



11226³⁶₇₁

U. N. A. M.

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

I. S. S. S. T. E.

UNIDAD ACADEMICA:

CLINICA HOSPITAL I.S.S.S.T.E EN MAZATLAN, SINALOA

TITULO DEL TRABAJO:

" VULVOVAGINITIS EN EDAD PREESCOLAR Y ESCOLAR "

(EXPERIENCIA OBTENIDA EN LA CLINICA
I.S.S.S.T.E. DE MAZATLAN, SINALOA)

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA LA:

DRA. TERESA DELGADO SALAS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN:

MEDICINA FAMILIAR

MAZATLAN, SINALOA, ENERO DE 1997

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.



U. N. A. M.

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

I. S. S. S. T. E.

UNIDAD ACADÉMICA :

CLÍNICA HOSPITAL I.S.S.S.T.E. EN MAZATLÁN, SINALOA

TÍTULO DEL TRABAJO :

"VULVOVAGINITIS EN EDAD PREESCOLAR Y ESCOLAR"

**(EXPERIENCIA OBTENIDA EN LA CLÍNICA
I. S. S. S. T. E. DE MAZATLÁN, SINALOA)**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA LA :

DRA. TERESA DELGADO SALAS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN :

MEDICINA FAMILIAR

MAZATLÁN, SINALOA; ENERO DE 1996



**"VULVOVAGINITIS EN EDAD
PREESCOLAR Y ESCOLAR"**

**EXPERIENCIA OBTENIDA EN LA
CLÍNICA HOSPITAL DEL I. S. S. T. E.,
EN MAZATLÁN, SINALOA**

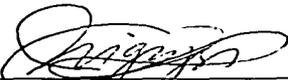


**“VULVOVAGINITIS EN EDAD PREESCOLAR Y ESCOLAR EXPERIENCIA
OBTENIDA EN LA CLÍNICA ISSSTE DE MAZATLÁN SINALOA”**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA LA:
DRA. TERESA DELGADO SALAS.
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN:
MEDICINA FAMILIAR**

AUTORIZACIONES

Dr. Miguel Ángel Fernández Ortega.
Jefe del Departamento de Medicina Familiar.
Facultad de Medicina. U N A M.



Dr. Arnulfo Irigoyen Coria.
Coordinador de Investigación del
Departamento de Medicina Familiar.
Facultad de Medicina. U N A M.



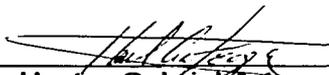
Dra. María del Rocio Noriega Garibay.
Coordinadora de Docencia.
Departamento de Medicina Familiar.
Facultad de Medicina. U N A M.

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

SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA

SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER
EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA : DRA. TERESA DELGADO SALAS
TÍTULO: "VULVOVAGINITIS EN EDAD PREESCOLAR Y ESCOLAR"**



Dr. Hector Gabriel Arteaga Aceves.
Jefe del Departamento de Medicina Familiar
ISSSTE.



Dr. José Castro Cante.
Encargado de Revisión de Trabajos de
Investigación en Medicina Familiar.

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO EN
MAZATLÁN, SINALOA.**



Dr. Lorenzo Lizárraga García
Director Clínica Hospital ISSSTE



Dr. Jaime Vargas Becerra
Jefe de Enseñanza e Investigación.
Clínica Hospital ISSSTE

**CLINICA HOSPITAL
ISSSTE MAZATLAN**



Dr. Hugo Rangel Román
Titular del curso.

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO EN
MAZATLÁN, SINALOA.**



Dr. Jaime Vargas Becerra
ASESOR DE TESIS.



Dra. Ana Elena Pantoja Tolosa.
Jefa de Servicio de Medicina Familiar.



Dr. Jaime Vargas Becerra.
Jefe de Servicio de Ginec Obstetricia.

INDICE

	página
MARCO TEÓRICO	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	5
OBJETIVO GENERAL.....	5
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
HIPÓTESIS.....	6
METODOLOGÍA.....	7
RESULTADOS.....	11
ANÁLISIS.....	21
CONCLUSIONES	22
BIBLIOGRAFÍA.....	24
ANEXOS	25

MARCO TEÓRICO.

DEFINICIÓN. Es una inflamación del epitelio de la vulva y vagina, cuya causa, la puede constituir un sin número de agentes: bacterias, parásitos, hongos, virus, factores alérgicos, físicos, químicos, y en muchos casos el desarrollo de estos agentes es favorecido por una mala higiene de los genitales (1).

Es el padecimiento más común que se presenta en la consulta de Ginecología, Medicina General, de distribución universal y que constituye además un reto para el Médico General, Pediatra y Ginecólogo, ya que puede presentar exacerbaciones y remisiones, o tender a la cronicidad (2).

Puede causar subsecuente infertilidad, subfertilidad y otra morbilidad primaria en la mujer, como dolor pélvico y esterilización, y mortalidad materna fetal eventual por embarazo ectópico (3).

El Médico Familiar y Ginecólogo, desempeñan un papel principal en la prevención, diagnóstico y tratamiento de este tipo de padecimiento, o de otras enfermedades de transmisión sexual.

FISIOPATOGENIA. En las niñas existen algunos factores que las predisponen a la infección, por ejemplo el introito no está protegido por los labios mayores, no hay bacilos de Döderlein, existe pH neutro o alcalino, el epitelio vaginal está inmaduro o atrófico, la vagina está tensa y susceptible a traumas, la cercanía del ano con la uretra, masturbación, forma inadecuada de efectuar la limpieza de la región anal de atrás hacia adelante, manipuleo de los genitales con las manos sucias, etc. (5).

Parsons (4) propone dos mecanismos para explicar cómo la vagina inhibe normalmente el crecimiento de organismos gram negativos:

- 1.- La acidez de las secreciones vaginales.
- 2.- La presencia de una sustancia bactericida o sustancias en las secreciones vaginales.

Estos fenómenos no son estáticos a lo largo de la vida de la mujer, ya que la vagina sufre cambios al nivel del epitelio, pH y flora, que tanto como González y Fernández agrupan en tres etapas (1):

- 1ª etapa: desde recién nacida hasta el final de la lactancia.
- 2ª etapa: prepuberal (de los dos a los doce años).
- 3ª etapa: puberal (de los 12 a los 16 años).

Después de la menopausia, los lactobacilos descienden en número y reaparece la flora mixta.

FACTORES PREDISPONENTES.

Para Davis (6) factores tales como epitelio vaginal atrófico, y una pobre higiene, puede traer predisposición a la infección. Jones refiere que el medico deberá considerar la posibilidad de infección por fomites, tales como toallas o sábanas (4).

Algunos autores mencionan que la pobre higiene perineal en el 68% de los casos produce Vulvovaginitis por **Escherichia coli**, y también refieren que la paciente obesa es la primera candidata para Vulvovaginitis inespecífica por su pobre aereación e higiene perineal. San Filippo hace mención a los factores que incrementan la incidencia de uretritis y cervicitis en adolescentes: incremento de la promiscuidad, sexual, experimentación sexual y el riesgo que conlleva, desarrollo psicológico incompleto, inexperiencia inmunológica, uso de anticonceptivos orales, dependencia económica y falta de apropiadas o aceptables facilidades de salud (7).

Cob Sosa agregan a los factores ya mencionados los siguientes: edad, cambio de pH, epitelio transicional, pobre desarrollo de los genitales, cercanía del ano a la vulva, masturbación, abuso sexual. También menciona que las pantaletas de nylon no permiten una adecuada aereación del área vulvovaginal (6).

ETIOLOGÍA.

Las infecciones e inflamaciones de vulva y vagina suponen el 85% al 90% de todos los problemas genitales en niñas antes de la menarquía (16).

Según Cob Sosa la Vulvovaginitis puede ser inespecífica en el 85% y específica en el 15% (6).

IRRITATIVA.

No es producida por ningún microorganismo, se produce por un proceso inflamatorio fundamentalmente vulvar, en el que el síntoma predominante es el prurito. Muchas patogenias han sido mencionadas: alergia, irritación amoniacal, química como el uso de jabones inapropiados y secundariamente se puede producir infección. Debe realizarse una correcta higiene y esto consigue erradicar el proceso (15).

INESPECÍFICA.

Rubén Alvarez menciona que la Vulvovaginitis inespecíficas se denominan así porque siempre se encuentran varias bacterias y no es posible saber cual de ellas es la que realmente está ocasionando el problema (8).

La Vulvovaginitis inespecífica o bacteriana mixta, es la más frecuente antes de la menarquia, 85% de los casos siendo la edad de mayor incidencia entre los dos y doce años de edad, las dos terceras partes de los casos son secundarias a mala higiene de la región perianal (6).

Los oxiuros son el agente causal de muchos casos de Vulvovaginitis inespecífica recurrente o rebelde en niñas, es relativamente habitual no se relaciona necesariamente a higiene deficiente (10).

Aproximadamente el 5% de esta Vulvovaginitis es causada por cuerpos extraños en vagina (6), la colposcopia es esencial antes de extraer el cuerpo extraño, y debe realizarse siempre si se sospecha existencia de éste. El 2% es ocasionada por infecciones de las vías respiratorias superiores e infecciones cutáneas (16).

ESPECÍFICA.

Es menos frecuente antes de la menarquia, representando el 15% de los casos(6) y es producida por causas: bacterianas, micóticas y parasitarias, micoplasmas alérgicas, factores físicos locales, padecimientos de piel con repercusión vulvar, y enfermedades generales con manifestaciones vaginales.

CUADRO CLÍNICO DE VULVOVAGINITIS.

Los síntomas pueden ser comunes a todas las Vulvovaginitis o bien en algunos casos orientar a una etiología determinada y son: prurito y/o dolor vulvar, leucorrea blanquecina o amarillenta, disuria, eritema y edema vulvar, huellas de rascado vulvar, eritema y edema de tercio inferior de vagina, infección vulvar secundaria al rascado, visualización de enteriobius vermiculares y sangrado vaginal (cuerpo extraño Shigella, amiba) (15).

DIAGNÓSTICO.

El estudio de la paciente con Vulvovaginitis comprende:

- 1.- Interrogatorio**
- 2.- Exploración general y genital**
- 3.- Estudio de la secreción vaginal**
- 4.- Estudio de graham rectal y vulvar para búsqueda de huevos de Enterobius vermicularis**
- 5.- Examen general de orina**
- 6.- Vaginoscopia**

TRATAMIENTO.

1.- De las Vulvovaginitis inespecíficas:

a) Higiene perineogenital

b) Medicamentos de aplicación local a vulva y vagina: antipruriginosos antimicrobianos locales, estrógenos locales, acidificantes (8).

Al ser ésta la más frecuente en la edad pediátrica como ya se mencionó anteriormente el manejo básico es higiénico, generalmente curan con tratamiento local, sin embargo cuando existe una causa específica se requiere tratamiento combinado local y sistémico (8). Se recomendará el baño diario con aseo especial en la región perigenital, exclusivamente con agua y jabón (6) educación sobre el aseo después de ir al baño, cambio de material de las pantaletas de nylon por algodón, si no cede la sintomatología en los casos rebeldes, puede ser de utilidad la aplicación nocturna de dietil estril bestrol durante dos semanas en la región vulvar con el fin de mejorar la maduración del epitelio vaginal, que permite aumentar la resistencia a la infección.

Pheifer Ta usaron ampicilina oral 500 mg cada 6 horas por 7 días o metronidazol 500 mg vía oral cada 12 horas por 7 días, o crema de sulfonamida colocada vaginalmente dos veces al día por 10 días (11).

Spiegel también menciona el metronidazol como manejo de Vulvovaginitis inespecífica. (12)

Villar menciona que el tratamiento para *Enterobius vermicularis* es a base de albendazol 100 mg c / 12 horas por 3 días, o como otras opciones a la piperazina, pirvinio o pirantel (10).

VULVITIS.

El manejo es similar al de la Vulvovaginitis, cuando el eritema y el ardor vulvar son intensos, se puede utilizar baños locales vulvares con avena, almidón, harina de soya, o aplicación de cremas con óxido de zinc, pasta de lassar, etc. (15).

VULVOVAGINITIS ESPECÍFICA.

Estas deben tratarse de acuerdo al agente etiológico encontrado, dando tratamiento específico para cada una de ellas, acompañado de tratamiento local, medidas higiénicas generales principalmente de la región perianal (8).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿ Cuáles son las causas y factores que desencadenan la alta frecuencia de Vulvovaginitis en la consulta externa de Medicina Familiar y de Ginecobstetricia, en edad preescolar y escolar, de la Clínica Hospital del ISSSTE en Mazatlán, Sinaloa.

JUSTIFICACIÓN.

Durante mi labor diaria de trabajo en la consulta externa de esta unidad, he observado que la Vulvovaginitis es un problema de salud frecuentemente encontrado en la edad pediátrica, lo que despertó mi interés por elaborar este estudio. Consideré de utilidad aportar la experiencia obtenida en este Hospital, para así evitar lo menos posible las consecuencias de un mal diagnóstico y tratamiento de este padecimiento.

- a) **Magnitud:** La Vulvovaginitis puede considerarse como una enfermedad cosmopolita, pues se encuentran casos de la misma en toda el orbe.
- b) **Trascendencia:** Aún cuando el padecimiento no significa per se ningún incremento en las tasas de mortalidad en la infancia, es de relevancia mencionar que existe una alta morbilidad y motivo de consulta por la misma, y se ha demostrado que se ha hecho un mal diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad en esta edad, lo que ha representado afección en la vida futura principalmente sexual y reproductora de estas pacientes.
- c) **Vulnerabilidad:** En la actualidad es cada vez más amplia la cobertura del ISSSTE en cuanto a derechohabientes se refiere, teniendo en consideración que a pesar de que es una patología frecuente en nuestro medio existen muy pocos estudios realizados en nuestro país, y que es en el primer nivel de atención médica en donde el Médico Familiar constituye la piedra angular en beneficio del paciente elaborando un buen diagnóstico oportuno.

OBJETIVO GENERAL.

Determinar las causas y factores que desencadenan la alta frecuencia de Vulvovaginitis en la en la consulta externa de Medicina Familiar y de Ginecobstetricia, en edad preescolar y escolar, de la Clínica Hospital del ISSSTE en Mazatlán, Sinaloa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- 1.- Obtener en que edad dentro del rango de 4 a 12 años, se presenta con mayor frecuencia la Vulvovaginitis, en la Clínica Hospital del ISSSTE en Mazatlán, Sinaloa.
- 2.- Identificar en cultivo vaginal, frotis de cultivo vaginal, estudios de coproparasitológico y examen general de orina, cuál es el agente etiológico, que produce con mayor frecuencia la Vulvovaginitis, en la Clínica Hospital del ISSSTE en Mazatlán, Sinaloa.
- 3.- Determinar el tiempo que transcurre desde el inicio del tratamiento de este padecimiento hasta su curación.
- 4.- Determinar los factores más frecuentes que propiciaron la enfermedad (VULVOVAGINITIS).

HIPÓTESIS

No se plantea por el tipo de estudio realizado.

METODOLOGÍA.

- **Tipo de estudio:** Observacional, longitudinal, prospectivo, descriptivo, a ciegas.
- **Población:** Niñas derechohabientes de la Clínica del ISSSTE en Mazatlán Sinaloa, en edad preescolar y escolar (4-12 años de edad).
- **Lugar:** Este estudio se realizó en la consulta externa de Medicina Familiar y de Ginecobstetricia en los turnos matutino y vespertino de esta Unidad.
- **Tiempo:** Período comprendido del 1º de septiembre de 1994 al 31 de agosto de 1995.
- **Tipo de la muestra:** Niñas en edad preescolar y escolar (4-12 años de edad).
- **Tamaño de la muestra:** 150 niñas atendidas en la consulta externa de Medicina Familiar y de Ginecobstetricia de esta Clínica.

- CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- 1.- Sexo femenino.
- 2.- Edad de 4 a 12 años
- 3.- Prurito anal o vaginal (mayor de 15 días a 3 meses de evolución).
- 4.- Presencia de flujo vaginal (mayor de 15 días a 3 meses de evolución).
- 5.- Hábitos higiénicos deficientes o buenos.
- 6.- Con los siguientes exámenes de laboratorio:
 - a) Cultivo vaginal.
 - b) Frotis de cultivo vaginal.
 - c) Coproparasitoscópicos CPS (con parasitosis de cualquier tipo).
 - d) Examen general de orina con los siguientes datos: color amarillo, aspecto ligeramente turbio o turbio, densidad 1.015-1.020, pH= 6.0-7.0, proteínas negativas, glucosa negativa, cetona negativa, bilirrubina negativa, sangre negativa, nitritos por lo general positivos, urobilinógeno negativo, sedimento escaso o moderado, células moderadas o abundantes y leucocitos de 4-8 por campo, eritrocitos 3-5 por campo, bacterias moderadas +++ ó abundantes +++++, cilindros no se observan, cristales no se observan.
 - e) Urocultivo Positivo con Escherichia coli + 1000 ufc/ml.
- 7.- Tiempo de evolución del padecimiento mayor de 15 días a 3 meses .
- 8.- Que tengan contestado y autorizado por alguno de los padres de las niñas en estudio, el cuestionario elaborado por el investigador (ver anexos).
- 9.- Que la curación del padecimiento desde que se inicie el tratamiento no rebase los 3 meses de evolución.

- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- 1.- No estar en edad preescolar y escolar.
- 2.- Presentar sangrado vaginal durante el tiempo que se encuentre la paciente en estudio.
- 3.- Que haga falta alguno de los exámenes de laboratorio (exudado vaginal, Coproparasitoscópicos y examen general de orina) con los datos ya mencionados en los criterios de inclusión.
- 4.- Que no hayan cumplido con el tratamiento indicado por el médico tratante (valorado al verificar evolución del padecimiento, durante sus citas a consulta).
- 5.- Que hayan suspendido el tratamiento por cualquier motivo.
- 6.- Que el tiempo de evolución del padecimiento sea menor de 15 días o mayor de tres meses.
- 7.- Que el cuestionario ya contestado no haya reunido los criterios de inclusión.

- CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- 1.- Que la paciente deje de acudir a sus citas por cualquier motivo.
- 2.- Que no exista consentimiento de los padres para realizar exploración física ni exámenes de laboratorio.
- 3.- Que la curación del padecimiento rebase con tratamiento los tres meses de evolución.

- VARIABLES DE MEDICIÓN.

- a) Sexo.
- b) Edad.
- c) Exudado y frotis vaginal.
- d) CPS. (coproparasitoscópicos)
- e) EGO. (examen general de orina)
- f) Tiempo.
- g) Urocultivos

- MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.

Se estudiaron 150 niñas derechohabientes de la Clínica del ISSSTE en Mazatlán, Sinaloa, con el diagnóstico de Vulvovaginitis, en el periodo comprendido del primero de septiembre de 1994 al 31 de agosto de 1995.

Se revisaron hojas de informes de labores diarias del médico de la Consulta Externa de Medicina Familiar y de Gineco-obstetricia en el archivo general de la Clínica, para localizar el nombre y número de expediente de las niñas que tuvieran el diagnóstico de Vulvovaginitis. Una vez obtenidos estos datos se localizó el expediente de cada niña, para obtener domicilio y teléfono, y así poder elaborar una tarjeta para cada paciente que podría entrar al estudio con los siguientes datos: Nombre, edad, sexo, número de expediente, domicilio, teléfono y DX.

Una vez elaboradas estas tarjetas, se le entregaron a la Trabajadora Social del turno matutino, quien se encargó de comunicarse con alguno de los padres de las niñas, para concertar cita en la consulta externa de Medicina Familiar o de Gineco-obstetricia.

Dos médicos, que en este caso fueron un Médico Familiar (el investigador) y un Ginecobstetra, realizaron la entrevista con alguno de los padres de cada paciente en estudio, con el fin de contestar un cuestionario elaborado por el investigador (ver anexos), con el que se obtuvo información necesaria, y también la autorización de los mismos para realizar exploración física y solicitar estudios de laboratorio.

Una Química Farmacéutica-Bióloga, tomó las muestras de frotis y cultivo vaginal, de las pacientes en estudio, y el resto de los exámenes se tomaron como se hace rutinariamente en el laboratorio de análisis clínicos.

Posteriormente se solicitaron los expedientes de las pacientes para obtener los resultados de los estudios de laboratorio (ya que se anexan en los mismos). Una vez obtenidos estos resultados, y con el interrogatorio y la exploración física ya realizadas, se inició el manejo médico, a base de medidas higiénicas y tratamiento específico de acuerdo al resultado obtenido del estudio de cada paciente.

Se citó a las pacientes cada semana en la Consulta Externa con los Médicos encargados del estudio, para llevar la evolución y tratamiento de cada una de ellas.

La información obtenida fué recolectada y captada en cada expediente de las pacientes en estudio, en los cuáles se anotó , en hojas de evolución los siguientes datos: fecha, hora, síntomas que presentaban en ese momento, exploración física, resultados de laboratorio, tratamiento, análisis del padecimiento, nombre y firma del médico que habia consultado a la paciente.

Esta información se siguió captando en cada expediente en hojas de evolución hasta la curación de la paciente y su alta de la Consulta externa, por el padecimiento ya mencionado (Vulvovaginitis).

La recopilación de la información resultante, se tabuló y representó en gráficas de sectores o pastel, y gráficas de barras horizontales y barras verticales.

- CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Se contó con la aprobación y autorización del Director de la Clínica del ISSSTE, y de los Jefes de Servicio de Medicina Familiar y de Gineco-obstetricia, de manera verbal y escrita para llevar a cabo este estudio

Se les informó con anticipación y de manera amplia a los padres de las niñas en estudio, sobre los objetivos del mismo, y se les solicitó de manera escrita su consentimiento, para incluir a sus hijas en el mismo. No se lesionó en ningún momento la integridad física ni mental de las pacientes que se estudiaron, por tal motivo este estudio contó con todas las consideraciones éticas para su realización.

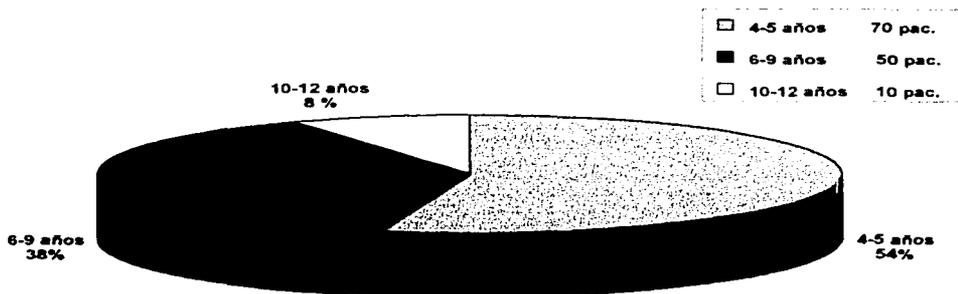
RESULTADOS.

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR GRUPOS DE EDAD

EDAD	# DE PACIENTES	%
4-5 años	70	54
6-9 años	50	38
10-12 años	10	8
TOTAL	130	100

Fuente. Hojas diarias de labores del Médico. (TABLA 1)

GRAFICA 1



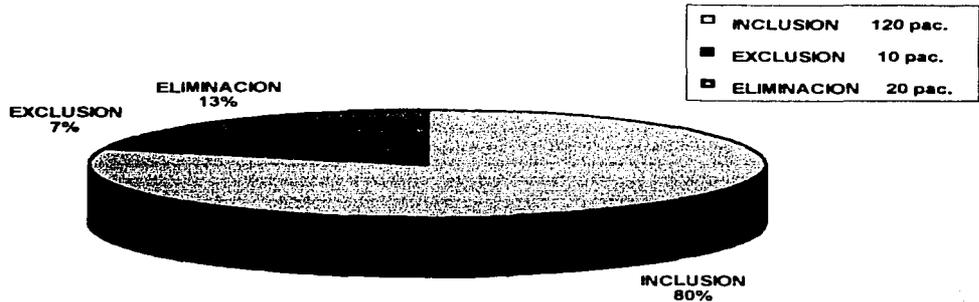
Se observó que el grupo de edad estudiado correspondió a **70** pacientes en edad preescolar, y **60** pacientes en edad escolar, que nos dieron un total de **130** pacientes que entraron al estudio.

CRITERIOS

CRITERIOS	# DE PACIENTES	%
INCLUSION	120	80
EXCLUSION	10	7
ELIMINACION	20	13
TOTAL	150	100

Fuente: Cuestionario del investigador. Expediente Clínico. (TABLA 2)

GRAFICA 2



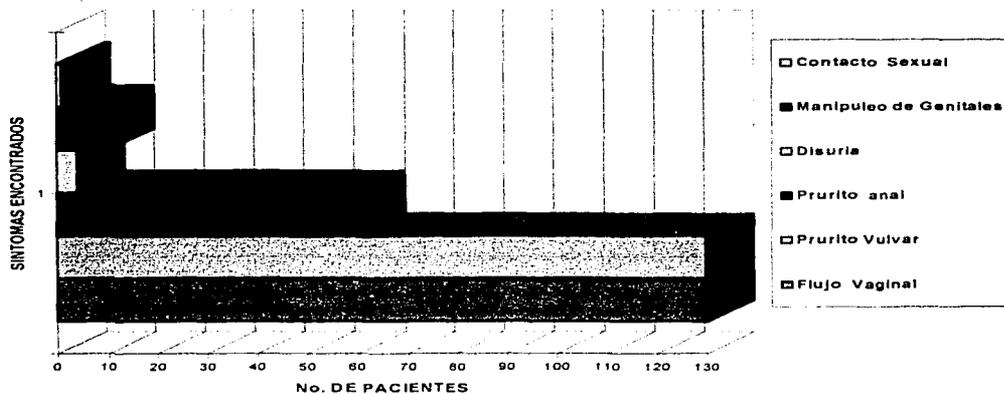
Se estudiaron **150** pacientes de las cuáles **120** presentaron todos los criterios de inclusión, y **10** los de exclusión, las otras **20** pacientes se descartaron por presentar criterios de eliminación.

SINTOMAS ENCONTRADOS

SINTOMAS	# DE PACIENTES	%
Flujo Vaginal	130	100
Prurito Vulvar	130	100
Prurito anal	60	46.1
Disuria	4	3
Manipuleo de Genitales	10	8
Contacto Sexual	1	0.7

Fuente: Cuestionario del investigador. Expediente Clínico. (TABLA 3)

GRAFICA 3



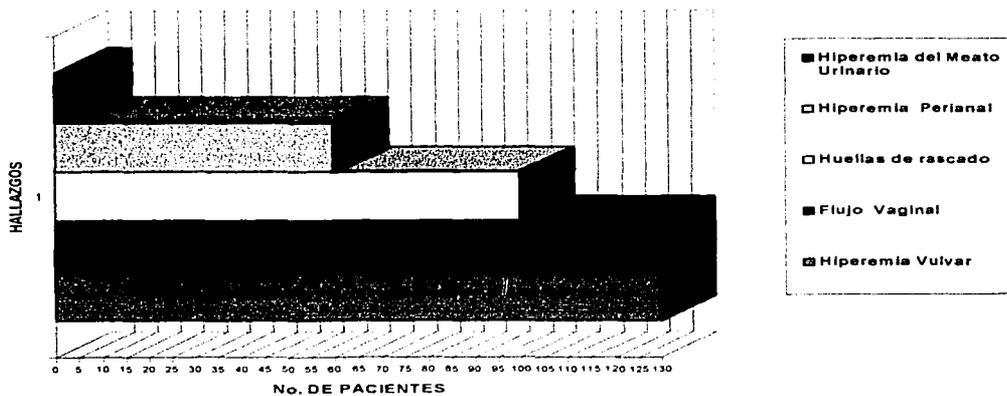
De los síntomas encontrados en 130 pacientes, el 100% presentaron flujo vaginal y prurito vulvar, 60 pacientes (46.1%) prurito anal, disuria en el 3%, manipuleo de genitales en el 8% y una paciente contacto sexual (0.7%).

HALLAZGOS A LA EXPLORACION FISICA

HALLAZGOS	# DE PACIENTES	%
Hiperemia Vulvar	130	100
Flujo Vaginal	130	100
Huellas de rascado	100	77
Hiperemia Perianal	60	46.1
Hiperemia del Meato Urinario	5	3.8

Fuente: Expediente Clínico de cada paciente (notas de evolución). (TABLA 4)

GRAFICA 4



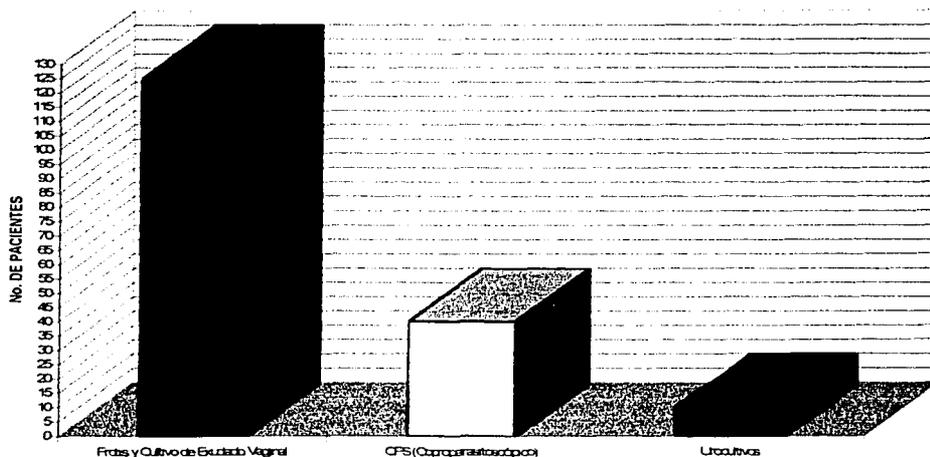
La exploración física realizada por los médicos se logró observar que el total de las pacientes **130 (100%)** presentaron hiperemia vulvar y flujo vaginal, huellas de rascado en el **77%**, hiperemia perianal en el **46%** e hiperemia del meato urinario **3.8%**.

ESTUDIOS DE LABORATORIO POSITIVOS

ESTUDIOS	# DE PACIENTES	%
Frotis y Cultivo de Exudado Vaginal	125	96
CPS (Coproparasitoscópico)	40	31
Urocultivos	10	7.6

Fuente: Libros de resultados de estudios de Laboratorio, encontrados en el Laboratorio de la Clínica del ISSSTE en Mazatlán Sinaloa. (TABLA 5)

GRAFICA 5



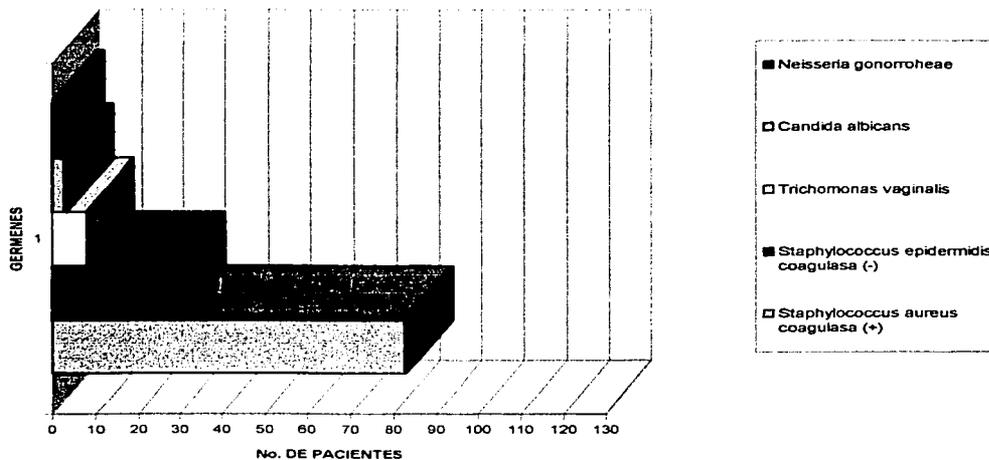
A las **130** pacientes en estudio se les solicitó exudado vaginal, CPS y Urocultivo, de las cuáles **125** pacientes (**96.1%**) presentaron exudado vaginal positivo, **40** de las mismas pacientes (**30.7%**) CPS positivo, y **10** de las mismas pacientes (**7.6%**) Urocultivos también positivo.

GERMENES ENCONTRADOS EN CULTIVO DE SECRECION VAGINAL

GERMENES	# DE PACIENTES	%
<i>Staphylococcus aureus coagulasa (+)</i>	83	64
<i>Staphylococcus epidermidis coagulasa (-)</i>	30	23
<i>Trichomonas vaginalis</i>	8	6.1
<i>Candida albicans</i>	3	2.3
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	1	0.7

Fuente: Resultados de laboratorio encontrados en expediente clínico. (TABLA 6)

GRAFICA 6



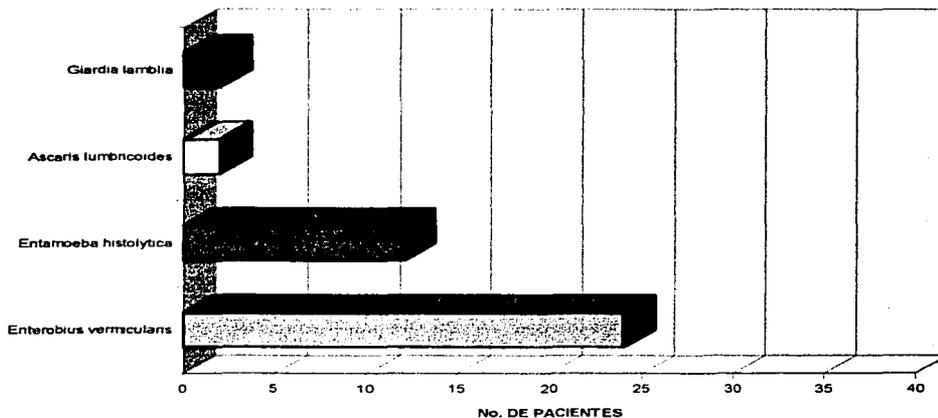
De las 130 pacientes, sólo 125 presentaron exudado vaginal positivo y el germen encontrado con mayor frecuencia fué el *Staphylococcus aureus coagulasa (+)* en 83 pacientes (64%), en segundo lugar el *Staphylococcus epidermidis coagulasa (-)* con 30 pacientes (23%), 8 pacientes con *Trichomonas vaginalis* (6.1%), 3 pacientes (2.3%) con *Candida albicans*, y una sola paciente con *Neisseria gonorrhoeae* (0.7 %).

GERMENES ENCONTRADOS EN COPROPARASITOSCOPICO

GERMENES	# DE PACIENTES	%
Enterobius vermicularis	24	18.4
Entamoeba histolytica	12	9.3
Ascaris lumbricoides	2	1.5
Giardia lamblia	2	1.5
Total	40	30.7

Fuente: Resultados de laboratorio encontrados en expediente clínico. (TABLA 7)

GRAFICA 7



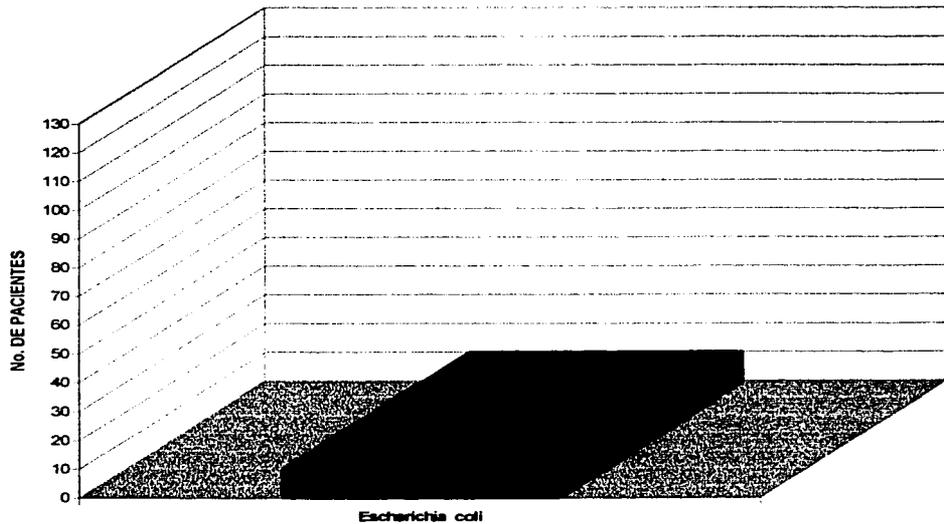
De las 40 pacientes con CPS (+), se observó que el parásito más frecuente fué el Enterobius vermicularis con 24 pacientes (18.4%), E. histolytica con 12 pacientes (9.3%), y en la misma proporción Ascaris lumbricoides y Giardia lamblia con 2 pacientes (1.5%).

GERMENES ENCONTRADOS EN UROCULTIVO

GERMENES	# DE PACIENTES	%
Escherichia coli	10	7.6

Fuente : Resultados de laboratorio encontrados en expediente clínico. (TABLA 8)

GRAFICA 8



En el Urocultivo la bacteria más frecuentemente encontrada fue la Escherichia coli. en sólo 10 de las 130 pacientes en estudio, no reportándose ningún otro tipo de germen.

TIEMPO DE EVOLUCION DESDE EL INICIO DEL TRATAMIENTO HASTA LA CURACION DEL PACIENTE.

TIEMPO DE EVOLUCION	# DE PACIENTES	%
Un mes	80	61
Mes y medio	30	23
dos meses	15	12
Rebelde a tratamiento	5	4
Total	130	100

Fuente: Notas de evolución encontradas en expediente clínico. (TABLA 9)

GRAFICA 9



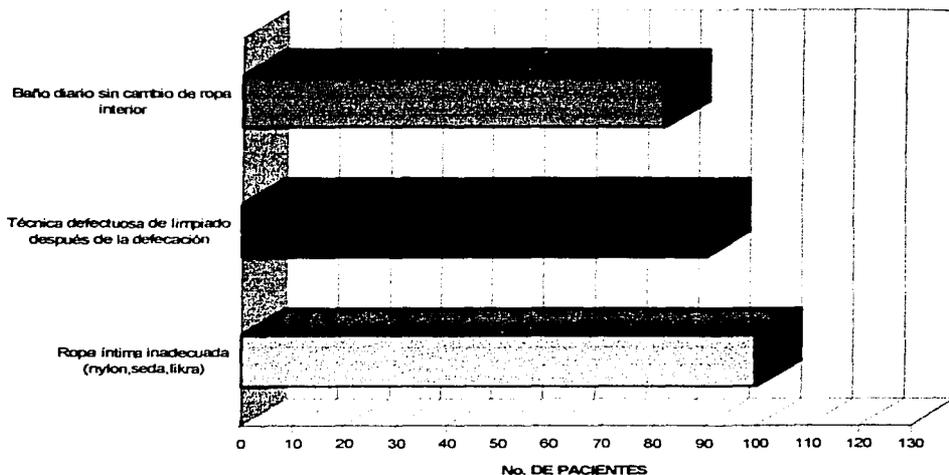
Se observó que en el 62% de las 130 pacientes, su curación se presentó al mes de haber iniciado el tratamiento, que el 23% al mes y medio, 12% a los dos meses, y que sólo el 3% presentaron rebeldía al tratamiento.

HABITOS HIGIENICOS

HABITOS	# DE PACIENTES	%
Ropa íntima inadecuada (nylon,seda,likra)	100	77
Técnica defectuosa de limpiado después de la defecación	90	69
Baño diario sin cambio de ropa interior	82	63

Fuente Cuestionario elaborado por el investigador. (TABLA 10)

GRAFICA 10



Cien de las pacientes utilizaba ropa íntima inadecuada (nylon, seda, likra) lo cual equivale al **77%** de las 130 pacientes en estudio. Al interrogar a los padres o a la misma paciente se pudo comprobar que presentaban técnica defectuosa al limpiarse después de defecar el **69%** y el **63%** se bañaba diariamente sin cambio de ropa.

ANALISIS.

De las **150** pacientes sujetas a estudio, se descartaron **20** (13%), por presentar criterios de eliminación, ya mencionados anteriormente.

Entraron al estudio **130** pacientes (87%), por presentar los criterios de inclusión. Como se observó la mayor incidencia la encontramos en el grupo de **edad preescolar** con **70** pacientes (54%), seguido por el grupo escolar con **60** (46%), que coincide con lo referido por González Sánchez (1).

Las **130** pacientes (100%) presentaron flujo vaginal y prurito vulvar, **60** pacientes (46.1%) prurito anal, **4** pacientes (3%) con disuria, **10** pacientes (8%) manipuleo de genitales, y **una** paciente por contacto sexual que equivale al (0.7%), siendo este por abuso sexual. Síntomas encontrados más frecuentes en este padecimiento referido por Gotlieb (9).

A la exploración física los hallazgos encontrados fueron flujo vaginal e hiperemia vulvar en las **130** pacientes (100%), huellas de rascado en **100** pacientes (77%), hiperemia perianal en **60** pacientes (46.1%), e hiperemia del meato urinario en sólo **5** pacientes (3.8%), lo cual concuerda con lo referido por González Saldaña (8).

En el exudado vaginal el germen que se encontró con mayor frecuencia fué el **STAPHYLOCOCCUS AUREUS** COAGULASA (+) en **83** pacientes (64%) y en segundo lugar el *Staphylococcus epidermidis* coagulasa (-), en **30** pacientes (23%), concordante con lo referido por González Sánchez (1).

El 30% de las pacientes estaba multiparasitada, por lo que el estudio de estas pacientes debe incluir **COPROPARASITOSCÓPICO** en serie de 3, como lo menciona Villar P. Álvarez (10).

El examen general de orina me sirvió para observar por lo general Nitritos positivos y bacterias +++++, y también para realizar los urocultivos.

En el Urocultivo el único germen encontrado en las **10** pacientes con este exámen positivo, fué la **Escherichia coli**, misma que se menciona como el germen negativo más frecuentemente encontrado y referido por Cob Sosa (6).

El tiempo de evolución desde el inicio del tratamiento hasta la curación del padecimiento fué de **80** pacientes (62%) al mes, **30** pacientes (23%) al mes y medio, **15** pacientes (12%), y sólo **5** pacientes (3%) presentaron rebeldía a tratamiento, como se observó la curación fué satisfactoria en **125** pacientes (96%). En este caso no existe información para el tiempo de evolución de este padecimiento.

Dentro de las medidas higiénicas más importantes, se observó que el uso de ropa interior de nylon, seda, likra, ocasionó vulvovaginitis en **100** pacientes (77%), por falta de aereación del área genital, técnica defectuosa en el limpiado al defecar **90** pacientes (69%), y baño diario sin cambio de ropa interior **82** pacientes (63%), datos que concuerdan con lo mencionado por González Sánchez (1) y Sanfilippo (7).

CONCLUSIONES

LA vulvovaginitis es la causa más frecuente de consulta ginecológica en la infancia, ocupando la cuarta parte de la consulta diaria en Medicina Familiar y de Gineco-obstetricia de la Clínica Hospital ISSSTE en Mazatlán, Sinaloa, dato que se verificó al analizar las hojas diarias de labores del médico.

La edad de presentación más frecuentemente encontrada, fue **lapreescolar** de los **4 a los 5** años en total acuerdo con lo que menciona Cob y Sosa(6), sin embargo también se presentó con alta incidencia en la edad escolar, en esta Unidad Hospitalaria.

Se menciona que los hábitos higiénicos, condicionan principalmente esta patología(15), sin embargo observé que en esta Clínica es ocasionada por la asociación de vulvovaginitis específica con vulvovaginitis inespecífica.

Los síntomas que se presentaron con mayor frecuencia fueron el **flujo vaginal** y el **prurito vulvar**, que ocasiona preocupación en los padres, y es el motivo por el cuál llevan a sus hijas a consulta médica, dato que se verificó al realizar el interrogatorio de los mismos.

La **Leucorrea** en Pediatría pocas veces muestra correlación clínica con la etiología, por lo tanto se recomienda realizar estudios bacteriológicos de la misma así como Coproparasitoscópico y EGO.

El germen más frecuentemente encontrado fué el *Staphylococcus aureus*, coagulasa (+) en exudado vaginal, *Enterobius vermicularis* en Coproparasitoscópico y *Escherichia coli* en urocultivo.

Debe tomarse en cuenta el abuso sexual, como posible factor, cuando la niña tiene infección vaginal, sin considerar la naturaleza de la misma, ni el estado socioeconómico de la familia, esto se aplica particularmente cuando sufre de enfermedad de transmisión sexual(16), como en el caso encontrado en esta Clínica, en el cuál la niña de 5 años de edad padecía Gonorrea ocasionada por abuso sexual, siendo el padre el agresor.

El tratamiento antimicrobiano fué satisfactorio en el 97% de las niñas en estudio, y siempre se asoció a medidas higiénicas adecuadas, así como tratamiento local, vulvar y general.

El tiempo de evolución del padecimiento desde el inicio del tratamiento hasta la curación del mismo fué en promedio de uno a dos meses, y en los 5 casos que se presentó rebeldía al mismo, hubo necesidad de volver a realizar estudios de laboratorio, para investigar principalmente ENTEROBIASIS, que puede ser causa de infección vaginal, que no responda al tratamiento habitual (1).

Es un padecimiento de distribución universal, que constituye además un reto para el Médico Familiar, Ginecobstetra y Pediatra, porque puede presentar exacerbaciones y remisiones, que tienden a la cronicidad, y cursar en la vida futura como mujer adulta alteraciones en el desarrollo sexual y reproductor de estas pacientes.

Por último hago referencia que es muy importante que el médico conozca y tenga presente que la vulvovaginitis en la edad pediátrica en la Clínica ISSSTE en Mazatlán, Sinaloa, es ocasionada con mayor frecuencia por la asociación de Vulvovaginitis específica con Vulvovaginitis inespecífica, esto con el fin de que se eviten a futuro, errores en el diagnóstico, que puedan repercutir como fallas constantes en el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Gineco-obstetricia González Sánchez J, Adell GA, Gamboa Marrufo. "Vulvovaginitis en la infancia". Bol. Med. Hosp. Infantil de México 1991; 40: pp 461-464.
- 2.- Augerp, Joly: "Microbial flora associated with candida albicans. Vulvovaginitis." Obst y Gyn 1990; 50:pp 397-400.
- 3.- Linaldi Urbia G, Castañeda N. "Vaginitis en niñas y adolescentes". Bol Med Hosp Infantil de Mexico 1993, 45:pp 101-104.
- 4.- Parsons Cl., Loflans S. "The effect of trichomonas Vaginitis on vaginal ph". J. Urol 1994; 118: pp 621-622.
- 5.- Dr. Ernesto Díaz del Castillo. "Pediatria Perinatal" 3º edición. Nueva Editorial Interamericana S. A. de C. V. México 1990: pp 481-489.
- 6.- Cob Sosa, Valencia Dm: "Vulvovaginitis en Infectología Clínica Pediátrica" 4º edición. Trillas, cap. 25. pp 465-469.
- 7.- Sanfillippo JJ. "Adolescent girls with vaginal discharge", Pediatr Ann 1992: pp 509-518.
- 8.- Gineco-obstetricia González Saldaña Napoleón. "El paciente pediátrico infectado". Guía para su diagnóstico y tratamiento. 2º edición. México 1990. Editorial Trillas S:A. pp 199-210.
- 9.- Gineco-obstetricia Gottlieb, Sims Mi, Reyes H. "Infección por Enterobius Vermicularis y su relación con Vulvovaginitis e infección urinaria en niñas". Infectología. 1989: vol 7 pp 424-428.
- 10.- Villar P. Álvarez, Farias Lg. "Frecuencia de Vulvovaginitis en niñas con parasitosis intestinal" Bol Med Hosp Infantil de México 1993. vol 35. pp 751-755.
- 11.- Pfeifer Ta, Forsy Ps. "Role of haemophilus vaginalis and treatment with metronidazol". N. Engl J Med. 1988 vol. 298 pp 1429-1433.
- 12.- Spiegel Ca, Amsel R.. "Anaerobic bacteria in non specific vaginitis". N. Engl J Med 1990: 303:pp 601-607.
- 13.- Kaufman Rh, Ervina: " Treatment of genital herpes simple, virus infection, with photodynamic inactivation. Ann J Obstet Gynecol 1991 vol 132 pp 861-867.
- 14.- Fernández Guerrero JA. "Etiología y tratamiento de la Vaginitis. Mundo Médico 1991 vol.10 pp 45-53.
- 15.- Ralph Feigin. "Tratado de Infecciones en Pediatria" 2º edición. vol 1. Nueva editorial Interamericana, S. A. de C.V. México 1992 pp 508-520; 523-530.
- 16.- Hammers Chlag, Mr. etal "Nonspecific following sexual abuse in children" Pediatrics 1985 vol. 75. pp 1028-1031.

ANEXOS.

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

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

CLÍNICA :
NOMBRE :
SEXO :
No. DE EXPEDIENTE :
DOMICILIO :
TELÉFONO :
DIAGNÓSTICO :
NOMBRE DEL MEDICO QUE OBTUVO LOS DATOS :
NOMBRE DE LA TRABAJADORA SOCIAL :
FECHA :

CUESTIONARIO PARA SER CONTESTADO POR LOS PADRES DE LAS NIÑAS EN ESTUDIO CON VULVOVAGINITIS.

NOMBRE: _____

SEXO: _____

EDAD: _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONO: _____

ESCOLARIDAD: _____

FECHA DE INICIO DEL PADECIMIENTO: _____

¿ACUDIÓ AL MÉDICO? SI _____ NO _____

¿CUÁNTAS VECES SE HA PRESENTADO ESTE PADECIMIENTO? _____

¿QUÉ TRATAMIENTO RECIBIÓ? _____

¿DURANTE QUÉ TIEMPO Y DOSIS? _____

¿TUVO CURACIÓN DEL PADECIMIENTO? _____

¿DESDE CUÁNDO SE PRESENTÓ NUEVAMENTE ESTE PADECIMIENTO? _____

¿TIENE SU NIÑA OTRA ENFERMEDAD? SI _____ NO _____

¿CUÁL? _____

HABITOS HIGIÉNICOS

¿QUÉ TIPO DE TELA, ES LA ROPA INTERIOR QUE USA? _____

¿CÓMO SE LIMPIA SU NIÑA DESPUÉS DE DEFECAR? _____

¿SE BAÑA TODOS LOS DÍAS? SI _____ NO _____

¿SE CAMBIA ROPA INTERIOR TODOS LOS DÍAS? SI _____ NO _____

¿CUÁNTAS VECES AL DÍA SE CAMBIA LA ROPA INTERIOR? _____

SÍNTOMAS ENCONTRADOS

FLUJO VAGINAL	SI	NO
PRURITO VAGINAL	SI	NO
PRURITO ANAL	SI	NO
DISURIA	SI	NO
MANIPULEO DE GENITALES	SI	NO
CONTACTO SEXUAL	SI	NO

¿AUTORIZA USTED LA EXPLORACIÓN FÍSICA DE SU HIJA? SI _____ NO _____

FIRMA DEL PADRE O TUTOR

