

FALLA DE ORIGEN  
EN SU TOTALIDAD

11226  
93



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA GENERAL FAMILIAR

Unidad Médica

CLINICA HOSPITAL DEL ISSSTE

"DR. RAFAEL BARBA OCAMPO"

CUAUTLA, MORELOS

FRECUENCIA DE ESCURRIMIENTO GENITAL ANORMAL  
EN LA PACIENTE EN EDAD REPRODUCTIVA  
DERECHOHABIENTE DEL ISSSTE

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA UNIVERSITARIO  
EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

Dra. Lorenza Mendoza Rodríguez



FALLA DE ORIGEN

1995



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN



ISSSTE

I. S. S. S. T. E.  
C. H. DR. RAFAEL BARBA O.

29 JUN. 1995

DIRECCION  
CUAUTLA, MORELOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE  
POSTGRADO E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO**

**UNIDAD ACADÉMICA**

**Clínica Hospital "Dr. Rafael Barba Ocampo"  
ISSSTE, Cuautla, Morelos.**

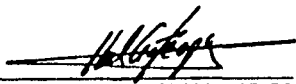
**FRECUENCIA DE ESCURRIMIENTO GENITAL ANORMAL EN LA PACIENTE  
EN EDAD REPRODUCTIVA DE RECHO HABIENTE DEL ISSSTE.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR**

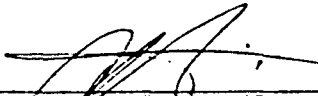
**PRESENTA**

**Dra. Lorenza Mendoza Rodríguez**

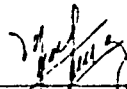
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA  
SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION.  
JEFATURA DE ENSEÑANZA.



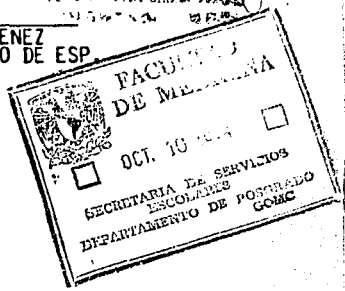
DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES.  
JEFE DEL DEPTO. DE MEDICINA FAMILIAR.



DR. NICOLAS AVILES HERNANDEZ  
COORDINADOR ESTATAL DEL CURSO DE  
ESPECIALIZACION MEDICINA FAMILIAR.



DRA. MA. ISABEL VALDEZ JIMENEZ  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESP.  
EN MEDICINA FAMILIAR.




**"FRECUENCIA DE ESCURRIMIENTO GENITAL ANORMAL EN LA  
PACIENTE EN EDAD REPRODUCTIVA  
DERECHOHABIENTE DEL ISSSTE"**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA GENERAL FAMILIAR.**

**PRESENTA:**

**Dr.a. LORENZA MENDOZA RODRIGUEZ.**

**AUTORIZACIONES**



**DR. JOSE LUIS CHAVEZ ORTUÑO  
ASESOR DE TESIS  
GINECOOBSTETRA  
ISSSTE CUAUTLA MOR**

**DR. NICOLAS AVILES HERNANDEZ  
JEFE DE ENSEÑANZA  
ISSSTE CUERNAVACA MOR.**



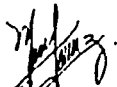
**DRA. ISABEL VALDES JIMENEZ  
COORDINADORA DEL CURSO DE MEDICINA FAMILIAR  
ISSSTE CUAUTLA MOR.**

**"FRECUENCIA DE ESCURRIMIENTO GENITAL ANORMAL EN LA  
PACIENTE EN EDAD REPRODUCTIVA  
DERECHOHABIENTE DEL ISSSTE".**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN ESPECIALIDAD EN MEDICINA  
GENERAL FAMILIAR PRESENTA:**

**Dra. LORENZA MENDOZA RODRIGUEZ**

**AUTORIZACIONES**



**Dra. Ma. Isabel Valdez Jimenez  
Profesor Titular del curso.**

**Dr. Hector Gabriel Arteaga Aceves  
Jefe del Departamento de Medicina Familiar  
Jefatura de Servicios de Enseñanza ISSSTE.**



**"FRECUENCIA DE ESCURRIMIENTO GENITAL ANORMAL EN LA  
PACIENTE EN EDAD REPRODUCTIVA  
DERECHOHABIENTE DEL ISSSTE".**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN ESPECIALIDAD EN MEDICINA  
GENERAL FAMILIAR PRESENTA**

**Dra. LORENZA MENDOZA RODRIGUEZ**

**AUTORIZACIONES**



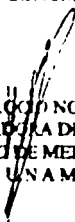
**DR. JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM**



**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA  
COORDINADOR DE INVESTIGACION  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM**

**UNAM**

**UNAM**



**DRA. MA. DEL ROCÍO NORIEGA GARIBAY  
COORDINADORA DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
UNAM**

**FALLA DE ORIGEN**

## **AGRADECIMIENTO**

Dedico el presente trabajo a la memoria de mi madre Sra. Luisa Rodríguez B., a mi padre Sr. Felipe Mendoza V., a mis hijos Víctor Miguel, Carlos Alberto y Julio César Zuñiga Mendoza y a mi esposo Sr. Víctor Zuñiga M., que con su amor hicieron posible de una u otra forma la realización de éste trabajo y espero que también sea del agrado de mis compañeros.

**Lorenza Mendoza Rodríguez.**

**FRECUENCIA DE ESCURRIMIENTO GENITAL  
ANORMAL EN LA PACIENTE EN EDAD  
REPRODUCTIVA DERECHOHABIENTE DEL ISSSTE**

**EN LA CLINICA HOSPITAL**

**"DR. RAFAEL BARBA OCAMPO"**

**CUAUTLA MORELOS.**

**Subdelegación Médica en el Estado de Morelos C.H.  
"Dr. Rafael Barba Ocampo"**

**TEMA**

**"Frecuencia de escurrimiento Genital Anormal en edad Reproductiva."**

**1.- Marco Teórico**

- Definición del problema
- Antecedentes
- Justificación
- Hipotesis
- Objetivo General
- Objetivos Específicos

**2.- Material y métodos**

- Diseño
- Definición del Universo
- Tamaño de la muestra
- Definición de los sujetos de observación
- Definición del grupo control
- Criterios de inclusión
- Criterios de exclusión
- Criterios de eliminación
- Definición de variables y unidades de medida
- Definición del plan , procedimientos y presentación de la información
- Tipo de investigación
- Cédula de recolección de datos

**3.- Aspectos éticos:**

- Riesgo de la investigación
- Consentimiento informado

#### **4.- Bioseguridad**

- Especifica implicaciones y medidas bioseguridad

#### **5.- Organización:**

- Programa de trabajo
- Recursos Humanos
- Recursos Materiales
- Presupuesto

#### **6.- Datos de identificación**

#### **7.- Resultados**

#### **8.- Análisis y Conclusiones**

#### **9.- Bibliografía.**

## MARCO TEORICO

### FLUJO ANORMAL Ó PATOLÓGICO:

Se considera como Secreción vaginal excesiva sanguinolenta o no, con moco o pus espeso, fétido ó inodoro, irritante o no. acompañado de prurito ó sensación urente, ocasionalmente dispaurenia

Según Fleury: Cinco padecimientos originan el 95 % de todos los casos de flujo anormal o infección vaginal

En orden de frecuencia decreciente:

Vaginosis bacteriana

Candidiasis

Cervicitis

Secreciones excesivas pero por lo de más normales.

Tricomoniásis

Factores que la influyen:

- Postparto (laceración obstétrica).
- Actividad sexual
- Sustancias químicas (duchas vaginales, desodorantes, jabones, espermicidas)
- Estilo de vida (Ropa interior, nylon, algodón, tampones, higiene, exagerada)
- Cuerpo extraño (dispositivos intrauterinos, tampones, diafragmas, pesarios).
- Hormonales exógenos (anticonceptivos orales)
- Enfermedades sistematicas (Diabetes Mellitus, uso prolongado de antibióticos, estados de inmunosupresión)
- Infecciones

a) En edad reproductiva:

Tricomonas vaginalis, Monilias ó cándida albicans, Haemophylus vaginalis, (Gardnerella), chlamydia-tracomatis, herpes simple, treponema pallidum.

b) En la pubertad y menopausia

Gonococos y muchos inespecíficos.

c) En la recién nacida, virus de la varicela

d) En la niñez: cuerpos extraños

o o o o o o o o o o o o

Se ha visto un notable incremento de infección de vías urinarias por agentes patógenos de transmisión sexual en los últimos años. (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis* y *Ureaplasma urealyticum*, así como el uso de espermicidas aumentan la susceptibilidad, quizá porque altera la flora anaerobia normal de la vagina. α. 1. 1. 1. 1. 1. 1.

### Flujo fisiológico.

La flora vaginal de la mujer en etapa reproductiva está formada:

- Lactobacilos de Döderlein de los que se han identificado 27 cepas diferentes. Aparecen a las 48 horas posteriores al nacimiento y se pueden observar hasta el final del primer mes, desaparecen en las niñas para instalarse nuevamente en la adolescencia y permanecer hasta la senectud.

Estos lactobacilos contribuyen a mantener un pH ácido vaginal (3.5 a 4.5) lo que impide el desarrollo bacteriano. Este ácido láctico se forma al desdoblarse el glucógeno existente en las células epiteliales vaginales.

- Los componentes del flujo fisiológico incluyen agua, electrolitos, células epiteliales de descamación, ácidos grasos orgánicos, compuestos de proteínas y carbohidratos. α. 1. 1. 1. 1. 1. 1.
- El equilibrio del medio vaginal presenta modificaciones durante el coito, dado que la humedad que facilita la relación sexual, produce un trasudado del epitelio vaginal que eleva el pH. Además el eyaculado seminal aumenta el pH a 6-7, el cual persiste por dos horas y vuelve gradualmente a la normalidad en un periodo de 8 horas. α.

La vagina y la flora microbiana representa un ecosistema que continuamente está cambiando, condicionado por:

## FALLA DE ORIGEN

- Acidez vaginal
- Acción bacteriana mediante sus metabolitos
- Acción de las inmunoglobulinas existentes a nivel de la mucosa cervico-vaginal. α. 1. 1. 1. 1. 1. 1.

El flujo fisiológico es de coloración hialina flocular, de viscosidad elevada, aumentando discretamente durante la ovulación, no provoca sintomatología acompañante, también aumenta en embarazadas y durante la excitación sexual. α. 1. 1. 1. 1. 1. 1.

### Flora bacteriana normal

Gram positivos. Difteroides, bacilos de Döderlein, basillus.

- Subtilis, estreptococo, no hemolítico, lactobacillus acidophilus

Gram negativos	Neisseria catarrhalis, neisseria flava, bacilos coliformes
Hongos	Levaduras saprofitas
BAAR	Mycobacterium Smegmatis

Otros Se encuentra tambien y pueden ser oportunistas. Staphylococcus, epidermidis, estreptococcus alfa y gamma, haemophilus vaginales. a, p, n, m

La flora vaginal se puede clasificar:

Permanente.

Microorganismos endógenos que se recuperan todo el ciclo menstrual  
Lactobacilos, corynebacterium, difteroides y estaphylococcus epidermidis y aureus peptococos

Transitoria

Gérmenes endógenos que aparecen en un determinado momento del ciclo menstrual

Intermitente

Germenes endógenos de aparición cíclica (Gardnerella vaginalis, streptococcus beta hemolítico a, p, n, m).

Etiología

Flujo fisiológico Embarazo menstruación, cíclica, estimulación sexual Smegma a, n.

En la vagina existe un exudado normal formado por.

a) La secreción de las glándulas mucosas cervicales, moco más abundante en los días que preceden y siguen a la ovulación.

b) La descamación vaginal compuesta de células de las capas superficiales de la vagina que desprendiéndose con la luz se mezclan con el contenido de la secreción cervical, con células del epitelio pavimentoso poliestratificado

c) Secreción vestibular a la mezcla de la secreción de las glándulas con las células vaginales descamadas, se une el producto de la secreción de la glándula de Bartholin y vestibulares menores. En estado normal y en ausencia de excitación refleja (coito) ó supresión de la secreción de éstas células, es pequeña ó nula a, n, m



## ETIOLOGÍA FLUJO VAGINAL.

Patológico: Vulva, uretra, vagina, cervix

### VULVA

Candidiasis, Tricomoniasis secundaria a lesiones del tracto urinario alto y lesiones intrauterinas

### URETRA

Gonorrhoeae, infección inespecifica, clamydia, tricomoniasis secundaria a lesiones del tracto urinario alto, lesiones intrauretrales

### VAGINA

Candidiasis, tricomoniasis, Gardnerella, cuerpos extraños, cambios semiles.

### CERVIX:

Gonorrhoeae, infección inespecifica, herpes, clamydia, erosión, polipo, secundaria a lesiones supracervicales

### Flora Bacteriana Patógena:

#### Gram positivos

Estreptococcus hemolítico, Esta filococcus coagulasa positivo neumococo

#### Gram negativos

Neisseria gonorrhoeae, haemophilus, ducreyi, borrelia, haemophilus vaginalis (Gardnerella vaginalis)

Hongos Mycobacterium Tuberculosis

En campo oscuro Treponema pallidum

Protozoarios Tricomona vaginalis

La flora vaginal Patológica se puede clasificar

- Microorganismos exógenos Neisseriae gonorrhoeae, chlamydia, tracomatis treponema pallidum
- Microorganismos Endógenos Candida albicans Gardnerella Vaginalis anaerobius, micoplasma, sp

## ANTECEDENTES:

### Trichomonas Vaginalis

En 1836 Donne Alfred (1801-1878) describió el microorganismo conocido como Tricomonas vaginalis. Pero su importancia como factor causante en una forma frecuente y molesto de vaginitis no se conoció hasta hece pocos años. de hecho hay quienes todavía creen que sin la presencia de ciertas bacterias patógenas, la trichomona no puede producir inflamación

Fue Hoehne en 1916 quien insiste en la participación del protozoario en los cuadros de vaginitis, los cuales observan la resolución mediante la erradicación de trichomonas vaginalis por medio de tratamiento con los medicamentos adecuados (1, 2, 3)

Esta infección es muy común y se calcula que hay 2.5 de 3 millones de casos por año. Un gran porcentaje de éstas mujeres está asintomático

En una clínica para enfermedades de transmisión sexual Melellan y colaboradores informaron que 100 de 276 pacientes consecutivas presentaban tricomoniasis (4)

## ETIOLOGIA:

Trichomonas vaginalis Orden flagelado Género trichomonas. Distribución cosmopolita, anaerobio unicelular, genero protozoarios. Parásito flagelar provisto de membrana ondulante con 4 (3, 5) flagelos que recorren su costado hasta el axostilo y generalmente un citostoma

(1, 2, 3, 4, 5, 6, 7)

Sus flagelos confieren movilidad con aspecto característico de tirabuzón, tiene cuerpo de forma redondeada o piriforme y mide de 7 a 30 micras de largo (20 m) por 4-15 micras de ancho (promedio 7 micras) (1, 2, 3, 4, 5)

Se describen diferentes serotipos de trichomonas vaginalis sólo se le conoce en fase de trofozoito, no se ha encontrado forma quística de parásito, se reproduce por fisión binaria longitudinal, con división mitótica del núcleo. Vive en vagina, uretra y próstata

(1, 2, 3, 4, 5, 6)

### Varias especies de

Trichomonas pueden parasitar diferentes animales pero solamente tres se relacionan con el humano T. Tenax T. Hominis (parásito frecuente en el intestino del hombre) y T. vaginalis, siendo ésta última la única que se relaciona con enfermedad

### Otras especies

T. buccolis (especie aislada en la boca)

T. columbal (variedad encontrada en aves afectadas de difteria)

- T elongada (T Buccalis)
- T elongada (especie parásito en lo mas genitales de bovinos)
- T Intestinales (T Hominis)
- T Muris (especie encontrada en el ciego de la rata) (12, 13, 14, 15)

#### Epidemiología Trichomonas Vaginalis

Distribucion cosmopolita frecuente en todos los continentes y personas de todas las razas especialmente en adultos con una mayor incidencia entre mujeres de 16 a 35 años.

En zonas en se han obtenido muestras en los Estados Unidos la prevalencia de infección en pacientes clinicos ginecologicos ha llegado al 50 % estando presentes en un 3-5 % de mujeres asintomaticas

Las Trichomonas se han aislado en el 30-50% de las mujeres con gonorrea y N. gonorrhoeae se logró recuperar en el 31 % de las mujeres con Tricomoniiasis.

En México en 1989 se notificaron 110 107 casos nuevos de tricomoniasis, tasa de incidencia 131.0 por 100, mil habitantes Incrementandose los casos durante abril, julio y octubre.

Principalmente en los estados de Chiapas, Veracruz, Baja California y Oaxaca. (11, 12, 13)

La frecuencia de pacientes que asisten por cervicovaginitis al I N P con Tricomoniiasis es del 2%. Las mujeres embarazadas presentan este cuadro entre el 5 a 35 % de acuerdo en la población estudiada

Las complicaciones en la embarazada por la infección de este parásito son parto pretérmino, riesgo potencial de ruptura de membranas Este parásito es obligado para buscar, patógenos, con mayor frecuencia se asocian Chlamydia tracomatis y Ureaplasma Urealyticum.

Su repercusión neonatal es muy rara menos del 5% de las recién nacidas pueden infectarse al paso por el canal del parto (14, 15)

FALLA DE ORIGEN

## TRANSMISIÓN:

Por contacto con secreciones vaginales y uretrales de personas infectadas durante las relaciones sexuales y tal vez por contacto con Fomites (objetos contaminados) o durante el parto, durante el paso del niño por el canal de parto infectado (relacionado con un cambio del pH vaginal) incrementando su frecuencia los estilos de vida (malos hábitos higiénicos, prostitutas) (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100)

Periodo de incubación 2 a 28 días (con promedio de 7 días) en un 50% de los infectados.

Periodo de transmisión Lo que dura la infección persistente, a veces años.

## SINTOMATOLOGÍA:

Enfermedad común persistente del aparato genitourinario con síntomas y manifestaciones muy variadas, que la paciente puede considerar "Normales" los síntomas gradualmente crecientes de las infecciones prolongadas.

Los síntomas más frecuentes Vaginitis, aumento de las secreciones vaginales que a veces solamente se nota inmediatamente antes o después de la menstruación. flujo fétido, espeso de color amarillo, verdoso, de baja viscosidad que produce prurito y sensación urente, molestias vulvares y dispareunia superficial, irritación vulvar o labial, a menudo asintomática, ocasionalmente síntomas de uretritis o cistitis, molestias pélvicas o dolor inguinal, prurito vulvar, colpitis macularis y eritema vaginal.

En el hombre el agente invade próstata, vesículas seminales y uretra, con síntomas como uretritis gonococcica imposible de distinguir de UNG de otra etiología con secreción uretral, grisacea o mucopurulenta, asociándose con frecuencia a anomalías estructurales como estenosis uretral que habra que investigar.

### Diagnóstico: de Trichomonas Vaginalis:

1. - Identificación del parásito móvil en un estudio de Frotis en fresco (húmedo) encontrando el protozoo con movimiento de sus flagelos y membrana ondulante en suspensión salina de la secreción vaginal obtenida del fornx vaginal ó de la uretra (en el hombre) En ocasiones se llega a encontrar alrededor de 10 trichomonas por campo. La laminilla se examina bajo el microscopio con poco aumento y luz tenue: primero con bajo aumento 100X, luego seco fuerte 400X dado que el tamaño y forma de las trichomonas son muy semejantes a los leucocitos se deben examinar por lo menos 20 campos con microscopio, hay gran número de leucocitos y escasos ó ausentes lactobacilos. (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100)

- 2 - Al agregarse hidróxido de potasio (KOH) al 10 ó 20 %, al frotis libera un olor amarrado a pescado.
- 3 - En observación con espejo se observa acumulación de secreción de mal olor color amarillo, verdoso, amarillento ó grisacea, espumosa en la porción declive del fondo de SACO.
- 4 - En la mucosa vaginal se encuentran típicas marcas eritematosas como "Fresas", Frambuesas, lesiones hemorrágicas puntiformes (como pequeñas Petequias a nivel del cuello la mucosa muestra enrojecimiento difuso que se extiende hasta el exocervix; y el fondo de saco tiene aspecto granular, que siempre es patognomónico.
- 5 - El pH vaginal suele ser alcalino con un pH mayor de 5 con rango de 5-9.

También se puede realizar cultivo en el medio de Diamond, líquido modificado Ty 1-S-23 las coloraciones gram-Giemsa ó el inmunodiagnóstico directo (anticuerpos monoclonales) pueden ser de utilidad.

#### Tratamiento específico: Metronidazol

Por vía oral es eficaz en hombres y mujeres en un 90-95 %, esta contraindicado en el primer trimestre de embarazo, se debe tratar conjuntamente a la pareja sexual para evitar reinfección.

## MECANISMO DE ACCIÓN DE METRONIDAZOL.

En el citoplasma de los microorganismos anaerobios el metronidazol se reduce a productos intermedios que dañan el D N A y en poco tiempo se descomponen e inactivan (Tiene efecto bactericida rapido que es independiente del tamaño de inoculo y de la fase de crecimiento de la población bacteriana. Es activo frente a protozoos anaerobios, (Trichomonas vaginales), y bacterias anaerobias =

### DOSIS:

- a) 2 g Via oral Dosis única a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z
- b) 500 mg Via oral dos veces al día por 5-7 días a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z
- c) 250 mg tres veces al día por 7 días a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z
- d) En casos resistentes 2 gr dosis única por 3-5 días a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z
- e) 1 gr. 3 veces al día por 14 días a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z
- f) Ovulo vaginal (de 500) por las noches por 10 días, en caso de embarazo a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z
- g) 500 mg. Via vaginal dos veces al día por 5 días. a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z
- h) Crema vaginal de Clotrimazol, incluyendo primer trimestre de embarazo (comp. vags. 100 mg), una vez al día por 6-7 noches a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z
- i) Tinidazol 2 g Via oral Dosis única a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z y una tab vaginal de 150 mg dos veces al día por 7 días a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z
- j) Metronidazol 2 g V O una sola dosis en la lactancia, suspendiendo seno materno durante 24 hrs a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z

FALLA DE ORIGEN

## FLUJO POR CÁNDIDA

Es una de las causas más frecuentes de flujo vaginal considerado huésped de la vagina normal (lo contrario de lo que opina Hurley y Cols que la *Cándida* indica morbilidad) su crecimiento está regulado por el metabolismo del lactobacilo y el *Corynebacterium* y por los mecanismos inhibitorios endógenos. Por ello la infección no depende de una fuente endógena. (1, 2, 3, 4)

### DESCRIPCIÓN:

Micosis limitada a las capas superficiales de la piel o las membranas mucosas sus manifestaciones clínicas consisten en aftas, en la boca, intertrigo, vulvovaginitis, paroniquias, onicomicosis. Que les forman úlceras o pseudomembranas en el esófago, tracto intestinal o vejiga.

La eliminación hematógena puede producir lesiones en otros órganos como el riñón, bazo, pulmones, hígado, endocardio, prótesis cardíacas. (1, 2, 3, 4)

### AGENTE INFECCIOSO:

**FAMILIA:** Cryptococcaceae. **Género:** *Cándida* de hongos semejantes a la levadura, produce micelios y carecen de ascosporas. Hay diversidad de especies de *Cándida* ó *alticans* c. *pseudotropicalis*, *clisitaria*, *sacharomyces*, *endomyces*, *mycotomula albicans* y *m. psilosis*.

Se diferencian de otros organismos que causan candidiasis porque no forman pseudohifas en el tejido.

De más de 50,000 especies de hongos aproximadamente, 50 se reconocen como patógenas para el hombre. (1, 2)

**DISTRIBUCIÓN MUNDIAL:** Puede ser parte de la flora normal de hombre y la infección depende del sitio y de los innumerables factores locales y sistemáticos.

- Locales: Intertrigo, interdigital paroniquias las manos expuestas en exceso, al agua, intertrigo en los pliegues húmedos de la piel de los obesos, ropa, mujeres que practican sexo buco-genital.
- Sistémicos: Diabetes, dieta rica en carbohidratos (dulces), anticonceptivos orales, uso de antibióticos de amplio espectro cortico esteroides adrenales hiper-alimentación parental, algunas inmunodeficiencias (SIDA), Menopausia atrofica, radioterapia, pareja sexual portadora de hongos. (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7)

**TRANSMISIÓN:** Sexual, por contacto con secreciones de la boca, piel vagina y heces de enfermos portadores, durante el parto de madre a hijo por diseminación endógena.

La candidiasis enfermedad puede provenir de lesiones en la mucosa de inyecciones de narcóticos, cateteres, intravenosos, percutaneos, cateteres permanentes en la vejiga no esterilizados.

La balanopostitis se hallan en el 10 % al 25 % de la pareja. Tambien se le ha recuperado de la cavidad bucofaringea en el 30 % de adultos normales y del tracto intestinal en el 50 a 70 % de los pacientes. Se acepta la transmision sexual dado que el 30 % de parejas masculinas presentan hongos debajo del prepucio.

#### SINTOMAS:

Prurito Vulvar y vaginal de gran intensidad, irritación local y enrojecimiento de acentuado de la mucosa vaginal, secreción, espesa blanca de aspecto flocular, puede observarse placas blanquesinas en las paredes vaginales y puede variar el aspecto de requeson (queso cottage) acuosa y profusa, sin mal olor.

#### DIAGNÓSTICOS:

- 1 - Historia clinica detallada
- 2 - Exámen ginecologico evaluando características de genitales externos, vagina y cuello uterino
- 3 - Características microscópicas de la leucorrea
- 4 - Microscopia del flujo, con hidróxido de potasio al 10 ó 20 % que revela filamentos y esporas
- 5 - Truncion de Gram de la secrecion vaginal
- 6 - Cultivos de Nickerson Sabouraud son utiles en mujeres en que las que la observación microscopica no confirma el diagnóstico. Revela gran número de pseudomicelios o micelio verdadero con blastosporo, siendo este cultivo facil económico y confiable

#### CANDIDIASIS VAGINAL RECURRENTE.

Numerosas mujeres con candidiasis vaginal recurrente presenta defectos de la respuesta inmunitaria, mediada por *C. albicans*, dicha deficiencia parece relacionarse con la producción de niveles anormales elevados de PGE2 por macrófagos.

En algunos pacientes el mecanismo de inducción por PGE2 comprende una respuesta inmediata de hipersensibilidad (alergica) a antígenos de *C. albicans*.

Algunas mujeres con antecedentes de candidiasis vaginal recurrente, parecen ser alérgicas a un componente del semen de su compañero.

En forma normal la mucosa vaginal contiene basófilos y macrófagos y el sistema vascular de contracorriente que irriga los organos genitales favorecen la acumulación de dichos alergenos.



## TRATAMIENTO FLUJO VAGINAL POR CANDIDA ALBICANS

MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN
Nistatina	Tabletas ó crema vaginales 100 000 UI	Cada 12 a 24 hrs. intravaginal por 14 días (3,7,8,10,11,15,23,29)
(Micostatim)	Tableta oral 500 mg	Una a dos tabletas tres veces al día por dos semanas (8,15)
(Micostatim)	Crema 100 000 UI	En genitales internos de la mujer y del compañero sexual varias veces al día (8,14,23)
Miconazol	Ovulos vaginales 400 mg	Uno C/24 hrs intravaginal por las noches por tres días (4,7,15)
(Gyno-Daktarin)	Ovulos vaginales 100 mg	Uno cada 24 hrs intravaginal por dos o tres semanas. (3,6,7,11,23)
Aloid	Ovulos vaginales 200 mg	Uno cada 24 hrs intravaginal, por las noches por tres días. (4,7,15,24)
Aloid	Crema 2 %	Un aplicador intravaginal cada 12 a 24 hrs ,2 a 3 semanas (4,10,11,24) ó externo (23)
Clotrimazol	Comprimido vaginal 500 gr	Uno intravaginal Dosis única o por tres días. (7,15)
(Canesten)	Comprimido vaginal 100 gr	Uno cada 24 hrs intravaginal por 3 a 7 días (3,4,6,7,10,11,24)

## TRATAMIENTO FLUJO VAGINAL POR CANDIDA ALBICANS

MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN
(Canesten)	Crema al 2 % vaginal	Un aplicador intravaginal cada 24 hrs por 7 noches (4,10,11,14,29)
Butoconazol (FEMSTAL)	Ovulos vaginales 100 mg	Un óvulo cada 24 hrs intravaginal por 3 noches (3,14)
Butoconazol (FEMSTAL)	Crema 2 % (2 gr.)	Un aplicado intravaginal C/24 hrs por 3 noches (3,11,15,24)
Ketoconazol	Ovulos vaginales 400 mg	Uno cada 24 hrs por 5 noches
Nizoral Jansen	Crema 2 grs	Un aplicador al dia intravaginal por 5 noches (23)
Nizoral Jansen	Tabletas Orales 200 y 400 mg	200 a 400 mg por dia por 5 días a 2 semanas (3,11,15,17,24)
Terconazol	Ovulos vaginales 80 mg	Uno cada 24 hrs intravaginal por 3 noches (11,24)
(Fungistat)	Crema vaginal 0.8 %	Un aplicador intravaginal cada 24 hrs por 3 noches (11,24)
Violeta de genciana		Aplicación local en vagina cuello uterino y vulva cada 24 hrs por 3 a 4 días (7,11,15)
Acido Bórico	Cápsulas	600 mg cada 12 hrs (11)

FALLA DE ORIGEN

**EN CASOS RESISTENTES:**

<b>MEDICAMENTO</b>	<b>PRESENTACIÓN</b>	<b>DOSES Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN</b>
Ketoconazol	200 mg tabletas orales	200 mg dos veces al día por 5 a 14 días Vía oral (14,24)
Fluconazol (DIFLUCAN)	Capsulas de 100 y 150 mg	100 a 150 mg Vía oral Dosis única
Miconazol	Tabletas vaginales 100 mg	100 mg intravaginal dos veces por semana (4,7,11,14,24)

Para candidiasis recurrente persistente  
Tratamiento antimicótico oral

Ketoconazol 400 mg al día por 2 semanas y después 100 mg por día por 6 meses (11)

Tratamiento que debe seguirse con uso de ropa interior de algodón y pantimedias con entrepierna de algodón, examen de la pareja masculina por detectar Balanitis

## VAGINITIS POR GARDNERELLA

La vaginitis por *Gardnerella* fue descrita por Gardner y Duker quienes en 1955 identificaron al microorganismo causante, anteriormente llamado *Haemophilus Vaginalis* (*Corynebacterium vaginalis*, vaginitis anaerobia inespecífica o bacteriana)

(2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100)

Greenwood y Pickett propusieron el género de *Gardnerella vaginalis* en honor al doctor Gardner

Bacillus Doderlein microorganismo que se encuentra frecuentemente en la vagina y se considera idéntico a lactobacilos, acidophilus

Es un bacilo gram negativo anaerobio de la 3 mm de longitud, con una estructura y pared propia que no contiene arabinosina, en oxidasa y catalasa negativo, no necesita de factores X, (hemina), ni V (dimucosidos de nicotinamida y adenina), por su proliferación ha sido tema de controversia en cuanto al papel patógeno en la vaginitis inespecífica. (Es raro encontrar este microorganismo en los varones) el problema mayor radica en atribuir su papel etiológico, a un microorganismo que en ocasiones forma parte de la flora vaginal en pacientes asintomáticas

(1, 11, 12)

La expresión cervico-vaginitis implica reacción inflamatoria y el término vaginosis una alteración del medio vaginal

La vaginosis por *Gardnerella*, es la principal causa de secreción vaginal anormal en mujeres en edad reproductiva

Explica el 30 % de los casos de vaginitis

En países desarrollados como Estados Unidos de Norteamérica, Fleury reporta un estudio efectuado de 1975-1980 en donde se examinaron más de 25,000 mujeres que padecían infección vaginal efectuándose cultivos vaginales con resultado etiológico por *Gardnerella Vaginalis* en un 33% *Cándida Albicans* 20.5, *Trichomonas* 9.8%

**VANTVER:** En su reporte manifiesta como causa más frecuente de secreción y mal olor es la vaginitis inespecífica, en un 19% de todas las mujeres examinadas en la práctica, ginecológica privada

Otros autores Spiegel, Amsel y Holmes observan que del 60% de mujeres estudiadas, 28% presentaron Gardnerella Vaginalis

Blackwell Realizo un estudio en el departamento de medicina genito Urinaria en Estados Unidos de Norteamérica en el año 1982, donde encontró 2,860 mujeres presentaban datos positivos de vaginitis inespecífica.

En países desarrollados como México Luna M y Calderón J reportan prevalencia de G V. de un 30-40% en cultivos cuantitativos y en su mayoría los pacientes manifiestan molestias, por otra parte Torres A describe el 50% de las mujeres "Sanas" se hayan colonizadas por G V.

Otros estudios de Pagola y Garcia reportan un 10.57% de las mujeres que demandaron atención médica en un primer nivel de atención presentaron G V.

La Dra. Hernandez en su estudio reportó a la Gardnerella Vaginalis responsable en un 33.6% de las pacientes que acudieron al primer nivel de atención por manifestar Leucorrea y en el 3er. nivel se encontró solo el 13.8%.

La exacta etiología se desconoce y los posibles agentes etiológicos serían Gardnerella y mobiluncus ssp (microorganismo anaerobio gram negativo incurvado y extremadamente móvil) que se halla en la flora vaginal normal (50% de mujeres presentan Gardnerella vaginalis con flora vaginal normal).

Se atribuye al complejo G A M (Gardnerella vaginalis, anaerobios, mobiluncus spp).

Es probable que la flora normal de la vagina consista en lactobacilos productivos de peróxido que producen grandes cantidades de ácido láctico que determina el pH normal de la vagina e inhiben el desarrollo de bacterias (Gardnerella, estreptococo, anaerobios), se disminuyen lactobacilos, aumentan las bacterias con producción de aminas que elevan el pH y el flujo adquiere un olor particular. Las células epiteliales se desprenden y numerosas bacterias se adhieren a su superficie ("Clue-cells"). El flujo de olor desagradable es característica de la vaginosis, con pH elevado "Clue-cells" (células guía, particularmente después del coito, (superior a 4.5)).

#### ESCURRIMIENTO ANORMAL POR GARDNERELLA VAGINALIS:

Sintomatología fetidez vaginal "a pescado" secreción vaginal aumentada, leucorrea, melonorrea ó xantomelonorrea, con pequeñas burbujas (resultado por el gas producido por el metabolismo de bacterias anaerobias con escasa irritación vulvar ó vaginal que se tiene la ropa interior).

**DIAGNÓSTICO:**

En 1955 Gardner y Duker propusieron los criterios de diagnóstico para la vaginitis por Gardnerella Vaginalis (vag. inespecífica)

**CARACTERÍSTICAS DE LA SECRECIÓN VAGINAL:**

- 1- Color melonchero (grisácea opaca, homogénea, y frecuentemente tiene burbujas espumosa)
- 2- Determinación del PH Vaginal Igual ó mayor de 4.5 por lo regular de 5 a 5.5
- 3- Olor a pescado al mezclar la muestra líquida sobre porta objetos con hidróxido de potasio (KOH) al 10 % con 67 a 74 % de positivos
- 4- Celulas patognomonicas (células indicio guía ó Clue cells, pista, indicadora ó células clave) son células del epitelio vaginal cargadas con microorganismos gram negativos que en preparación húmeda en solución salina, las células epiteliales se cubren con bacilos gram negativos, leucocitos polimorfonucleares, lactobacilos que oscurecen los bordes celulares (células engomados)

Posteriormente Eschenbach utiliza los mismos criterios para el diagnóstico diferencial entre flujo normal y anormal por vaginitis inespecífica tricomoniasis candidiasis

En 1985 el Dr. Calderon Jaime y Col reportan estos métodos como alternativa diagnóstica rápida y sencilla de bajos costos utilizan de los mismos criterios pero modificando la técnica de la muestra por medio de isopos

**TRATAMIENTO POR GARDNERELLA VAGINALIS**

Metronidazol tab 500 mg V O C/12 hrs por 7 días

Metronidazol 250 mg C/8 hrs por 7 días después de alimentos

Metronidazol 2 gr D U V O y repetir a las 48 hrs D U

Metronidazol óvulos vaginales 5 gr C/12 hrs x 5 días ó 500 mg

C/24 hrs x la noche x 10 días

Clindamicina 300 mg V O C/8 hrs x 7 días, igual de eficaz que el metronidazol

Clindamicina 2 % crema 5 gr U vag C/24 hrs x 7 días

En casos de resistencia clindamicina 300 mg C/12 hrs por 7 días

Ampicilina 500 mg C/6 hrs x 7 días ó ampicilina 250 mg C/6 hrs x 2 semanas V O

Cefalosporinas 500 mg C/6 hrs x 7 días

Tetraciclina 250 mg C/6 hrs x 7 días

Clotrimazol (canesten) tabs vaginales C/24 hrs por las noches por 2 semanas

Swedbert y cols encontraron cultivos negativos después del tratamiento en 86 mujeres tratado con esquemas por 7 días pero solo un 46 % en los que recibieron una sola dosis de metronidazol

Dado que la mayoría de las parejas sexuales de mujeres infectadas alberga el microorganismo en la uretra, en la actualidad se recomienda tratamiento simultáneo con igual dosis

## JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Escorrimento genital: Síntoma ginecológico más frecuente como motivo de consulta general y/o ginecológica referida comúnmente a una alteración en la secreción genital, que es considerada como excesiva (Término más subjetivo o anormal por la paciente)

Debido a una gran variedad de procesos infecciosos, bacteriano, Micótico, Parasitario y viral es irritante ó no irritante, acompañado de prurito ó sensación urente y lesiones vulvares que combinan y provocan síntomas diversos

Es común el uso de Leucorrea (flujo) considerandola como secreción vaginal excesiva no sanguinolenta (39, 34) pudiendo ser moco, pus espeso ó delgado, mal definido que este significa blanco.

Limitandose con esto la signología del problema, por lo que con el objeto de evitar hacer el uso inadecuado de esta palabra y con el fin de hacer clara la nomenclatura de las variedades de escorrimento vaginal se usaran los términos que a continuación se exponen

- Leucorrea (del gr Leukos, blanco y rhein, fluir, manar) flujo blanco
- Xantorrea (de Xanto y gr rhein fluir) flujo amarillo
- Clororrea (del gr chloras verde claro rhein fluir) ó flujo verde claro
- Rodorrea (Rodo prefijo del gr. modesto rosa) flujo rosado
- Melanorrea (Prefijo del melos melan negro y del gr rhein fluir) flujo seroso acuoso
- Mixorrea (de gr moco rhein myxo fluir) flujo mucoso (blenorrea)

La combinación de éstos permite expresión de matices diversos: Xantomixorrea, cuando el flujo es mucoso, filrate y amarillo (cervicitis)

El origen del escorrimento genital puede ser vulvar, vaginal ó cervical y la causa fisiológica ó patológica en el que es de primordial importancia identificar síntomas y signos específicos

FALLA DE ORIGEN



## **HIPOTESIS**

La observación clínica del escurrimiento genital permite hacer un diagnóstico diferencial entre el normal y patológico. Por otra parte los métodos de laboratorio permite el diagnóstico de certeza.

De aquí la importancia en un primer nivel de atención de correlación de los hallazgos clínicos y de laboratorio con un tratamiento adecuado y satisfactorio e integral de la pareja.

Asegurandose así el éxito de una terapéutica adecuada con un ahorro en costo y tiempo al disminuir en forma considerable la cronicidad del padecimiento cervicovaginal.

## OBJETIVOS

### a) GENERAL:

- 1 - Prevenir y controlar la transmisión de secreción vaginal anormal en la población derechohabiente del Instituto, que mas frecuentemente está expuesta (edad reproductiva) con vida sexual activa
- 2 - Señalar cuales son los sintomas y signos más comunes que prevalecen en los diferentes tipos de flujo vaginal anormal
- 3 - Contribuir al mejoramiento en la calidad, atención y tratamiento y las condiciones de bienestar de la población

### b) ESPECIFICOS:

- 1 - Proporcionar información y orientación específica através de la identificación de los agentes patógenos mas frecuentes en su incidencia
- 2 - Detectarse oportunamente la población derechohabiente en riesgo, sus portadores y contactos
- 3 - Establecer el control oportuno en los casos detectados y sus contactos
- 4 - Normatizar los criterios de tratamiento en relación a signos, sintomas y resultados de laboratorio en orden de importancia

- 1 - Ficha de identificación
- 2 - Hábitos personales
- 3 - Antecedentes gineco-obstétricos
- 4 - Síntomas
- 5 - Exploración ginecológica
- 6 - Resultados de laboratorio
- 7 - Resultados de DDC
- 8 - Biopsia
- 9 - Enfermedades concomitantes
- 10 - Diagnóstico y tratamiento
- 11 - Seguimiento hasta la curación
- 12 - Observaciones

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

**Paciente femenino que:**

- a) Se encuentra con periodo menstrual
- b) Haya recibido tratamiento médico a base de antibióticos sistémicos dos semanas previas al estudio
- c) Se haya realizado ducha vaginal ó haya tenido relación sexual en las últimas 12 hrs previas a la exploración ginecológica
- d) Se programo su cita y no acudieron en más de dos ocasiones a su control
- e) No aceptaron el estudio exploración física y/o tratamiento médico

## CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- 1 - Poblacion derechohabientes no asienta al consultorio 4
- 2 - Hombres en general
- 3 - No se presentó a consulta en turno matutino
- 4 - Acudió a consulta fuera del periodo de tiempo comprendido en éste estudio.
- 5 - Embarazo
- 6 - Puerperio fisiológico
- 7 - Curso con enfermedad inflamatoria pelvica
- 8 - Enfermedad sistémica en tratamiento
- 9 - Bajo tratamiento Hormonal estrogénico.
- 10 - Fuera del grupo de edad establecido
- 11 - No reunió las condiciones especificas de inclusión
- 12 - Abandonó tratamiento
- 13 - No se realizó estudios de laboratorio
- 14 - Baja voluntaria

## PLANES PARA LLEVAR A CABO LA INVESTIGACIÓN

### 1.- Tipo de estudio:

Estudio descriptivo, retrospectivo, longitudinal de corte transversal, observacional

### 2.- Lugar, tiempo y población.

Lugar: Clínic Hospital "Dr. Rafael Barba Ocampo" ISSSTE en Cuscutla, Morelos.

Tiempo: Mayo a Octubre de 1994.

Población: El universo de estudio está formado por mujeres que están adscritas al consultorio no 4 de medicina familiar. Turno matutino que acudieron a consultas por primera vez o en forma subsecuente a consulta en los meses de Mayo a Octubre de 1994.

### 3.- Criterios de Inclusión:

- a) Toda mujer con inicio o no de vida sexual activa
  - b) Edad de 20 a 40 años
  - c) Que dieron su consentimiento y cooperación para el llenado del cuestionario de recolección de datos y aceptaron exploración ginecológica completa, previa explicación del método de estudio y fin del mismo
  - d) Esgurrimento genital anormal con o sin sintomatología vulvovaginal independientemente del tiempo de evolución y/o tratamientos ginecológicos previos
  - e) Se incluyeron pacientes núbiles que acudieron a consulta con las características del inciso d
  - f) Que continuaron con sus citas de control, hasta la total resolución del problema inicial con una exploración Ginecológica normal, incluyendo exudado, cristalino, inodoro.
- 4.- Instrumento de recolección de datos
- El instrumento de recolección de datos consta de (3) páginas con 37 incisos que se subdivide en la siguiente forma

## MATERIALES Y METODOS

### Tipo de estudio:

**Descriptivo, retrospectivo, longitudinal, corte transversal, observacional.**

El presente estudio se realizó en la clínica Hospital "Dr. Rafael Barba Ocampo" del ISSSTE en Cuautla Morelos con pacientes femeninas derechohabientes adscritas al consultorio No. 4, que acudieron al servicio de medicina general familiar en el turno matutino que labora de 8:00 a 14:00 de los meses de mayo a octubre de 1994.

Teniendo como parametro el estudio de escurrimiento genital anormal, secuencial de las mujeres que presentaron alguna manifestación por lo menos subjetiva de secreción vaginal.

De acuerdo a la pirámide de población de 714 mujeres comprendidas entre los 20 a 40 años de edad, se tomó un 10 % de la misma dándonos un total de 71 pacientes a estudiar con vida sexual activa.

Sin tomar en cuenta la religión, estado civil, paridad ó historia Gineco-obstétrica para fines de análisis clínicos se conto con la información completa de 24 casos.

En una sala de consulta se efectuaron en el siguiente orden entrevista dirigida, exploración física ginecológica, tratamiento médico inicial y estudio de laboratorio previa cita.

En la segunda consulta se valoraron los resultados de los estudios. Cuando los métodos de exploración fueron normales ó negativos se dió de alta a la paciente, pero si alguno resultó sospechoso ó positivo y era considerado de alto riesgo se indicó un tratamiento específico.

Se tomaron como criterios de exclusión hombre en general, mujeres menores de 20 años y mayores de 40 años. Las que nos dieron su consentimiento o cooperación para llenar cuestionario dirigido, embarazo ó tratamiento ginecológico reciente a la fecha del estudio y/o sangrado menstrual reciente.

Se contó con la cooperación del personal del laboratorio quienes fueron los encargados de supervisar las lecturas al microscopio de los frotis en fresco, tinción de gram, pruebas y reporte del patrón microbiano.

El registro de diagnóstico final se basa en 24 estudios de laboratorio realizados en las mujeres con sospecha o pruebas de enfermedad cervico-vaginal en particular flujo vaginal anormal referido.

El resultado de Exploración física se registró de manera que clasificaron las mujeres en tres grupos

- 1 - Sin hallazgos patológicos
- 2 - Con sospecha de enfermedad cervico-vaginal
- 3 - Datos firmes de enfermedad

FALLA DE ORIGEN

## METODO

### 1.- Vaciamiento Vesical

2.- Fuente de luz directa a la mesa de exploración con lámpara de pie, por detrás y a la derecha o izquierda del medico y cuyo haz luminoso se centra en el introito.

3.- No se realizara aseó vulvar previo, ya que éste arrastrará el flujo contaminante de la vulva, que es fundamental para el diagnóstico clínico. 23, 24

4.- El medico debe estar sentado en un banco (giratorio ó taburete) a una altura tal que coloque su línea visual a nivel del introito vaginal

5.- Posición ginecológica la más ideal. En condiciones que se requiera un examen vesical del tercio superior de la pared anterior (fistula o para reponer un útero desviado, es necesario la posición genucubital. Bipedestación cuando no se corrobora la existencia de un prolapso sospechoso. 23, 24

6.- Guantes preferentemente desechables

7.- Espejo vaginal sin lubricante 23, 24

El examen comienza con la inspección de la vulva, y el perineo metódicamente para no omitir ninguno de ellos

La inspección de la vulva se inicia con monte de venus, vulva en conjunto, situación y grado de abertura, características de los elementos que lo componen, grandes labios, ninfas, vestibulo, himen, uretra, coloración de la mucosa vulvar. En las vírgenes o nuliparas aún en posición ginecológica la vulva se presenta cerrada (no se ve el vestibulo) si existen prolapso se ven formaciones a través del introito.

La separación de los labios menores con el índice y el pulgar nos permite observar de delante a atrás clitoris, orificio uretral y los de las glándulas de skene himen y orificio vaginal, orquilla vulvar y ano, a los lados labios menores y mayores, glándulas de Bartholin. 23

Se continúa con inspección de la vagina y cuello uterino siendo solo posible con espejo vaginal (cusco) obteniendo los siguientes datos en vagina aspecto de la mucosa, secreciones, tumores, etc

La vagina se describe como un órgano de paredes rugosas y resistentes que limitan una cavidad estrecha o virtual en las nuliparas y de paredes lisas suaves y blandas con cavidad amplia en multiparas, coloración normal (rosado pálido) 23



El examen del cuello considera volumen, forma, color, superficie, consistencia, orificio externo y secreciones

- a) Volumen, puede ser pequeño, mediano ó grande (pequeño en adolescentes, grande en multiparas)
- b) Forma, circular o cilindrocónica en multiparas, alargado, horizontal ó cilindrico en multiparas
- c) Color rosado palido semejante al de la vagina de color uniforme
- d) Superficie lisa normalmente, es irregular, abollonada en procesos inflamatorios crónicos en carcinomas cervicales o desgarres puerperales. El cuello sano es liso, brillante
- e) Consistencia del hocico de tenca, se explora con la oliva del histerómetro. Es elástica, firme, blanduzca en el embarazo, dura, leñosa en infiltraciones carcinomatosas
- f) Orificio externo, circular en multiparas más o menos desgarrado en multiparas casi siempre permeable en multiparas. Lo habitual es hayar el ectropión de la mucosa endocervical que aparece como una zona roja, que se destaca del rosa pálido del exocervix. En condiciones patologicas varía la cantidad y aspecto del moco cervical (tapón mucoso cervical), sustancia incolora, muy adherente, semejante a la clara de huevo

Los fondos de saco vaginales son cuatro anterior, posterior y laterales, derecho e izquierdo. Son superficies concavas, depresibles blandas, no dolorosas, más profundo el posterior que el anterior y los laterales rodean al cuello uterino que se encuentra en la parte media.

Palpacion, comprende palpacion del abdomen, tacto vaginal, palpacion combinada abdomino-vaginal

Del útero se determinará situación, volumen, forma, superficie, consistencia, movilidad, sensibilidad

## TECNICA USADA EN EL LABORATORIO DE LA UNIDAD

### 1 - Toma de la muestra en condiciones ya referidas

Laminilla que después se tiñe (Frotis) se seca, se fija en flama de mechero de Bunsen, se tiñe con colorantes de violeta de genciana, lugol, safranina, alcohol acetona al 3 % previo lavado en cada una de las tinciones con agua.

Observación al microscopio con una gota de aceite en inmersión a 100X.

### 2 - FRESCO gram + , y gram - , gardnerella vaginalis, proteus, estafilococcus, cándida, E. Coli, Klebsiella, proteus

### 3.- Cultivo

- Agar sangre (gram -)
- E M B (gram - proteus)
- Sal y manitol (estafilococco, albus, aureus).
- Biggy (cándida y levaduras)

### 4.- Siembra y lectura a las 24 horas

Si no se identifican gérmenes se agrega bioquímica.

- Urea (proteus)
- Mio (medio, indol, ornitina)
- Lia (Agar, lisina, hierro)
- Kligger.

## RECOLECCIÓN DE LA INFORMACION

### CUESTIONARIO

#### I.- Ficha de identificación

1 - Nombre

2 - Edad

3 - Cedula

4 - Estado Civil

5 - Ocupacion

6 - Domicilio

7 - Tiempo de evolución de padecimiento

a) 3 meses

b) 6 meses

c) más de 6 meses

8.- Tratamientos previos por infección vaginal

a) Si

b) No

#### II.- Hábitos personales

9 - Tipo de ropa interior

a) Nylon

b) Nylon con algodón

c) Algodón

10 - Higiene

a) Baño diario

b) Baño cada tercer día

c) Uso de tampones

d) Uso de ducha vaginal

#### III.- Antecedentes Gineco-obstétricos

a) Menarquia

b) Ciclo promedio

c) Regular

d) Irregular

e) I V S A

f) Gesta

g) Para

h) Cesárea

i) Aborto

j) Obito

k) F U R

**IV.- PLANIFICACIÓN FAMILIAR:****11 - Metodo anticonceptivo**

- a) Ninguno
- b) Apoyo (espermicidas)
- c) Ritmo
- d) Hormonales orales

- e) Hormonales inyectables
- f) D.I.U. (Tcu, Assa Lippes Loop)
- g) Quirúrgico
- h) Coitus interruptus

**V.- Sintomas****12 - Características referidas, flujo vagina**

- a) Leucorrea (blanco)
- b) Melanorrea (gris)
- c) Xantorrea (amarillo)
- d) Clororrea (verde)

- e) Mixorrea (mucooso)
- f) (sanguinolenta)
- g) (transparente)

**13 - Aspecto referido del flujo vaginal**

- a) Grumoso
- b) Líquido
- c) Espeso

**14 - Olor referido Flujo vaginal**

- a) Inodoro
- b) Fétido

- c) Olor a pescado post-coital

**15 - Cantidad**

- a) Abundante
- b) Moderada

- c) Variable

**16 - Sintomatología**

- a) Si
- b) No
- c) Prurito

- d) Ardor
- e) Disparemia

FALLA DE ORIGEN

17 - Modificaciones con el ciclo menstrual

- a) Si
- b) No

VI.- Exploración Ginecológica

18 - Vulva

- a) Normal
- b) Eritema

c) Enrojecimiento

19.- Uretra

- a) Normal
- b) Anormal

20 - Glándulas de B U N S.

- a) Normales
- c) Anormales

21.- Vagina

- a) Normal
- b) Eritema
- c) Vesículas

- d) Edema
- e) Puntos hemorrágicos
- f) Otros.

22.- Cervix

- a) Anormal
- b) Edema
- c) Eritema
- d) Friable

- e) Secreción purulenta endocervical
- f) Ausencia de cervix (histerectomía)
- g) No se visualiza (nubil)

## 23 - Lesión Cervical

- a) Ectropión
- b) Quiste de Naboth
- c) Pólipo
- d) Leucoplasia
- e) Ulceración

- f) Sin lesión aparente
- g) Tumoración
- h) Desgarro
- i) Erosión

## 24 - Cistocele

- a) GI
- b) GII

- c) GIII

## 25.- ANEXOS

- a) Normales
- b) Grandes

- c) Dolorosos

## 26.- Fondos de saco

- a) Libres
- b) Ocupados

27.- Características flujo explorado  
- Color:

- a) Blanco
- b) Amarillo
- c) Gris
- d) Sanguinolento

- e) Verdoso
- f) Café
- g) Transparente

## - Cantidad:

- a) Abundante
- b) Moderada

- c) Escasa

## - Aspecto:

- a) Líquido
- b) Grumoso

- c) Espumoso

- Olor

- a) Inodoro
- b) Fetido

c) Olor a pescado

## VII.- Laboratorio

### 28 - Resultados de laboratorio

- A) Determinación PH
- B) Pruebas de Aminas

- a) Positiva
- b) Negativa

### C) Exámen en fresco

- a) Leucocitos
- b) Células guía

- c) Levaduras
- d) Tricomonas

### D) Tinción de Gram

- a) Lactobacilos
- b) Cocos gram variables
- c) Bacilos curvos gram negativos
- d) Cocos gram positivos
- e) Bacilos gram negativos

- f) Células guía
- g) Levaduras
- h) Leucocitos
- i) Otros

### E) Patrón Microbiano

- a) Mixto
- b) Tricomonas
- c) Moniflas
- d) Inespecifico
- e) Viral

- f) Bacteriano
- g) Cooide
- h) Amiba
- i) Herpes
- j) Chlamidia

**VIII.- Citología Exfoliativa****29 - Resultado de D O C**

- a) NI sin infección
- b) NI con infección
- c) NII con infección
- d) NIII con infección
- e) Displasia

**30 - Biopsia****31 - Patología agregada**

- a) Obesidad
- b) Diabetes
- c) Hipotiroidismo
- d) Alteración de la estática pélvica
- e) Infección urinaria
- f) Otros

**32 - Diagnóstico**

- a) Específico
- b) Inespecífico

**33 - Tratamiento**

- a) Específico
- b) Inespecífico
- c) Individual
- d) De pareja

**34 - Seguimiento hasta la curación**

- a) Si
- b) No

**35 - Observaciones****IX Aspectos éticos, riesgos de investigación, consentimiento informado.  
( Bioseguridad)****Declaración de Helsinki**

Adoptada por la 18a Asamblea Médica Mundial, (Helsinki 1964), revisada por la 29a Asamblea Médica Mundial (Tokio 1975) y enmendada por la 35a Asamblea Médica Mundial (Venecia 1983), y la 41a Asamblea Médica Mundial (Hong-Kong 1989)



## INTRODUCCIÓN

La misión del médico es velar por la salud de la humanidad, sus conocimientos y su conciencia deben dedicarse a la realización de esta misión

La declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial señala el deber del médico "Velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente".

El propósito de la investigación biomédica en seres humanos es mejorar los procedimientos diagnóstico terapéuticos y preventivos y la comprensión de la etiología y patogenia de la enfermedad

Este trabajo de Frecuencia de escurrimiento genital anormal en la paciente en edad reproductiva realizado en la Clínica Hospital Dr. Rafael Barba Ocampo del ISSSTF en Cuautla, Morelos, no involucró ningún riesgo para el paciente ya que exclusivamente fue un trabajo de investigación médica con el fin diagnóstico y preventivo y no tiene valor diagnóstico o terapéutico directo para la persona sujeta a investigación

Se realizó la investigación por Médico General Familiar, bajo la supervisión de un Gineco-obstetra que asesoró durante todo el trabajo realizado

Se respetó su integridad del ser humano sujeto a investigación resguardando su intimidad y reduciendo al mínimo el efecto de la investigación sobre su integridad física, mental y personalidad

Se informó adecuadamente a cada participante de los objetivos, métodos, beneficios y tipo de exploración que el estudio implica, con el consentimiento voluntario y consciente de la paciente

Cumplidos los requisitos de consideraciones éticas se procedió al estudio de investigación, cumpliendo así los principios enunciados en esta declaración

## HORARIO

## DIAS DE LA SEMANA

## CRONOGRAMA

8.00 A.M.  
a  
14.00 P.M.

Lunes  
a  
Viernes

- Entrevista a pacientes ginecológicas en edad reproductiva captados en la consulta diaria
- Planificación familiar
- Educación para la salud
- Detección oportuna para CACU y mamario con canalización para estudio de papanicolaó
- Interrogatorio para elaboración y llenado de cuestionario en estudio
- Investigación de contacto y factores predisponentes
- Exploración ginecológica completa
- Especificación de secreción vaginal
- Envío a laboratorio para estudio etiológico de escurreimiento vaginal anormal
- Entrega de material y equipo utilizado a C.E. y E. por enfermería
- Labores administrativas Llenado de expediente clínico, informe diario del médico
- Tratamiento médico inicial de acuerdo a diagnóstico previo
- Cita de la paciente para control subsecuente y de su pareja sexual
- Medidas preventivas
- Recorrido diario a hospitalización de acuerdo al servicio asignado de las principales especialidades en la unidad cirugía general, ginecoobstetricia Medicina interna y pediatría
- Evaluación del cuestionario, resultados del laboratorio y eficacia de tratamientos
- Estadísticas

**Meses**

Mayo  
 a  
 Julio

- Entrevista dirigida, exploración ginecológica. Estudios de laboratorio y tratamiento médico inicial

Julio  
 a  
 Agosto

- Laboratorio y exploración ginecológica de control. Tratamiento específico, tratamiento de pareja. Se inicia recopilación de Bibliografía y diseño de la investigación

Septiembre  
 a  
 Octubre

- Valoración de resultados, comparativo con tratamientos, se inició elaboración de tesis con asesoría de ginecólogo de la unidad en integración de datos de cédula de información. Elaboración en borrador de tesis

Noviembre  
 a  
 Diciembre

- Conclusión y corrección de tesis por Titular, asesor y jefe de enseñanza. Impresión en imprenta de tesis

**RECURSOS HUMANOS**

1 - Bravo Plascencia Francisca	Química
2 - Dr. Chavez Ortuño Jose Luis	Gineco-obstetra
3 - Dominguez Trujillo Leonor	Técnica laboratorista
4 - Jimenez Gomez Catalina	Enfermera General
5 - Mucito Celon Gregoria	Técnica laboratorista
6 - Salgado Bautista Ofelia	Enfermera General
7 - Vara Cervantes Luisa	Enfermera General
8 - Carreño Jimenez Cuauthemoc	Epidemiologo

## **MATERIAL, APARATOS Y EQUIPOS UTILIZADOS EN EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.**

- 1 - Abatelenguas
- 2 - Banco de altura
- 3 - Banco giratorio
- 4 - Espejo vaginal de Cusco
- 5 - Gasa esteril
- 6 - Histerometro
- 7 - Hojas de papel bond
- 8 - Instalaciones del consultorio No. 4 del ISSSTE en Cuautla, Morelos
- 9 - Lampara de chicote
- 10 - Mesa de exploracion
- 11 - Pinza de museux
- 12 - Pluma atomica
- 13 - Sábana de algodón
- 14 - Técnicas especificadas por laboratorio de la unidad para la identificación de agente causal
- 15 - Solución fisiologica

**PRESUPUESTO:**

Programados y presupuestados por el ISSSTE, se realizó una selección cuidadosa para solicitar los estudios de laboratorio que se creyeron necesarios para los fines de este trabajo.

Adaptandonos a las necesidades de nuestra clínica Por lo que no se logro en un 100 % el objetivo a demostrar lo planeado

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN****Dr. Carcho Jiménez Cuauhtemoc****Epidemiólogo  
Adscripción ISSSTE Cuautla  
Depto. de salud pública  
Tel. 2-15-80****Dr. Chávez Ortuño Luis****Gineco-obstetra  
Adscripción ISSSTE Cuautla  
Telf. 2-15-80****C. Domínguez Trujillo Leonor****Técnica laboratorista  
Adscripción Cuautla  
Tel. 2-15-80**

**DISTRIBUCIÓN POR EDAD DEL GRUPO EXAMINADO CON  
ESCURRIMIENTO GENITAL ANORMAL.**

<b>GRUPO</b>	<b>RANGO DE EDAD</b>	<b>NUMERO</b>	<b>%</b>
1	20 a 24 años	1	4.1
2	25 a 29 años	4	16.6
3	30 a 34 años	6	25
4	35 a 40 años	13	54
	<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>99.7%</b>

**Tabla No. 1**

Fuente: Cédula de Recolección de datos ISSSTE Cuautla



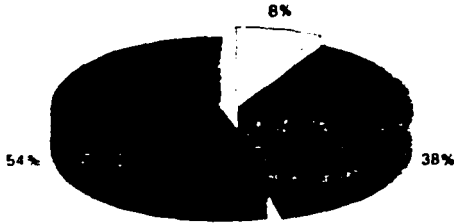
**TIEMPO DE EVALUACIÓN DE ESCURRIMIENTO GENTAL ANORMAL EN PACIENTES ESTUDIADAS.**

<b>TIEMPO</b>	<b>No. DE PACIENTES</b>	<b>%</b>
3 meses	2	8.3
6 meses	9	37.5
Más de 6 meses	13	54.1
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>99.9%</b>

**Tabla No. 2****Fuente:** Cédula recolección de datos ISSSTE Cuautla

## TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE ESCURRIMIENTO GENITAL ANORMAL EN PACIENTES ESTUDIADAS.

Grafica No. 1



FALLA DE ORIGEN

TIEMPO	No. DE PACIENTES	%
3 meses	2	8.3
6 meses	9	37.5
Más de 6 meses	13	54.1
TOTAL	24	99.9%

Fuente: Cédula de recopilación de datos

**INICIO DE VIDA SEXUAL EN PACIENTES ESTUDIADAS****Tabla No.3**

Fuente. Cédula de recolección de datos.

<b>EDAD</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>%</b>
16	1	4.1
17	4	17.0
18	2	8.3
19	4	14.0
21	3	12.5
22	1	4.1
23	3	2.5
24	2	8.3
25	2	10.5
26	1	4.1
27	1	4.1
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	

## MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR UTILIZADO POR LAS PACIENTES EN ESTUDIO

Tabla No. 4

MÉTODOS	NÚMERO	%
Quirúrgico	10	41.6
Sin método	5	20.8
DIU	4	16.6
Ritmo	1	4.1
Hormonales Orales	1	4.1
Hormonales Inyectables	1	4.1
Coitus Interruptus	1	4.1
Histerectomía	1	4.1
TOTAL	24	99.5 %

Fuente: Cédula de recopilación de datos ISSSTE Cuautla.

**CARACTERISTICAS DE ESCURRIMIENTO GENITAL REFERIDO  
EN PACIENTES ESTUDIADAS**

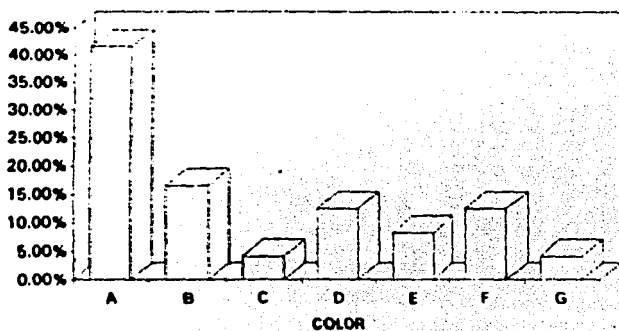
<b>COLOR</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>%</b>
Amarillo	4	16.6
Transparente	2	8.3
Blanco	10	41.6
Mucosos	1	4.1
Verde Claro	1	4.1
Combinado	6	25.0
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>99.7 %</b>

**Tabla No. 5**

Fuente: Cédula de recolección de datos ISSSTE Cuautla.

## PORCENTAJE DE CARACTERÍSTICAS EN LA EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA DE PACIENTES EN ESTUDIO.

**Gráfica No. 3**

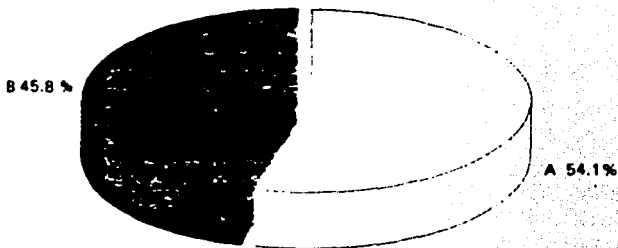


A.- Blanco	41.6%
B.- Amarillo	16.6%
C.- Verde claro	4.1%
D.- Transparente	12.5%
E.- Mucoso	8.3%
F.- Gris	12.5%
G.- Sanguinolento	4.1%

Fuente: Cédula de recolección de datos ISSSTE Cuautla.

**PORCENTAJE DE SINTOMAS Y SU RELACIÓN CON EL NÚMERO  
DE PACIENTES ESTUDIADAS CON ESCURRIMIENTO  
GENITAL ANORMAL**

Gráfica No. 4



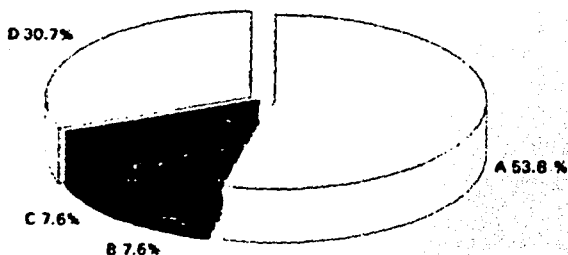
A - Con síntomas	54.1%
B - Sin síntomas	45.8%

Fuente: Cédula de recolección de datos ISSSTE Cuautla.

FALLA DE ORIGEN

**PORCENTAJE DE SINTOMAS Y SU RELACIÓN CON EL NÚMERO DE PACIENTES ESTUDIADAS CON ESCURRIMIENTO GENITAL ANORMAL.**

**Gráfica No. 5**



**FALLA DE ORIGEN**

A - Prurito	53.8 %
B - Ardor	7.6 %
C - Dispareunia	7.6 %
D - Más de dos síntomas	30.7 %

Fuente. Cédula de recolección de datos ISSSTE, Cuautla.



**ESTUDIO DE EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA INDIVIDUAL Y ALTERACIONES DE ÓRGANOS GENITALES EN PACIENTES ESTUDIADAS CON ESCURRIMIENTO GENITAL ANORMAL.**

	VULVA	URETRA	Glándulas B.U.N.S.	VAGINA	CERVIX
	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %
Con hallazgos Patológicos	6 25		1 4.1	3 12.5	17 70.8
Sin hallazgos Patológicos	18 75	24 100	23 95.8	11 87.5	7 29.1
<b>TOTAL</b>	24 100%	24 100%	24 99.9%	24 100%	24 99.9%

**Tabla No. 6**

Fuente de recolección de datos ISSSTE Cuautla

**ESTUDIO DE EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA INDIVIDUAL Y  
ALTERACIONES DE ÓRGANOS GENITALES EN PACIENTES  
ESTUDIADAS CON ESCURRIMIENTO GENITAL ANORMAL.**

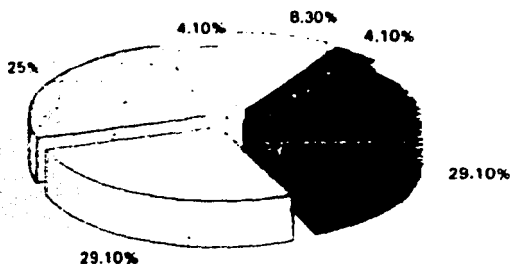
	<b>VULVA</b>	<b>URETRA</b>	<b>Glándulas B.U.N.S.</b>	<b>VAGINA</b>	<b>CERVIX</b>
	<b>No. %</b>	<b>No. %</b>	<b>No. %</b>	<b>No. %</b>	<b>No. %</b>
<b>Con hallazgos Patológicos</b>	6 25		1 4.1	3 12.5	17 70.8
<b>Sin hallazgos Patológicos</b>	18 75	24 100	23 95.8	11 87.5	7 29.1
<b>TOTAL</b>	24 100%	24 100%	24 99.9%	24 100%	24 99.9%

Tabla No. 6

Fuente de recolección de datos ISSSTE Cuautla

## LESIÓN CERVICAL EN EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA DE PACIENTES ESTUDIADAS.

Gráfica 6

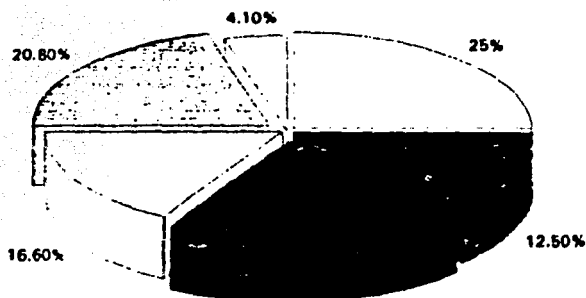


	NÚMERO	%
Ectropion	2	8.3
Quiste de Naboth	1	4.1
Ulceración	7	29.1
Erosión	6	25.0
Sin lesión aparente	7	24.1
Desgarro	1	4.1
TOTAL	24	99.1

Tabla No. 7

Fuente: Célula de recolección de datos ISSSTE Cuautla

Gráfica 7



Patrón Microbiano  
Reportado por laboratorio

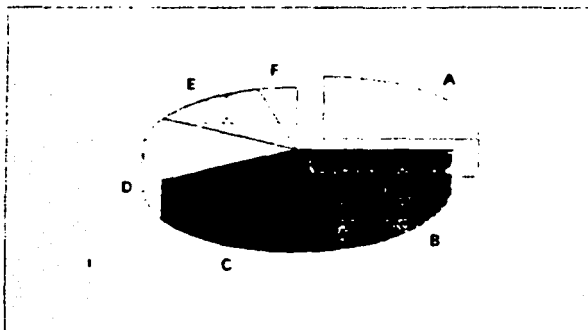
	NÚMERO	%
Mixto	6	25
Tricomonas	3	12.5
Morélicas	5	20.8
Bacteriano	4	16.6
Cococido	5	20.8
Otros	1	4.1
TOTAL	24	99.8 %

Tabla No. 8

Fuente: Cédula de recolección de datos ISSSTE. Cuautla

## GÉRMENES PATÓGENOS AISLADOS EN CULTIVO CERVICO VAGINAL Y SU RELACIÓN CON EL NÚMERO DE PACIENTES ESTUDIADAS.

Gráfica 8



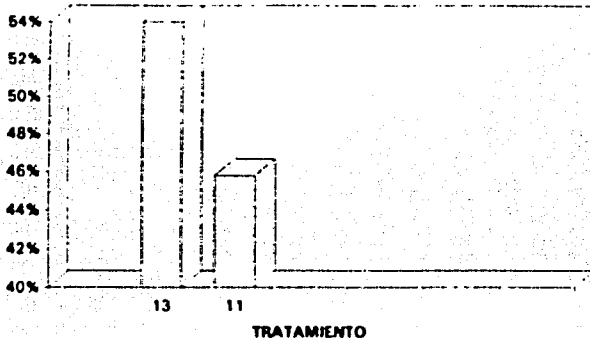
### GÉRMENES

A - Míxto	25%
B - Monilias	20.8%
C - Coccide	20.8%
D - Bacteriana	16.6%
E - Tricomonas	12.5%
F - Estafilococcus Coagulasa +	4.1%

Fuente Cedula de recopilación de datos ISSSTE Cuautla

## TIPO DE TRATAMIENTO MÉDICO DADO A LA PACIENTE GINECOLÓGICA EN ESTUDIO

Gráfica No. 9



	NÚMERO	%
Específico	13	54
Inespecífico	11	45.8
TOTAL	24	99.8 %

Fuente: Cédula de recolección de datos ISSSTE Cuautla.

**RELACIÓN DE PAREJA SEXUAL ACTUAL Y TRATAMIENTO  
RECIBIDO.**

<b>PAREJA Y TRATAMIENTO</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>%</b>
Acudieron a tratamiento	6	25
No acudieron a tratamiento	17	70.8
No tiene pareja	1	4.1
No acudieron a tratamiento pero lo tomaron	17	70.8

**Tabla No. 9**

Fuente: Cédula de recolección de datos ISSSTE Cuautla.

## ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

Se estudiaron 24 pacientes excluyéndose 48 pacientes que no reunieron las características condicionadas para estudio. En un periodo de Mayo a Octubre de 1994

Se tomó como rango de edad desde los 20 a 40 años. La mayor frecuencia correspondió al grupo de edad de los 35 a 40 años (13 mujeres) con un porcentaje del 54 %. Tabla 1  
La cual se obtuvo lo siguiente

Media aritmética	=	6
Mediana	=	6
Moda	=	0

La evolución del escurrimiento genital anormal con mayor frecuencia fue de más de 6 meses con un porcentaje de 54.1 % (de mujeres) Tabla 2 y gráfica 1

Media aritmética	=	8
Mediana	=	11
Moda	=	0

El tipo de ropa interior más empleada por las pacientes en estudio fue la ropa nylon con algodón en 79.1 % (19 pacientes) y sólo 16.6 % (4) usan algodón exclusivamente. Gráfica 2

El inicio de la vida sexual activa se presentó con mayor frecuencia en el rango de 17 a 23 años de edad y en menor frecuencia en los siguientes rangos 24 a 27 años. Tabla 3

Media aritmética	=	2.18
Mediana	=	2
Moda	=	1

Los métodos de planificación familiar más utilizados fueron Quirúrgico con 41.6 % (10 pacientes) un 20.8 % sin método y un 16.6 % con D.I.U. Tabla 4

Media aritmética	=	3
Mediana	=	1
Moda	=	1

FALLA DE ORDEN



Las características del escurrimiento genital referido por la paciente en estudio corresponde a la coloración blanca (leucorrea) con un 41.6%, amarilla en un 16.6%, combinada con un 25%. Gráfica 3 y tabla 5

Media aritmética	=	4
Mediana	=	3
Moda	=	1

Porcentaje de síntomas positivos, se obtuvieron en un 54.1% (13) y un 45.8 no refirió ninguno (11 pacientes) Gráfica 3

El mayor porcentaje de síntomas referidos corresponden al prurito con 53.8% y más de dos síntomas con un 30.7% (3) Tabla 6

La lesión cervical más frecuentemente encontrada fué ulceración con 29.1% (7) erosión 25% de la población en estudio sin lesión aparente Gráfica 6 y tabla 7.

Media aritmética	=	4
Mediana	=	4
Moda	=	0

Patrón microbiano resultado por laboratorio en orden de frecuencia mixto con un 25% (6) moniliasis con 20% y bacteriano con 16.6%. Gráfica 7 Tabla 8

Media aritmética	=	4
Mediana	=	4.5
Moda	=	5

El Germen patógeno más frecuente en cultivo cervicovaginal de pacientes en estudio corresponde mixto en 25%, monilias y cocoide con 20.8% cada uno y bacteriana con 16.6% Gráfica 8

El tipo de tratamiento dado al paciente ginecológica en estudio fué específico en un 54.1%; inespecífico 45.8% gráfica 9

La relación de pareja sexual actual y el tratamiento recibido fué el siguiente Acudieron a tratamiento en un 70.8%, no acudieron a tratamiento pero lo tomaron 70.8% (17) Tabla 9

Media aritmética	=	10.25
Mediana	"	11.5
Moda	"	17

**Análisis y conclusiones.** El estudio de la ecología microbiana de la vagina humana identifica algunas especies como simbiosis inócuos (*Lactobacilos acidophilus*), otros patógenos (*neisseria gonorrhoeae*) mientras que otros se colocan en una posición intermedia.

Encontrándose diversas especies microbianas con características de potencial patogenicidad diferentes, acompañándose o no de manifestaciones clínicas de acuerdo a intervención conjunta de diversos factores.

**Los géneros más frecuentes.** *Cándida Albicans* y *Gardnerella*

La homeostasis regulada por el desarrollo adecuado de procesos interactivos en las especies y el huésped, por lo que los procesos inflamatorios y la reactividad del huésped adoptan diversos aspectos según agente patógeno.

De aquí la importancia de si el ecosistema vaginal de la persona en estudio está en condiciones fisiológicas o patológicas y como se debe proceder para determinarlo. Estudios sencillos pueden proporcionar información útil para la solución del problema (2, 11).

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Mediante el estudio de investigación realizado en mujeres derechohabientes en edad reproductiva se concluye

- 1 - Un escurrimiento genital abundante no es sinónimo de enfermedad ya que ésta aparece en el periodo ovulatorio, en pacientes con ectropión o cuando se realiza terapia estrogénica
- 2 - La sintomatología no es patognomónica de una determinada etiología
- 3 - Siempre debe integrarse el diagnóstico clínico y de laboratorio y no basarse exclusivamente en el estudio microscópico del escurrimiento genital
- 4 - Generalmente la etiología es múltiple como se observa en los resultados de éste trabajo
- 5 - Frecuentemente existe la asociación de una infección vaginal con una cervical y/o vulvar tanto que generalmente se habla de cervicovaginitis, vulvovaginitis ó cervico-vulvovaginitis
- 6 - Para el diagnóstico microscópico de infección la obtención de la muestra se hará de: la pared vaginal para *Candida Albicans* del fornx posterior para *Trichomonas vaginalis* y *Gardnerella vaginalis*
- 7 - Ante la presencia de escurrimiento genital los exámenes que deben incluirse a parte de la Colposcopia y la citología son pruebas del olor, frotis en fresco, coloración de Gram y especial cuando así se determine
- 8 - El tratamiento siempre debiera ser específico además de tener siempre presente las normas higiénicas genitales
- 9 - El conocimiento del problema y el interés por parte del paciente, de los médicos y de la población expuesta a riesgo es uno de los objetivos de éste estudio
- 10 - Educación sexual a población abierta no sólo derechohabientes sobre todo a nivel de atención primaria como objetivo principal

## TEXTOS

- 1 - Anne Klibanski Endocrinología Reproductiva. Fisiopatología, Smith/Thier, 2ª edición Edic Panamericana Pág 505, 1993.
- 2 - Anthony Wisdom Enfermedades de transmisión sexual. Editorial Wolff. Pág 7-9, 38-53, 60, 61, 152, 153, 172, 173, 180-187, 1992.
- 3 - Calatroni, Ruiz, Tozzini Ginecología, 3ª edición, Edic Panamericana Pág 400, 402, 403, 408, 434, 437, 1990
- 4 - Edward C Hill MD Examen físico de la mujer, trastorno de la cerviz, manual de cirugía, Theodore r s chock, editorial manual moderno, pag 400, 402, 403, 408, 434, 437, 1990
- 5 - Frances T Fischbach Manual de pruebas Diagnósticas Editorial Interamericana, Mc Graw Hill, pag. 383, 386, 392, 395, 415, 475, 698, 3ª edición 1989.
- 6 - Howard W Jones III Enfermedades de la vulva y vagina Tratado de ginecología de Novak L W Jones III A C LLava Edic Editorial interamericana Mc Graw Hill, pag 507-511
- 7 - Harrison Manual principios de Medicina interna Undécima edición, ed Interamericana Mc Graw Hill, pag 77, 102-106, 116, 121, 177.
- 8 - Irma Mendoza Arestegui Exploración del aparato genital Citopatología Ginecológica Gineco-obstetricia Guías Editorial El Manual Moderno, pag 2, 4, 7, 8, 25-28, 33, 57, 1992
- 9 - J Mensa JM Gotell Guia Terapeutica Antimicrobiana E. Salvat, pag 59, 110, 113-117, 212, 213, 228, 275, . 1991
- 10.- M.K Copass Vaginitis, Terapéutica de Urgencias Médicas, Ed Interamericana, pag 107, 110, 141-143, 2ª edición 1989.
- 11 - Steven A Schroeder Ginecología y Obstetricia Capitulo 13 Diagnóstico clinico y tratamiento, Edición Manual Moderno, pag 266-268, 1993.
- 12.- Dorland Diccionario Enciclopédico University de términos Médicos, Ingles-Español, Ed Interamericana, México, D.F.

13 - **Diccionario enciclopédico University de terminos Médicos, Inglés-Español, Ed Interamericana, México, D F.**

14 - **Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas Undécima edición Salvat Mexicana de ediciones S A de c v**

## REVISTAS:

- 15 - Adolphus Foreman M.D. : *Vaginitis Medicina de Postgrado* Vol 1 Num 4 p 28-33
- 16 - Ceibert J Griffith *Infección Urinaria en la mujer joven Infectologia* Año 13 No 11 Noviembre p 646-649, 652-654 1993.
- 17 - Barbara D Reed MD MSPH *vaginal infections: Diagnosis and Management American Family Physician* June 1993 Vol 47 Number 6 p 1805-1815.
- 18 - Fishbech F Petersen EE *Efficacy of Clindamycin vaginal cream - versus oral metronidazol in the treatment of bacterias vaginosis obstet-Gynecol* p 405-10, sep. 1993 82 (3) ISSN - 0093-7844
- 19.- Gerardo Casanova Román *Enfermedades de transmisión sexual, causa de complicaciones perinatales Enfermedades infecciosas y Microbiología* Vol. 14 No. 1 Enero-Feb. 1994, Asociación Mexicana de infectología p. 27.
- 20 - Hiller SL *Diag Microbiolog of bacterial vaginosis Department of obstetrics and Gynecolog University of Washington Seattle* 98 195 *Am J-Gynecol* Aug 1993. 169 (2 pt 2) p/ 455-9 ISSN0002-9378
- 21 - José Eleazar Barboza Corona QFB - *Tricomoniasis urogenital - Aspectos inmunológicos de candidiasis vaginal recurrente, infectologia* Año 13 No. 12 Diciembre 1993, p 540-541, 687-694.
- 22 - *Publirreportaje Gonorrea Medicina de Postgrado* Vol 1 No 4 p 55-57
- 23 - Servicio Schering Mexicana, S A *infecciones e infestaciones vaginales Boletín de la Federación Mexicana de asociaciones de Ginecología y Obstetricia* No 6 1985 pág. 5-7
- 24 - Reed MD Eyr A *Vaginal Infections Diagnosis and management Department of family practice University of Michigan Medical School, Ann Arbor Am. Fam Physician* Jun 1993 47 (8) pág 1805-1818 ISSN 0002-838X.
- 25 - Steven S Walkin *Aspectos inmunológicos de Candidiasis Vaginal recurrente Infectologia* Año 13 No 9 Septiembre 1993 *Reproducción con autorización the new-england Journal of medicine* 328 (5) 1843 p 540-541.

26 - Sweet RL. New approaches for the treatment of bacterial vaginosis. Department of obstetrics, Gynecology and reproductive-Sciences University of Pittsburgh Magee-Womens Hospital PA 15213 Am J Obstet. Gynecol. Aug 1993 169 (2pt) P. 479-82  
ISSN 0002-9378

**TESIS**

- 27 - Dra. Eloina Castro Factores Predisponentes de cervico-vaginitis crónica en pacientes con vida sexual activa P. 33-34 1991
- 28 - Dra. Hilda Gabriela Madrigal de León Utilización de los criterios de Amsel para Diagnóstico de Gardnerella Vaginalis México, D.F. p. 4, 6, 7-9, 11-12.
- 29 - Dra. Isabel Belem Castillo Carillo Correlación Diagnóstica Clínica y por métodos rápidos de laboratorio del exudado Cérvico-Vaginal p. 2-10, 20-22, 60-62 1991.
- 30.- Dr. José Antonio Ayala S. Detección de Tricomoniasis Vaginal, mediante Frotis y citología Exfoliativa U.N.A.M. P. 1-13. 1991
- 31.- Dr. Marco Antonio Pagola Martínez Frecuencia de vulvovaginitis en mujeres con vida sexual activa en el primer nivel México, D.F. 1985, 1-25.
- 32.- Dr. Rodolfo Virutia Arenas Frecuencia de lesiones premalignas diagnósticadas por citología Exfoliativa en derecho-habientes de la clínica Gustavo A. Madero ISSSTE, parte II, VI, VIII.

FALLA DE ORIGEN