativo menor a 0.05.

RESULTADOS

TABLA 1:

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE AÑOS DE DIAGNÓSTICO DE PATOLOGIA VULVAR, VAGINITIS Y VAGINOSIS EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA DESDE EL AÑO 2011 AL 2015

AÑO DE DIAGNÓSTICO	n	%
2011	32	15.3%
2012	60	28.7%
2013	41	19.6%
2014	19	9.1%
2015	57	27.3%
Total	209	100.0%

Fuente: Hospital Hipólito Unánue de Tacna

En la tabla nro. 1 se observa la distribución de frecuencia de los 209 casos de patología vulvar, vaginitis y vaginosis. En el año 2011 fue del 15.3%, y en el año 2012 esta cifra tuvo un pico máximo de 28.7%, para descender paulatinamente y llegar al año 2014 con un número de casos del 9.1%; para posteriormente aumentar esta cifra a 27.3%.

TABLA 2:
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EL GRUPO ETÁRIO DE LAS
DE LAS PACIENTES CON PATOLOGIA VULVAR, VAGINITIS Y
VAGINOSIS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA 2011-2015

		n	%
EDAD	< 10 años	12	5.7%
	10 a 19 años	7	3.3%
	20 a 29 años	71	34.0%
	30 a 39 años	72	34.4%
	40 a 49 años	37	17.7%
	50 a 59 años	9	4.3%
	60 a mas	1	.5%
	Total	209	100.0%

Fuente: Hospital Hipólito Unánue de Tacna

En la tabla nro. 2 a partir de los 209 casos se observa que la mayor frecuencia de pacientes con patología vulvar, vaginitis y vaginosis se encuentra en el rango de 30-39 años (34.4%), siguiéndole de manera de frecuencia descendente las pacientes entre 20-29 años (34%). Las pacientes de 60 años a más es el grupo etario con menor número de patologías. (0.5%)

TABLA 3

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE DIAGNOSTICOS DE PATOLOGIA VULVAR, VAGINITIS Y VAGINOSIS EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA DESDE EL AÑO 2011 AL 2015

DIAGNOSTICO	n	%
VAGINITIS	126	60.28%
VAGINOSIS	33	15.78%
PATOLOGIA VULVAR	50	23.94%
TOTAL	209	100%

Fuente: Hospital Hipólito Unánue de Tacna

En la tabla nro. 3 se observa que de los 209 casos, el mayor número de casos diagnosticados fue de vaginitis (60.28%), le sigue en orden de frecuencia descendente el diagnóstico de patología vulvar (23.94%). La menor frecuencia de diagnósticos fue de vaginosis con un 15.78%. La subdivisión porcentual de los diagnósticos de patología vulvar se encuentra en anexos (tabla G)

TABLA 4:
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES CON PATOLOGIA VULVAR,
VAGINITIS Y VAGINOSIS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE
GINECOLOGIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA 2011-
2015

CIUDAD DE PROCEDENCIA	n	%
TACNA	207	99.0%
AREQUIPA	1	0.5%
LIMA	1	0.5%
OTRAS CIUDADES	0	0%
TOTAL	209	100.0%

Fuente: Hospital Hipólito Unánue de Tacna

En la tabla nro. 4 se observa que de los 209 casos el mayor porcentaje de las mujeres con patología vulvar, vaginitis y vaginosis habitaron los últimos seis meses en el departamento de Tacna(99%), seguidas del departamento de Arequipa (0.5%) y Lima(0.5%)

TABLA 5:
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA PROCEDENCIA GEOGRÁFICA DE LAS PACIENTES CON PATOLOGÍA VULVAR, VAGINITIS Y VAGINOSIS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA 2011-2015

	Área	n	%
PROCEDENCIA GEOGRÁFICA	RURAL	5	2.4%
	URBANA	204	97.6%
	Total	209	100.0%

Fuente: Hospital Hipólito Unánue de Tacna

En la tabla nro.5 se observa que de los 209 casos el 97.6% de las pacientes con patología vulvar, vaginitis y vaginosis proceden del área urbana, y el resto de pacientes del área rural (2.4%)

TABLA 6:
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DEL ESTADO CIVIL
DE LAS PACIENTES CON PATOLOGIA VULVAR, VAGINITIS Y
VAGINOSIS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA 2011-2015

ESTADO CIVIL	n	%
SOLTERA	93	44.5%
CASADA	42	20.1%
SEPARADA	3	1.4%
CONVIVIENTE	71	34.0%
TOTAL	209	100.0%

Fuente: Hospital Hipólito Unánue de Tacna

En la tabla nro.6 se observa que de las 209 pacientes con patología vulvar, vaginitis y vaginosis, la mayoría de ellas son mujeres solteras (44.5%), le siguen en frecuencia descendente las pacientes que son convivientes (34%), las casadas (20.1%) y por ultimo las pacientes separadas (1.4%)

TABLA 7:
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DEL NIVEL DE INSTRUCCION
DE LAS PACIENTES CON PATOLOGIA VULVAR, VAGINITIS Y
VAGINOSIS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA 2011-2015

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	n	%
ANALFABETA	1	0.5%
PRIMARIA	56	26.8%
SECUNDARIA	144	68.9%
SUPERIOR	8	3.8%
Total	209	100.0%

Fuente: Hospital Hipólito Unánue de Tacna

En la tabla nro.7 se observa que del total de 209 casos la mayoría de las pacientes con patología vulvar, vaginitis y vaginosis tienen un nivel de instrucción secundaria (68.9%), le siguen en orden de frecuencia descendente las pacientes con nivel de instrucción primaria (26.8%), con nivel de instrucción superior (3.8%); y las pacientes analfabetas en un 0.5%.

TABLA 8:
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS SERVICIOS DE ATENCION FINAL DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE QUE INTERVINIERON A LAS PACIENTES CON PATOLOGIA VULVAR, VAGINITIS Y VAGINOSIS EN EL AÑOS 2011-2015

SERVICIO DE ATENCIÓN	n	%
GINECOLOGÍA	132	63.2%
DERMATOLOGÍA	2	1.0%
UROLOGÍA	1	0.5%
PEDIATRÍA	14	6.7%
CONSULT. TARGA	3	1.4%
CERETS	57	27.3%
Total	209	100.0%

Fuente: Hospital Hipólito Unánue de Tacna

En la tabla nro.8 se observa que de los 209 casos de pacientes con patología vulvar, vaginitis y vaginosis acudieron al servicio de atención final de ginecología el 63.2%. El CERETS fue el segundo servicio de atención final al cual acudieron estas pacientes en un 27.3%; siguiendo en frecuencia de manera descendente el servicio de pediatría con un 6.7%, el servicio de TARGA con un 1.4% y el servicio de urología con solamente el 0.5% de casos.

TABLA 9:
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL TIPO DE TRATAMIENTO RECIBIDO EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA DESDE EL AÑO 2011 AL 2015

		n	%
TRATAMIENTO	MÉDICO	191	91.4%
	QUIRÚRGICO	4	1.9%
	AMBOS	14	6.7%
	Total	209	100.0%

Fuente: Hospital Hipólito Unánue de Tacna

En la tabla nro. 9 se observa que de los 209 casos de las pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Hipólito Unánue de Tacna, el 91.4% de las ellas recibió tratamiento médico, el 6.7% de las pacientes recibieron ambos tipos de tratamientos y recibieron tratamiento quirúrgico sólo el 1.9% de ellas.

TABLA 10:
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS TRASTORNOS EPITELIALES NO NEOPLASICOS DE VULVA EN LAS PACIENTES CON PATOLOGIA VULVAR ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA DESDE EL AÑO 2011 AL 2015

		n	%
TRASTORNOS EPITELIALES NO NEOPLASICOS	OTROS TRASTORNOS	39	78.0%
	QUISTE DE BARTHOLINO	8	16.0%
	LIQUEN SIMPLE CRONICO	3	6%
	TOTAL	50	100%

Fuente: Hospital Hipólito Unánue de Tacna

En la tabla nro. 10 se observa que de los 50 casos de patología vulvar, el 78% de estas pacientes no presentaron trastornos epiteliales de vulva. El 16% presentó quiste de Bartholin y solo el 6% presento liquen simple crónico.

TABLA 11:
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LOS CASOS DE NEOPLASIAS BENIGNAS DE VULVA EN LAS PACIENTES CON PATOLOGIA VULVAR ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA DESDE EL AÑO 2011 AL 2015

		n	%
NEOPLASIAS BENIGNAS DE VULVA	OTROS TRASTORNOS	42	84.0%
	CONDILOMA ACUMINADO	8	16.0%
	TOTAL	50	100%

Fuente: Hospital Hipólito Unánue de Tacna

En la tabla nro. 11 se observa que de los 50 casos de patología vulvar, el 84% de las pacientes no presentaron alguna neoplasia benigna; y solo el 16% de ellas presentó condiloma acuminado.

TABLA 12:
**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LOS CASOS DE NEOPLASIAS
 PREMALIGNAS Y MALIGNAS DE VULVA EN LAS PACIENTES CON
 PATOLOGIA VULVAR ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE
 GINECOLOGIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA DESDE
 EL AÑO 2011 AL 2015**

		n	%
NEOPLASIAS PREMALIGNAS Y MALIGNAS DE VULVA	OTROS TRASTORNOS	47	94.0%
	CARCINOMA Y NEOPLASIA INTRAEPITELIAL VULVAR	3	6.0%
TOTAL		50	100%

Fuente: Hospital Hipólito Unánue de Tacna

En la tabla nro. 12 se observa que de las 50 pacientes con patología vulvar, el 94% no presentaron alguna neoplasia premaligna o maligna y el 6% de ellas presento carcinoma y neoplasia intraepitelial de vulva.

TABLA 13:
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LOS TRASTORNOS DE PIGMENTACION DE VULVA EN LAS PACIENTES CON PATOLOGIA VULVAR ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA DESDE EL AÑO 2011 AL 2015

		n	%
TRASTORNOS DE PIGMENTACION DE VULVA	OTROS TRASTORNOS	43	86.0%
	HIPERPIGMENTACIÓN DE VULVA	5	10%
	LEUCODERMIA DE VUALVA	2	4%
	TOTAL	50	100%

Fuente: Hospital Hipólito Unánue de Tacna

En la tabla nro. 13 se observa que de los 50 casos de patología vulvar, el 86% de ellas no presentaron trastornos de pigmentación de vulva, el 10 % de ellas presento hiperpigmentación de vulva y el 4% de ellas presentó leucodermia de vulva.

TABLA 14:
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE PSEUDOTUMORES DE VULVA
EN LAS PACIENTES CON PATOLOGIA VULVAR ATENDIDAS EN EL
SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE
TACNA DESDE EL AÑO 2011 AL 2015

		n	%
PSEUDOTUMORES DE VULVA	OTROS TRASTORNOS	47	94.0%
	EDEMA	2	4.0%
	VARICOSIDADES	1	2.0%
	TOTAL	50	100%

Fuente: Hospital Hipólito Unánue de Tacna

En la tabla nro.14 se observa que de los 50 casos de patología vulvar, el 94 % de las pacientes no presentaron pseudotumores de vulva; el 4% de ellas presento edema de vulva y el 2% varicosidades.

TABLA 15:
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA DE LAS PACIENTES CON PATOLOGÍA VULVAR, VAGINITIS Y VAGINOSIS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA DESDE EL AÑO 2011 AL 2015

		n	%
ESTANCIA HOSPITALARIA	NO HOSPITALIZADO	191	91.4%
	MENOS DE 7 DÍAS	14	6.7%
	8 A 14 DÍAS	3	1.4%
	15 A 30 DÍAS	1	0.5%
	MÁS DE 30 DÍAS	0	0.0%
	TOTAL	209	100%

Fuente: Hospital Hipólito Unánue de Tacna

En la tabla nro.15 se observa que de los 209 casos el 91.4% de las pacientes con patología vulvar, vaginitis y vaginosis no requirieron ser hospitalizadas; y de las que lo estuvieron presentaron el 6.7% de ellas una estancia hospitalaria menor a 7 días, el 1.4% una estancia entre 8 a 14 días. Solo el 0.5% de ellas estuvieron hospitalizadas entre 15 a 30 días y ninguna paciente estuvo hospitalizada más de 30 días. Se sugiere realizar otro trabajo de investigación para el seguimiento de las causas específicas de hospitalización.

TABLA 16:
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA EVOLUCION DE LAS
PACIENTES CON PATOLOGIA VULVAR, VAGINITIS Y VAGINOSIS
ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA DESDE EL AÑO 2011 AL 2015

		n	%
EVOLUCION FINAL	RECUPERADA	40	19.2%
	ABANDONO DE SEGUIMIENTO	166	79.4%
	RECAÍDA	3	1.4%
	TOTAL	209	100%

Fuente: Hospital Hipólito Unánue de Tacna

En la tabla nro.16 se observa que de los 209 casos de las pacientes con patología vulvar, vaginitis y vaginosis hubo un abandono del seguimiento en el 79.4% de ellas, el 19.2% lograron su recuperación y el 1.4% de ellas tuvieron recaídas. Se sugiere un futuro estudio que averigüe la razón del abandono del seguimiento de estas pacientes

DISCUSIÓN

Medina, Rechkemmer y Garcia, hicieron un estudio para determinar la prevalencia de vaginitis. El resultado fue la prevalencia de infección vaginal en un 42.2%; siendo la vaginosis la infección más frecuente (23.24%)(15). En nuestro estudio la prevalencia de vaginitis fue del 60.28%, de vaginosis del 15.78% y de la patología vulvar del 23.94%; además determinamos que la mayor frecuencia de pacientes con patología vulvar, vaginitis y vaginosis se encuentra en el rango de 30-39 años (34.4%) y la mayoría de las pacientes con la patología en estudio son mujeres solteras (44.5%). En los estudios publicados no refieren estos datos.

Méndez, Calderón, Soria, Yui encontraron vaginosis en el 33% de pacientes; la vaginosis es el tipo de infección vaginal más común (16). En nuestro estudio la población más prevalente fue la vaginitis con un 60.28%.

Ferra Torres (21) refiere que la infección por papiloma virus humano es la infección más frecuente. El conocimiento acerca de la infección por papiloma virus humano ha evolucionado considerablemente en los últimos años. Su infección persistente es la causa del cáncer cervicouterino, y está fuertemente implicada en otras malignidades. En nuestro estudio no se hace ese seguimiento de papiloma virus humano.

Estudios en Perú, ya desde el año 1995, se tienen reportes de investigaciones respecto a región vulvar. Jarufe, Fernando en Arequipa identifican la frecuencia de la infección vulvar por Papiloma Virus Humano (HPV) y refiere la patología más prevalente de

genitales externos. (12). En nuestros registros hospitalarios no existe la consignación de esta variable.

Arica, Dionicio y colaboradores determinan las características clínicas del melanoma maligno vulvar en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Se registraron 60 casos de melanoma vulvar. Se observa una tendencia creciente del número de casos diagnosticados por quinquenio (15). En nuestro estudio no se encontraron casos de melanoma vulvar.

Alasino(23) en su estudio retrospectivo, observacional refiere que el 9,1% correspondió a tumores malignos de vulva. De éstos, el 76,78% fueron carcinoma espinocelular y el 23,22%, carcinoma no espinocelular. Destaca la alta incidencia de tumores vulvares no espinocelulares. En nuestro estudio la prevalencia de carcinoma y neoplasia intraepitelial de vulva fue del 6%.

Orellana(19) en su trabajo de diagnóstico de neoplasia intraepitelial de la vulva, el diagnóstico se hizo mediante biopsia dirigida por vulvoscopía. El 54,5% de las pacientes presentaban lesiones vulvares múltiples y 45,5% presentó una lesión al examen. En la biopsia, 63% de las lesiones presentaban signos sugerentes de infección por virus papiloma humano. En nuestro estudio la prevalencia de carcinoma y neoplasia intraepitelial de vulva fue del 6%; en nuestros registros hospitalarios no existe la consignación de esta variable.

Pereda(22) en el año 2012 en Madrid(España) en un caso clínico, refiere que a pesar de que el cáncer de vulva se ha considerado tradicionalmente como una enfermedad poco frecuente y de presentación en edades avanzadas, la realidad actual nos muestra

una incidencia creciente en mujeres entre la tercera y quinta décadas de la vida. En nuestro estudio encontramos una frecuencia no mayor del 6% para el carcinoma y neoplasia intraepitelial de vulva.

Camega(25) en su estudio publica información sobre la incidencia de verrugas genitales. Se calcularon tasas de incidencia en sexo y por edad de las verrugas genitales, describiendo la localización anatómica específica de presentación, así como la recurrencia de las verrugas genitales. En las mujeres se encontraron 63.4% de los casos de verruga genital. En nuestro estudio se encontraron 16% de casos de condiloma acuminado.

CONCLUSIONES

1. De los 209 casos, la mayor frecuencia de pacientes con patología vulvar, vaginitis y vaginosis se encuentra en el rango de 30-39 años (34.4%). Proceden de la ciudad de Tacna el 99%. Proviene del área urbana el 97.6%. Son mujeres solteras el 44.5%. Se observa una mayor frecuencia con nivel de instrucción secundaria (68.9%).
2. Según tiempo, de los 209 casos de vaginitis, vaginosis y de patología vulvar la frecuencia fue del 15.3% en el año 2011, de 28.7% en el año 2012, 19,6 % en el 2013, 9.1% en el 2014 y un 27.3% en el año 2015.
3. De los 209 casos, la frecuencia de la patología de vulva desde los años 2011-2015 correspondió al 23.94%. El 78% de las pacientes no presentaron trastornos epiteliales de vulva. El 84% de las pacientes no presentaron alguna neoplasia benigna. El 94% no presentaron alguna neoplasia premaligna o maligna. El 86% de ellas no presentaron trastornos de pigmentación de vulva. El 94 % de las pacientes no presentaron pseudotumores de vulva.
4. De los 209 casos de las pacientes con estas patologías de estudio, el 91.4% de las ellas no requirieron ser hospitalizadas, el 91.4% de las ellas recibió tratamiento médico y hubo un abandono del seguimiento en el 79.4% de ellas.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda protocolizar el método diagnóstico en el hospital Hipólito Unánue de Tacna de acuerdo a las guías clínicas actuales para la vaginitis, vaginosis y algunas patologías de vulva; ya sea mediante muestras enviadas a laboratorio (biopsia vulvar, flujo vaginal), mediante vulvoscopia, colposcopia, citología vulvar, etc
- Se hace necesario estandarizar la clínica y los diagnósticos de acuerdo a la terminología oficial, como la propuesta por la ISSVD para clasificar las lesiones vulvares.
- Para estudios posteriores, recomendamos se investigue el porqué del comportamiento de la frecuencia por años de vaginitis, vaginosis y patología vulvar, debido a que se observaron picos bajos de casos diagnosticados en el año 2014.
- Se recomienda realizar otro trabajo de investigación para el seguimiento de las causas específicas de hospitalización, así como para que se averigüe la razón del abandono del seguimiento de estas pacientes que recibieron tratamiento.
- Se recomienda realizar un estudio prospectivo, transversal, analítico para determinar el agente etiológico causal de la vaginitis y vaginosis.
- Para estudios posteriores, recomendamos ampliar las poblaciones en riesgo, especificando cuán frecuente son las patologías mencionadas en mujeres gestantes y si estas repercuten o complican el embarazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Microsoft Word - Enfermedades de la vulva .doc - cr07.patologia_benigna_vulva.pdf [Internet]. [cited 2017 Feb 15]. Available from: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr07.patologia_benigna_vulva.pdf
2. AEPCC_revista03.pdf [Internet]. [cited 2017 Feb 15]. Available from: http://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2016/01/AEPCC_revista03.pdf
3. Muñoz Bono J, Moreno Quintana J, Mora Ordóñez JM. Absceso vulvar de origen odontógeno. *Med Intensiva*. 2010 Sep;34(6):435–6. <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/RevisionClinica/5886?ver=sindisenos> - Buscar con Google [Internet]. [cited 2017 Feb 15]. Available from:
4. https://www.google.com.pe/?gws_rd=ssl#q=http:%2F%2Fwww.medwave.cl%2Flink.cgi%2FMedwave%2FRevisiones%2FRevisionClinica%2F5886%3Fver%3Dsindisenos
5. Schlosser BJ, Mirowski GW. Approach to the patient with vulvovaginal complaints. *Dermatol Ther*. 2010 Oct;23(5):438–48.
6. Dermatitis inflamatorias vulvares | Actas Dermo-Sifiliográficas [Internet]. [cited 2015 Jun 11]. Available from: <http://actasdermo.org/es/dermatitis-inflamatorias-vulvares/articulo/S0001731011004157/>
7. Actualización sobre vaginosis bacteriana [Internet]. [cited 2017 Feb 15]. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol39_4_13/gin12413.htm
8. Actualización sobre vaginosis bacteriana [Internet]. [cited 2017 Feb 15]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000400012
9. Edwards L. Vulvovaginal dermatology. Preface. *Dermatol Clin*. 2010 Oct;28(4):xi–xii.

10. Vulvodinia Diagnostico Olvidado Frente Dolor Vulvar [Internet]. [cited 2017 Feb 15]. Available from:
http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/vulvodinia-diagnostico-olvidado-frente-dolor-vulvar/id/64341196.html
11. Lynch PJ, Moyal-Barracco M, Scurry J, Stockdale C. 2011 ISSVD Terminology and classification of vulvar dermatological disorders: an approach to clinical diagnosis. *J Low Genit Tract Dis*. 2012 Oct;16(4):339–44.
12. Medina R, Rechkemmer A, Garcia-Hjarles M. Prevalencia de vaginitis y vaginosis bacteriana en pacientes con flujo vaginal anormal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Rev Medica Hered*. 1999 Oct;10(4):144–50.
13. Vulvoscopía [Internet]. [cited 2017 Feb 15]. Available from:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol_43n2/vulvoscopia.htm
14. Galarza M. C, Mallqui Babilón M, Romero R. O, Rueda M, Santos R, Mendoza D. Donovanosis en el Hospital Nacional Dos de Mayo (Años 1991 - 1996). *Dermatol Peru* [Internet]. 1996 [cited 2016 May 4];8–16. Available from:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/v06_n1-2/donovanosis.htm
15. Arica, Dionicio; Sánchez, Juvenal; Álvarez, Manuel; Alarcón, Edith. Melanoma maligno de vulva en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas: experiencia de 50 años. *Revista Folia dermatológica peruana*. [Internet]. 118AD [cited 2016 May 4]. Available from: <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?issn=1029-1733&lang=pt>
16. Medina R, Rechkemmer A, Garcia-Hjarles M. Prevalencia de vaginitis y vaginosis bacteriana en pacientes con flujo vaginal anormal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Rev Medica Hered*. 1999 Oct;10(4):144–50.
17. Vaginosis bacteriana: diagnostico y prevalencia en un centro de salud [Internet]. [cited 2017 Feb 16]. Available from:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_47n1/vaginosis.htm
18. Rivas-Perdomo EE. Quiste gigante de la glándula de Bartolino: reporte de caso y revisión de la literatura. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2010 Dec 14;61(4):353–8.

19. Orellana H. R, Cisterna C. P, Saavedra Y. F, Román M. J, Goycolea R. N. TRATAMIENTO DE LA NEOPLASIA INTRA EPITELIAL VULVAR MEDIANTE VULVECTOMÍA TEGUMENTARIA. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2005 Jan;70(6):395–9.
21. Ferrá Torres TM, Santana Álvarez J, Barreto Argilagos G. La infección por papiloma virus humano en la mujer: una revisión del tema. *Rev Arch Méd Camagüey.* 2011 Dec;15(6):1073–86.
22. Pereda Ríos A, González N, T M, Aedo Ocaña O, Ortiz Quintana L, Callejo Pérez P. Cáncer invasivo de vulva: importancia e implicaciones pronósticas de un diagnóstico precoz. *Clin Invest Ginecol Obstet.* 2013;279–82.
23. Alasino M, Garcia LLaver V, Parra V, Aredes Á, Giménez C, Innocenti C, et al. Tumores no espinocelulares de vulva. Incidencia en ocho años. *Dermatol Argent.* 2011;277–83.
25. Dr C, Ef D, Mm D, J G, Le M, A D, et al. Incidence of genital warts in adolescents and young adults in an integrated health care delivery system in the United States before human papillomavirus vaccine recommendations. *Sex Transm Dis.* 2013;534–8.
26. Durán G, Victoria A. Patología vulvar en pacientes postmenopáusicas del Hospital militar: un tamizaje con test de Collins. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 1994 Jun;45(2):151–9.
27. L N, S N, B H. Diagnosis of vulval inflammatory dermatoses: a pathological study with clinical correlation. *Int J Gynecol Pathol.* 2009;554–8.
28. Bibliotecas DN de, Galindo Díaz LF, Palma LF. Repositorio institucional UN. 2014.
29. untitled - 65277.pdf [Internet]. [cited 2017 Feb 16]. Available from: <http://media.axon.es/pdf/65277.pdf>
30. 5237 MENOGUIA PATOLOGIA VULVAR portada ok27:5237 MENOGUIA PATOLOGIA VULVAR portada ok27 - MENOGUIA-PATOLOGIA-VULVAR-aeem-asaco-cancer-ovario-2014.pdf [Internet]. [cited 2017 Feb 16]. Available from: <http://www.asociacionasaco.es/wp-content/uploads/2014/06/MENOGUIA-PATOLOGIA-VULVAR-aeem-asaco-cancer-ovario-2014.pdf>
31. 5237 MENOGUIA PATOLOGIA VULVAR portada ok39:5237 MENOGUIA PATOLOGIA VULVAR portada ok39 -

- MENOGUIAPATOLOGIAVULVAR.pdf [Internet]. [cited 2017 Mar 13]. Available from: <http://www.aeem.es/documentos/menoguias/MENOGUIAPATOLOGIAVULVAR.pdf>
32. Enfermedades de la vulva - Parte 1: [Internet]. [cited 2017 Feb 16]. Available from: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=88301&id_seccion=3586&id_ejemplar=8685&id_revista=218
 33. Operational characteristics of the clinical diagnosis in the office, with and without tests (pH and amine test), for diagnosing bacterial vaginosis in symptomatic patients in Bogotá, Colombia [Internet]. [cited 2017 Feb 16]. Available from: <http://citeweb.info/20151097507>
 34. Polanco N, Manzi L, Carmona O. Posible papel de Bacteroides fragilis enterotoxigénico en la etiología de la vaginitis infecciosa. Investig Clínica [Internet]. 2012 [cited 2017 Feb 16];53(1). Available from: <http://produccioncientificaluz.org/index.php/investigacion/article/view/11151>
 35. Villaseca R, Ovalle A, Amaya F, Labra B, Escalona N, Lizana P, et al. Infecciones vaginales en un Centro de Salud Familiar de la Región Metropolitana, Chile. Rev Chil Infectol. 2015 Feb;32(1):30–6.
 36. untitled - A05V53N3.pdf [Internet]. [cited 2017 Mar 29]. Available from: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol53_n3/pdf/A05V53N3.pdf
 37. Vaginitis - Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. [cited 2017 Mar 29]. Available from: <https://es.wikipedia.org/wiki/Vaginitis>
 38. 6 tipos de infecciones vaginales (o vaginitis) [Internet]. [cited 2017 Mar 29]. Available from: <http://infeccionessvaginales.info/>
 39. Recaída: Definición Recaída - Doctissimo [Internet]. [cited 2017 Mar 29]. Available from: <http://www.doctissimo.com/es/salud/diccionario-medico/recaida>

ANEXOS TABLAS

TABLA A:

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR AÑOS DE LOS CASOS DE PATOLOGIA VULVAR, VAGINITIS Y VAGINOSIS EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA ESPECIFICADOS, DESDE EL AÑO 2011-2015

DIAGNOSTICOS		2011	2012	2013	2014	2015	n	%
	VAGINITIS	16	38	28	18	26	126	60.28%
	VAGINOSIS	10	10	3	0	10	33	15.78
	PATOLOGIA VULVAR	6	12	10	1	21	50	23.94%
	TOTAL	32	60	41	19	57	209	100%

Fuente: Hospital Hipólito Unánue de Tacna

En la tabla A se observa que de los 209 casos de las pacientes con patología vulvar, vaginitis y vaginosis, el mayor número de casos diagnosticados fue de vaginitis (60.28%), le sigue en orden de frecuencia descendente el diagnóstico de patología vulvar (23.94%). La menor frecuencia de diagnósticos fue de vaginosis con un 15.78%

**TABLA B:
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL EN EL AÑO 2011 DE LOS CASOS
DIAGNOSTICADOS DE PATOLOGIA VULVAR, VAGINITIS Y
VAGINOSIS EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE
GINECOLOGIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA**

DIAGNOSTICOS EN EL AÑO 2011	n	n	%
	VAGINITIS	16	50%
	VAGINOSIS	10	31.25%
	PATOLOGIA VULVAR	6	18.8%
	TOTAL	32	100%

Fuente: Hospital Hipólito Unánue de Tacna

En la tabla B se observa que de los 209 casos de las pacientes con patología vulvar, vaginitis y vaginosis diagnosticadas en el año 2011, el mayor número de casos diagnosticados fue de vaginitis (50%), le sigue en orden de frecuencia descendente el diagnóstico de vaginosis(31.25%) y el diagnóstico de patología vulvar el 18.8%

**TABLA C:
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL EN EL AÑO 2012 DE LOS CASOS
DIAGNOSTICADOS DE PATOLOGIA VULVAR, VAGINITIS Y
VAGINOSIS EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE
GINECOLOGIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA**

DIAGNOSTICOS EN EL AÑO 2012		n	%
	VAGINITIS	38	63.30%
	VAGINOSIS	10	16.60%
	PATOLOGIA VULVAR	12	20.10%
	TOTAL	60	100%

Fuente: Hospital Hipólito Unánue de Tacna

En la tabla C se observa que de los 209 casos de las pacientes con patología vulvar, vaginitis y vaginosis diagnosticadas en el año 2012, el mayor número de casos diagnosticados fue de vaginitis (63.30%), le sigue en orden de frecuencia descendente la patología vulvar con el 20.10% y la vaginosis con el 16.60% de casos.

TABLA D:
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL EN EL AÑO 2013 DE LOS CASOS DE
PATOLOGIA VULVAR, VAGINITIS Y VAGINOSIS EN LAS PACIENTES
ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA ESPECIFICADOS

DIAGNOSTICOS EN EL AÑO 2013	n	n	%
	VAGINITIS	28	68.29%
	VAGINOSIS	3	7.32%
	PATOLOGIA VULVAR	10	24.39%
	TOTAL	41	100%

Fuente: Hospital Hipólito Unánue de Tacna

En la tabla D se observa que de los 209 casos de las pacientes con patología vulvar, vaginitis y vaginosis diagnosticadas en el año 2013, el mayor número de casos diagnosticados fue de vaginitis (68.29%), le sigue en orden de frecuencia descendente la patología vulvar con el 24.39% y la vaginosis con el 7.32 % de casos.

**TABLA E:
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL EN EL AÑO 2014 DE LOS CASOS DE
PATOLOGIA VULVAR, VAGINITIS Y VAGINOSIS EN LAS PACIENTES
ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA ESPECIFICADOS**

DIAGNOSTICOS EN EL AÑO 2014	n	n	%
	VAGINITIS	18	94.73%
	VAGINOSIS	0	0%
	PATOLOGIA VULVAR	1	5.26%
	TOTAL	19	100%

Fuente: Hospital Hipólito Unánue de Tacna

En la tabla E se observa que de los 209 casos de las pacientes con patología vulvar, vaginitis y vaginosis diagnosticadas en el año 2014, el mayor número de casos diagnosticados fue de vaginitis (94.73%), le sigue en orden de frecuencia descendente la patología vulvar con el 5.26%.

**TABLA F:
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL EN EL AÑO 2015 DE LOS CASOS DE
PATOLOGIA VULVAR, VAGINITIS Y VAGINOSIS EN LAS PACIENTES
ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA ESPECIFICADOS**

DIAGNOSTICOS EN EL AÑO 2015	n	n	%
	VAGINITIS	26	45.61%
	VAGINOSIS	10	17.54%
	PATOLOGIA VULVAR	21	36.84%
	TOTAL	57	100%

Fuente: Hospital Hipólito Unánue de Tacna

En la tabla nro. F se observa la distribución de frecuencia de los 209 casos de patología vulvar, vaginitis y vaginosis diagnosticadas en el año 2015, el mayor número de casos diagnosticados fue de vaginitis (45.61%), le sigue en orden de frecuencia descendente la patología vulvar con el 36.84% y la vaginosis con el 17.54%

TABLA G:
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS DIAGNÓSTICOS DE
PATOLOGIA VULVAR, VAGINITIS Y VAGINOSIS EN LAS PACIENTES
ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL
HIPOLITO UNANUE DESDE EL AÑO 2011 AL 2015

DIAGNOSTICOS		n	%	
DIAGNOSTICOS	PATOLOGIA DE VULVA	VULVITIS SUBAGUDA Y CRONICA	2	1.0%
		VULVITIS AGUDA	3	1.4%
		ABSCESO VULVAR	4	1.9%
		CARCINOMA Y NEOPLASIA DE VULVA	3	1.4%
		LEUCODERMIA DE LA VULVA	2	1.0%
		CONDILOMA ACUMINADO	8	3.8%
		LIQUEN SIMPLE CRONICO	3	1.4%
		POLIPO DE LA VULVA	3	1.4%
		POLIPO DEL TRACTO GENITAL NO ESPECIFICADO	7	3.3%
		QUISTE DE LA VULVA	5	2.4%
		HIPERPIGMENTACION DE VULA	5	2.4%
		EDEMA DE VULVA	2	1.0%
		VARICOSIDADES	1	.5%
		ULCERACION DE LA VULVA	2	1.0%
		VAGINITIS	CANDIDIASIS VAGINAL	43
VAGINITIS AGUDA	61		29.2%	
VAGINITIS SUBAGUDA CRÓNICA	12		5.7%	
VAGINITIS VULVITIS Y VULVOVAGINITIS EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS	10		4.8%	
VAGINOSIS	VAGINOSIS BACTERIANA	33	15.8%	
TOTAL		209	100.0%	

ANEXOS
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº: _____

HISTORIA CLINICA: _____

Edad

1. < de 10 años
2. 10 a 19 años
3. 20 a 29 años
4. 30 a 39 años
5. 40 a 49 años
6. 50 a 59 años
7. 60 a más

Procedencia regional

1. Tacna
2. Arequipa
3. Lima
4. Otro _____

Procedencia geográfica

1. Rural
2. Urbana

Estado Civil

1. soltera
2. casada
3. Separada.
4. Conviviente

Nivel de Instrucción

1. Analfabeto
2. Primaria
3. Secundaria
4. Superior _____

Año de diagnóstico

1. 2011
2. 2012

3. 2013
4. 2014
5. 2015

Servicio de atención

1. Ginecología
2. Dermatología
3. Urología
4. Pediatría
5. Consultorio TARGA
CERETS

Tratamiento

1. Médico
2. Quirúrgico
3. Ambos

Trastornos epiteliales

1. Liquen escleroso
2. Liquen simple crónico
3. Liquen plano
4. Quiste de Bartholin
5. Vestibulitis vulvar
6. Hidradenoma
7. Quiste mucoso

Neoplasias benignas

1. Hidradenoma papilar
2. Condiloma acuminado

Neoplasias premalignas y malignas

1. Carcinoma y neoplasia intraepitelial vulvar
2. Enfermedad de Paget extramamaria
3. Melanoma maligno

Trastornos de pigmentación

1. Hiperpigmentación
2. Hiperpigmentación

Pseudotumores

1. Puntos de Fordyce
2. Varicosidades
3. Edema
4. Hernia

5. Carúncula uretral
6. Endometriosis
7. Papilomatosis

Estancia hospitalaria

1. No hospitalizado
2. < de 7 días
3. 8 a 14 días
4. 15 a 30 días
5. Más de 30 días

Evolución

1. Recuperada
2. Abandono de seguimiento
3. Recaída

