



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**FRECUENCIA DE VULVO VAGINITIS Y AGENTES PATÓGENOS MAS
COMUNES EN MUJERES DERECHOHABIENTES SEXUALMENTE
ACTIVAS DE 16 A 55 AÑOS DE EDAD QUE RECIBEN ASISTENCIA
MÉDICA EN LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH DE LA
CIUDAD DE TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS,
PERIÓDO OCTUBRE-DICIEMBRE
DE 1997**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL FAMILIAR

PRESENTA:

LÓPEZ LÓPEZ, IDALIA

ASESOR: SARMIENTO POUMIAN, GUADALUPE
TORRES CONTRERAS, LUIS CARLOS

Ciudad Universitaria, México, D.F.,

1999



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

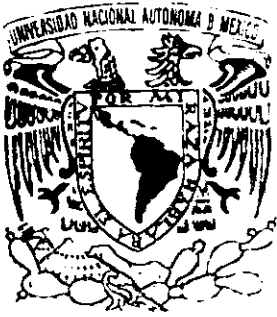
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.

11226

65
24



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**
FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO DE CHIAPAS.**

UNIDAD ACADEMICA

**"FRECUENCIA DE VULVOVAGINITIS Y AGENTES PATOGENOS
MAS COMUNES EN MUJERES DERECHOHABIENTES
SEXUALMENTE ACTIVAS DE 16 A 55 AÑOS DE
EDAD, QUE RECIBEN ASISTENCIA MEDICA
EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA
DEL ISSTECH DE LA CIUDAD DE
TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS;
EN EL PERIODO OCTUBRE
DICIEMBRE DE 1997.**

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

PRESENTA:

Dra. Idalia López López

271322

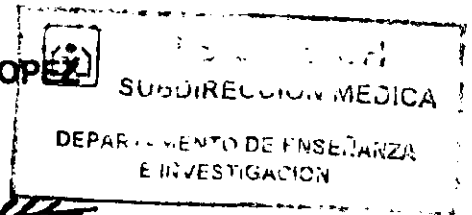
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS. OCTUBRE DE 1997

"FRECUENCIA DE VULVOVAGINITIS Y AGENTES PATOGENOS MAS COMUNES EN MUJERES DERECHOHABIENTES SEXUALMENTE ACTIVAS DE 18 A 55 AÑOS DE EDAD, QUE RECIBEN ASISTENCIA MEDICA EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH DE LA CIUDAD DE TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS; EN EL PERIODO OCTUBRE-DICIEMBRE DE 1997"


TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

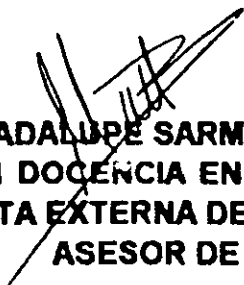
DRA. IDALIA LOPEZ LOPEZ




DR. ESTUARDO DE GANGES ARGUDIN

PROFESOR TITULAR DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL ISSTECH EN TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS


DR. LUIS CARLOS TORRES CONTRERAS
PROFESOR DEL DEPTO. DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.
ASESOR DE TESIS


DRA. GUADALUPE SARMIENTO POUMIAN
MAESTRA EN CIENCIAS EN DOCENCIA EN CIENCIAS DE LA SALUD Y MEDICO
DE LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH
ASESOR DE TESIS

"FRECUENCIA DE VULVOVAGINITIS Y AGENTES PATOGENOS MAS COMUNES EN MUJERES DERECHOHABIENTES SEXUALMENTE ACTIVAS DE 18 A 55 AÑOS DE EDAD, QUE RECIBEN ASISTENCIA MEDICA EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH DE LA CIUDAD DE TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS; EN EL PERIODO OCTUBRE-DICIEMBRE DE 1997"

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

DRA. IDALIA LOPEZ LOPEZ

AUTORIZACIONES

DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINACION DE INVESTIGACION DEL DEPTO. DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.


DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.-M.

INDICE

	PAGINA
TITULO	5
MARCO TEORICO	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
JUSTIFICACION	22
OBJETIVOS	25
METODOLOGIA	26
DESCRIPCION DE RESULTADOS Y GRAFICAS	30
DISCUSION	56
CONCLUSIONES	60
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	62
ANEXOS	69

**"FRECUENCIA DE VULVOVAGINITIS Y AGENTES PATOGENOS MAS
COMUNES EN MUJERES DERECHOHABIENTES SEXUALMENTE
ACTIVAS DE 16 A 55 AÑOS DE EDAD, QUE RECIBEN ASISTENCIA
MEDICA EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH DE
LA CIUDAD DE TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS, EN EL PERIODO DE
OCTUBRE-DICIEMBRE DE 1997"**

MARCO TEORICO

Es indudable que una de las causas más frecuentes de consulta al ginecólogo es la presencia de leucorrea o secreción vaginal y prurito vulvar. Aunque el problema puede aparecer en diferentes edades desde la prepuber hasta la postmenopáusica, es más común en la edad reproductiva, lo que lleva a efectuar el diagnóstico de Vulvovaginitis. (1)

La Vulvovaginitis es un conjunto de enfermedades infecciosas y otros trastornos inflamatorios que afectan la mucosa vaginal y a menudo secundariamente la vulva; es frecuente la secreción vaginal o leucorrea. (2)

Tradicionalmente se había considerado que "las causas más frecuentes de leucorrea son la Trichomoniasis y la Candidiasis"; y se consideraron como Vaginitis Inespecífica a aquellas en que no se encontraban gérmenes de los considerados como patógenos. (3)

Sin embargo, métodos recientes de detección microbiológica, han permitido el hallazgo e identificación de nuevos gérmenes productores de Vulvovaginitis, proceso que, como se sabe, cursa generalmente con secreción anormal. (4)

La identificación de la causa de la leucorrea es el primer paso vital que nos conduce a una decisión en lo concerniente a la terapéutica y curación, por ello antes de iniciar el tratamiento debe

interrogarse y examinarse cuidadosamente en todas sus características a la paciente que se queje de leucorrea. Cuando en el ciclo menstrual aparece secreción, sus características físicas tales como el color, la viscosidad, la cantidad, el olor, la irritabilidad y, desde luego, el tiempo de evolución de estas molestias, son datos importantes de la historia clínica. En el momento del examen vaginal debe prestarse especial atención a cualquier anormalidad de la vulva, tales como edema, hiperemia, intertrigo, existencia de escarificaciones o leucoplasia. Además, debe inspeccionarse la vagina con espéculo antes de proceder a la exploración manual. Debe observarse cuidadosamente la mucosa vaginal y la porción vaginal del cuello, ya que los diferentes tipos de infección pueden producir alteraciones característicamente distintas en estas estructuras. En este momento también deben observarse cuidadosamente las características físicas de la secreción, pues estas pueden sugerir la etiología correcta. Debido a esto es muy importante no examinar a una paciente que haya aplicado recientemente una irrigación vaginal desde unos tres o cuatro días antes.

Si el diagnóstico no puede hacerse inmediatamente o existe resistencia al tratamiento, se procede entonces a los exámenes de laboratorio; instruyéndose a la paciente para que vuelva cuando el examen nos revele los factores etiológicos y nos dicte el tipo de terapéutica a seguir. (5)

Existen factores que predisponen al desarrollo de una Vulvovaginitis tales como:

- Embarazo.
- Diabetes Mellitus.
- Uso de anticonceptivos.
- Mala higiene.
- Cohabitaciones, cuando el esmegma del prepucio de la pareja está contaminado. (6)
- Hábitos sexuales: cunnilingus, sexo anal, promiscuidad sexual.
- Presencia de cuerpos extraños en la vagina o en el útero (uso de tampones, diafragmas, dispositivos intrauterinos).
- Administración indiscriminada o uso prolongado de antibióticos.
- Enfermedades generales.
- Empleo de duchas vaginales con soluciones irritantes o con agua muy caliente.

La vagina es un órgano recubierto por una mucosa que habitualmente alberga muchos gérmenes huéspedes, como el estreptococo, estafilococo, el bacilo de Döderlein, el bacilo difterioide y algunas cepas de hongos que permanecen en ese medio y mantienen un equilibrio por el cual la paciente se encuentra asintomática.

En condiciones anormales se rompe la sinergia de la flora bacteriana y predominan los gérmenes patógenos. Las infecciones o

infestaciones de la vagina con frecuencia no son causadas por un solo germen, si no se asocian dos o más y hacen más confuso el cuadro y su tratamiento. (7)

Para comprender la patogenia de la Vulvovaginitis hay que partir de las peculiaridades fisiológicas de la vagina.

Con la capacidad del epitelio vaginal para la trasudación, en la vagina existe un medio húmedo. Normalmente, el contenido vaginal, prescindiendo de ligeras oscilaciones debidas al ciclo, posee una cifra de pH de 4.0 por término medio, atribuible al contenido en ácido láctico. El mantenimiento de este medio ácido está asegurado por una simbiosis, única en su clase en el ser humano, entre los bacilos de Dôderlein formadores de ácido láctico y el contenido y el epitelio vaginal. La existencia de los bacilos de Dôderlein está asociada a la descamación de células epiteliales vaginales que contienen glucógeno.

El contenido en glucógeno y la descamación de las células vaginales son regulados a su vez por las hormonas ováricas. La simbiosis se realiza a la manera de un mecanismo regulador biológico: la liberación del glucógeno estrógeno dependiente tiene lugar a través de la capacidad citolítica de las bacterias de Dôderlein. El glucógeno es desdoblado por enzimas vaginales por vía fermentativa en los azucares simples, maltosa y dextrosa, los cuales son convertidos en ácido láctico por las bacterias vaginales.

A través de este mecanismo finamente ajustado se mantiene el contenido ácido líquido normal de la vagina necesario para la existencia de las bacterias vaginales. La acidez del contenido vaginal significa una ventaja selectiva para la flora Döderlein y con ello, al propio tiempo, la protección más segura contra la penetración de gérmenes extraños y su ascensión a segmentos más altos de los genitales y a la cavidad abdominal libre. Gérmenes que por su naturaleza son patógenos y virulentos, como los estafilococos y estreptococos, una vez que se han deslizado en la vagina, sufren los efectos del medio inadecuado para ellos y su propagación queda paralizada. El mecanismo bioquímico de la vagina muestra una distinta acentuación en las diferentes fases vitales, en relación con la actividad hormonal. En la fase fértil existen en grado óptimo todas las condiciones previas.

En la niña recién nacida, el epitelio vaginal, estimulado por los estrógenos maternos se parece histológicamente al tipo de la mujer adulta. Alrededor del quinto día después del parto ya tiene lugar la invasión de la vagina por los bacilos de Döderlein y el pH es de 4.8. Determinado por la regresión del estímulo estrogénico, disminuye el grosor de la capa del epitelio vaginal, el pH del contenido vaginal sube hasta un valor neutro y se mantiene a ese nivel durante el período de la infancia hasta la pubertad. Con ello se debilita la función protectora del medio vaginal. Este hecho proporciona la explicación para la aparición de la vulvovaginitis de la niña. La

regresión de la actividad estrogénica en el climaterio y la postmenopausia crea una predisposición análoga: el epitelio vaginal reducido se lesiona fácilmente y corre peligro de infección. Hay que partir del hecho de que todo trastorno de éste mecanismo regulador tiene como consecuencia una disminución de la función de protección y de barrera, que favorece una invasión de gérmenes extraños y con ello el origen de una vulvovaginitis. (8)

Las lesiones inflamatorias pueden tener el siguiente origen:

- ❖ **Infeccioso:** Escherichia Coli, Gardnerella o Haemophilus Vaginalis, Neisseria Gonorrhoeae, Estafilococos, Estreptococos, Ureaplasma Urealyticum, Chlamydia Trachomatis, etc.
- ❖ **Parasitario:** Trichomona Vaginalis.
- ❖ **Viral:** Virus Herpético, Papovavirus y otros.
- ❖ **Micótica:** Candida Albicans o Monilia.
- ❖ **Trófico:** Vaginitis Senil.
- ❖ **Traumático:** Cuerpos extraños y violaciones. (9)

Por todo lo anterior, la Vulvovaginitis constituye una patología sumamente frecuente, por lo que son causa de muchas consultas no sólo al ginecólogo sino también al médico general. A pesar de su aparente simplicidad, el tratamiento es difícil; existen numerosas recidivas y generalmente el tratamiento resulta incompleto si no se atiende a la pareja sexual. (10)

En las pacientes con Vulvovaginitis, en general se aprecia el siguiente cuadro clínico:

- ◆ Enrojecimiento de las mucosas vaginal o vulvar.
- ◆ Hiperemia de vagina e introito vaginal.
- ◆ Secreción vaginal o leucorrea.
- ◆ Ardor durante la micción.
- ◆ Prurito vulvar de intensidad variable.
- ◆ Presencia de granulaciones rojizas en la vagina. (11)

El diagnóstico en estos casos, como se dijo anteriormente se basa en los datos de la historia clínica, en la inspección de la vagina y en el estudio en fresco y cultivo de la secreción vaginal; y debe procurarse que el tratamiento sea siempre específico para la causa que la produce.

Cuando lo anterior no es posible por carecer del diagnóstico preciso o cuando la sintomatología sea tan intensa que amerite una atención inmediata, se emplean tratamientos genéricos a base de lavados antisépticos y pomadas de antibióticos, antiparasitarios o antimicóticos con amplio radio de acción. En ocasiones es necesario aplicar alguna pomada de corticoesteroides (para disminuir el proceso inflamatorio), antihistamínicos por vía bucal (para suprimir el prurito intenso) o pomadas analgésicas locales (para suprimir el dolor local).

En los cuadros de vaginitis específicas, en las que el agente causal se ha identificado perfectamente, el tratamiento también será específico como se verá más adelante. (12)

Vulvaginitis por Trichomona Vaginalis.

La Trichomoniasis es una patología producida por Trichomona Vaginalis, parásito descubierto por Donne en 1836. A pesar del avance terapéutico continúa siendo sumamente frecuente. Es más común en el ambiente urbano que en el rural, y es una patología que se asocia muy frecuentemente al embarazo.

Origen de la parasitosis. La Trichomona Vaginalis puede proceder de muchas y diversas fuentes:

- Por la relación sexual con un varón portador del parásito, lo cual es más frecuente en individuos no circuncidados.
- Contaminación directa en sanitarios.
- Contaminación directa en balnearios y gimnasios.
- Contaminación por el uso de toallas y sábanas.
- Por la proximidad del recto (autocontaminación por mala higiene de éste). (13)

Cuadro clínico. Aproximadamente una cuarta parte de las mujeres que padecen Trichomoniasis Vaginal cursan asintomáticas, pero cuando el cuadro se presenta incluye:

- Dolor de vagina.
- Ardor vulvovaginal y del meato uretral.
- Prurito intenso.
- Dispaurenia.
- Edema vulvar.
- Aumento del pH vaginal (de 4.5 a 7). (14, 15)

Exploración física. En la exploración vaginal de estas pacientes se encuentra:

- Acúmulo de secreción purulenta verde amarillenta en el fondo del saco vaginal posterior, de aspecto espumoso y de olor fétido.
 - Mucosa vaginal y cervical enrojecida e inflamada con lesiones hemorrágicas puntiformes que le dan un aspecto de fresa.
 - Ocasionalmente, lesiones granulosas o petequias en el exocérvix.
- (16)

Diagnóstico. El diagnóstico de la Trichomoniasis Vaginal es sumamente sencillo cuando se comprueba la existencia de este parásito al observar un frotis en fresco en el microscopio de fase de contraste, campo oscuro o utilizando tinciones especiales. El parásito se reconoce fácilmente por la movilidad que le proporcionan sus flagelos y la membrana ondulante.

Tratamiento. Se han propuesto muchos tratamientos para la Trichomoniasis Vaginal; la mayoría de ellos coinciden en el hecho de aumentar la acidez vaginal, ya que el parásito no tolera ni

siquiera la acidez normal de la vagina. Con tal fin se recomienda el empleo de:

- Lactosa beta, sustancia que favorece el desarrollo del bacilo de Döderlein y modifica el pH vaginal.
- Lavados vulvovaginales diarios con agua hervida combinada con vinagre, (una cucharada de éste por cada litro de aquella) para lograr el mismo fin, o agregar solución de ácido láctico a un litro de agua hervida para obtener un pH de 3.5. (17)

Desde hace varios años, el metronidazol por vía oral a dosis de 500 mg dos veces por día durante cinco días, ha resultado eficaz. Actualmente se emplean dosis únicas de 2,000 mg en una toma, pero puede producir molestias gástricas. Se recomienda aplicar el tratamiento también al compañero sexual. No se deben ingerir bebidas alcohólicas porque pueden producir una reacción como la del disulfiram (náusea, vómito y malestar general). El tratamiento es más eficaz si se le asocia con óvulos vaginales de 500 mg de metronidazol (uno cada 24 horas durante 10 días). (18)

Sin embargo, el tinidazol ha superado la acción del metronidazol, y ofrece la ventaja de dosis única. (19)

Además, el secnidazol, un derivado de los cinco nitroimidazoles, tiene acción tricomonocida in vitro; se recomienda alguna de las siguientes opciones: a) Aplicar 2 gramos diarios,

b) Administrar una dosis de 1 gramo en dosis única a la pareja y una tableta vaginal de 150 miligramos dos veces por día durante siete días a la paciente. (20)

Moniliasis o Candidiasis o Vulvovaginitis Micótica.

La Moniliasis o Vulvovaginitis micótica es un cuadro patológico causado por un hongo, Candida Albicans o Monilia. Estos hongos saprofitos se aíslan de la vagina de 15 a 25% de mujeres asintomáticas. Por tanto, la mera presencia de Candida en la vagina no equivale a infección, en vez de lo cual la proliferación de estos microorganismos es lo que produce la vaginitis sintomática.

Las fuentes de contagio pueden ser muchas; entre otras: las manos de la paciente, toallas, vestidos, agua de los sanitarios y utensilios contaminados; sin embargo el contagio más frecuente es la relación sexual; además, el hongo de preferencia crece en sitios húmedos cuando hay un pH mayor a 5. (21)

Factores predisponentes. En este padecimiento por lo común existen factores predisponentes:

- Diabetes mellitus.
- Hipotiroidismo.
- Uso exagerado o prolongado de antibióticos de amplio espectro.
- Embarazo.

- Consumo de anticonceptivos.
- Uso de medicamentos inmunodepresores y corticoesteroides.

Cuadro clínico. El cuadro clínico se caracteriza por:

- Prurito vulvovaginal generalmente intenso.
- Secreción vaginal blanca acuosa, en ocasiones espesa, grumosa, adherente a la vagina con aspecto de requesón y sin mal olor.
- Disuria.
- Dispaurenia.
- Irritación local.
- Enrojecimiento y edema de la mucosa vulvovaginal que presenta zonas aftosas y lesiones causadas por el rascado enérgico.
- Los cuadros severos pueden producir lesiones sangrantes. (22)

Diagnóstico. En ocasiones el diagnóstico se dificulta porque muchas pacientes cursan asintomáticas. Se sospecha esta patología por la presencia del cuadro clínico descrito y se confirma por el estudio de secreción genital. El método más práctico para el diagnóstico es el examen del montaje húmedo al microscopio. La tinción con el método de Gram es más sensible que los montajes húmedos en la identificación de los hongos. Cuando la secreción genital se cultiva en medio de Saboureaud o de Nickerson, la Moniliasis se hace evidente.

Tratamiento. El tratamiento de la Moniliasis ha tenido como base el uso de la nistatina, en tabletas vaginales y óvulos, en dosis de

100,000 unidades, dos veces diarias durante 10 días; derivados del imidazol, crema o tabletas: clotrimazol, 100 mg, 2 tabletas diarias durante 3 días; nitrato de miconazol, 400 mg diarios durante 3 días, y nitrato de isoconazol, 600 mg locales. Tradicionalmente se usaba la violeta de genciana en tintura y óvulos, la cual se ha descartado porque mancha la ropa de la paciente. (23)

Existen productos recientes como el itraconazol, que se administra a dosis de 200 mg diarios durante 3 días. (24)

También se ha evaluado la eficacia antimicótica y tolerancia a terconazol en óvulos vaginales de 240 mg, dosis única por un día, y 80 mg, dosis diaria por tres días; el resultado ha sido excelente, ya que el terconazol ofrece un alto porcentaje de curación clínica y micológica en Candidiasis vaginal. (25)

Vulvovaginitis, Vaginosis Bacteriana o Vaginosis por Gardnerella o Haemophilus Vaginalis.

Estos términos sustituyen a lo que en el pasado se llamaba "Vaginitis inespecífica". Es un germen de transmisión sexual cuando existe un pH normal en la vagina (4.5 a 5.5.). El hombre cursa generalmente asintomático, pero en la mujer produce un cuadro muy molesto.

Estos microbios forman parte de la flora vaginal normal; pero su proliferación da origen al surgimiento de un exudado vaginal

grisáceo, poco viscoso, homogéneo y mal oliente (olor a pescado), que se adhiere a las paredes de la vagina y con frecuencia está presente en introito. La cantidad de la secreción es bastante variable y provoca escasa irritación vulvovaginal con una discreta sensación de quemadura. A diferencia de muchos otros tipos de Vulvovaginitis, el epitelio vaginal tiene aspecto normal y no suele haber leucocitos.

El olor tan desagradable suele ser la principal manifestación.
(26)

Diagnóstico. El diagnóstico se basa en la identificación de Gardnerella en los cultivos y también puede hacerse a través de un frotis en fresco. (27)

Tratamiento. El tratamiento se debe realizar de acuerdo con el resultado del antibiograma, si no se cuenta con este recurso se recomienda administrar a la pareja metronidazol o tinidazol teniendo la ventaja éste último de ser dosis única, lo que facilita el tratamiento. Se ha observado que los tratamientos con tetraciclinas, sulfonamidas y eritromicina resultan ineficaces. (28)

Vulvovaginitis Gonocócica.

La Vulvovaginitis puede ser causada por gérmenes de tipo cocoide, principalmente Neisseria Gonorrhoeae. Se manifiesta con mayor intensidad en los dos polos de la vida femenina: la niñez y la

postmenopausia. En estas edades la mucosa vaginal es delgada y está desprovista de glándulas activas protectoras, por lo que resulta altamente susceptible a la infección.

Mecanismo de infección. Generalmente las fuentes de infección son los dedos de la paciente y las toallas sanitarias; en la mujer adulta, la relación sexual.

La Vulvovaginitis Gonocócica se caracteriza por:

- Secreción vaginal persistente, en cantidad variable, de color blanquecino amarillento.
- Irritación local.
- Prurito local.
- Ardor vaginal
- Dolor en la vagina.
- Dispaurenia.
- Incapacidad para el coito.

Diagnóstico. Esta patología se sospecha por el cuadro clínico, y se confirma al apreciar el gonococo en el examen microscópico en el cultivo de la secreción.

Tratamiento. Se puede emplear:

- Amoxicilina, 500 mg cada 8 horas durante un mínimo de 5 días.
- Ampicilina, 1 gramo cada 8 horas durante un mínimo de 5 días.

- Penicilina G procaína, 800,000 unidades cada 12 horas intramuscular, durante 7 días mínimo.
- Doxiciclina, 100 mg vía oral cada 12 horas durante 7 días.
- Estearato de eritromicina, 500 mg cada 6 horas durante 7 días.
- Clorhidrato de espectinomicina, 4 gramos por vía intramuscular, dosis única. (29)

Vulvovaginitis por Chlamydia Trachomatis.

Germen causal de infecciones genitales que cada vez adquiere más importancia por su creciente frecuencia y porque algunos investigadores lo asocian con la aparición del cáncer cervicouterino. A este germen se le puede localizar en la vulva, la vagina, la uretra y el cervix, se le considera productor del Linfogranuloma venéreo. Se ha comprobado que el germen puede afectar al recién nacido en los ojos y el aparato respiratorio. Se ha encontrado que las infecciones recurrentes por Chlamydia incrementan el riesgo de hospitalización por embarazo ectópico y enfermedad inflamatoria pélvica. También se ha encontrado complicaciones febriles durante la salpingoclasia postparto causada por Chlamydia Trachomatis. (30)

La Chlamydia Trachomatis es un huésped intracelular que, al afectar las mucosas, causa erosiones y úlceras, que tienden a sanar espontáneamente o a producir granulaciones superficiales y estenosis en los tejidos en los tejidos afectados cuando cicatrizan.

Diagnóstico. Se diagnostica con el examen microscópico directo, mediante la tinción de Giemsa.

Tratamiento. Para combatir a la Chlamydia se sugieren los siguientes esquemas terapéuticos y el manejo debe comprender al compañero sexual:

- Eritromicina: 500 mg cada 6 horas durante 7 días.
- Doxiciclina: 100 mg cada 12 horas durante 7 días.
- Minociclina: 100 mg cada 12 horas durante 10 días.
- Limeciclina: 600 mg cada 24 horas durante 3 días.
- Tetraciclina: 500 mg cada 6 horas durante 10 días.
- Sulfametoxazol: 1 gramo cada 12 horas durante 10 días. (31)

Es de hacer mención que se han hecho estudios respecto a la irrigación vaginal con Chlorhexidine para la prevención de infecciones peripartales por cualquiera de los agentes ya mencionados y otros más (32), pero también se ha reportado el aumento de embarazos ectópicos en aquellas mujeres que acostumbran las irrigaciones vaginales. (33)

En estos y otros estudios relacionados con la Vulvovaginitis, se ha mencionado que ella es la causa más frecuente de consulta ginecológica (34); y sus agentes causales más frecuentes son la Gardnerella Vaginalis, Chlamydia Trachomatis, Neisseria Gonorrhoeae (35); considerándose en ellos la edad de las pacientes que es la relación de los años vividos y cumplidos, además de ser

ella misma la que refiere su estado civil, el cual es determinado por las leyes civiles y familiares de cada país y que en México corresponde a soltera, casada, unión libre o concubinato, divorciada y viuda.

La escolaridad se interpreta como el máximo grado de estudios alcanzado, y que en nuestro país comprende la educación primaria, educación media y superior la que a su vez incluye: educación secundaria, preparatoria o bachillerato, técnica, licenciatura, postgrado, maestría y doctorado.

La ocupación no es más que actividad a la cual la persona dedica más tiempo; al ingreso se le considera como la cantidad de dinero que se percibe por mes y que sirve de indicador para determinar el nivel socioeconómico. El sector derechohabiente, se refiere al grupo en que el trabajador y familiares se encuentren clasificados; por signos y síntomas se entiende como las manifestaciones objetivas y subjetivas de la patología; como antecedentes de Vulvovaginitis se considera las experiencias previas con la patología mencionada. Hábitos sexuales son las costumbres que se tienen con respecto a la práctica sexual; por métodos anticonceptivos se entiende los medios utilizados para evitar el embarazo y por enfermedad crónica cualquier patología de larga evolución que se manifieste.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La investigadora responsable de este trabajo, ha observado durante las consultas, que un número significativo de consultas femeninas son debidas a sintomatología de Vulvovaginitis, convirtiéndose este diagnóstico en uno de los más frecuentes; en muchos casos el diagnóstico se realiza clínicamente y en otros se realizan estudios de laboratorio, más que todo para determinar el agente causal y administrar el tratamiento adecuado.

Pese a lo anterior, el índice de recurrencia es elevado y un buen número de pacientes a quienes se les soluciona el problema, vuelven una y otra vez a presentarlo.

De todo lo anterior surge la pregunta:

¿Cuál es la frecuencia de Vulvovaginitis y los agentes patógenos más comunes en mujeres derechohabientes de 16 a 55 años de edad, que reciben asistencia médica en la Clínica de Consulta Externa del ISSTECH, en el período Octubre-Diciembre de 1997?

JUSTIFICACION

La Vulvovaginitis es un problema de salud que afecta a un buen número de mujeres, sin importar niveles socioeconómicos, grados de escolaridad o edad, su magnitud ha llamado la atención ha diversos investigadores e instituciones, quienes se han concientizado de su existencia, incidencia y prevalencia.

Por ejemplo, en un estudio realizado por Ryan G. M., Abdella y McNeely; la frecuencia de la Vulvovaginitis en mujeres norteamericanas oscilo entre el 16 y 54%.

En Colombia, estudios efectuados por el ministerio de salud reportan frecuencias entre el 19 y 62%. Jeanna Piper y Edward R. Newton de la Universidad de Texas en su estudio Vulvovaginitis en mujeres sexualmente activas, reportaron una frecuencia hasta del 58% en pacientes que asistían a consulta ginecológica a la clínica universitaria.

Asimismo, Márquez González y Martínez Pérez en el estudio denominado "Prevalencia de Trichomona Vaginalis y otros microorganismos patógenos en secreciones vaginales" mencionan una frecuencia para este agente del 43%, mientras que para Candida Albicans correspondió el 29% y para Gardnerella un 17%, sin embargo, en un estudio multicéntrico realizado por José A. Sereno, Carlos Ricalde Bas, Javier de la Cabada y Alberto Vázquez,

reportan un 37% para Ureplasma Urealyticum, de 17 a 44% para Chlamydia Trachomatis seguido en frecuencia por la Gardnerella Vaginalis, Candida Albicans y por último la Trichomona Vaginalis, amén de que en un buen porcentaje, no se concentro ningún patógeno. Para otros investigadores como Jorge D. Blanco y Tony S. Wen, en su estudio denominado "Infección vaginal por Gardnerella", encontraron que la frecuencia de esta infección parece sobrepasar a las Vulvovaginitis producidas por Trichomonas, N. Gonorrhoeae y Chlamydia Trachomatis.

Debido a la escasez de datos precisos en nuestro medio acerca de la etiología y la frecuencia relativa de la Vulvovaginitis y sus agentes causales más comunes, se decidió llevar a cabo este estudio prospectivo para conocer las frecuencias anteriormente mencionadas.

Por todo lo anterior, se justifica ampliamente la necesidad de investigar a las mujeres víctimas de Vulvovaginitis, con la finalidad de beneficiar a la afectada detectando la frecuencia de la enfermedad y sus agentes más comunes, además de otros datos; con el fin de implementar acciones adecuadas de prevención y/o tratamiento.

Para el médico, esta participación un poco más activa dentro de la problemática de la Vulvovaginitis, produce avances en sus

conocimientos, destrezas, habilidades y hasta actitudes, que enriquecerán su vida profesional y personal.

Finalmente para el ISSTECH, el investigar esta patología lo llevará a estar consciente de la importancia de esta problemática entre las derechohabientes.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

- ❖ Determinar la frecuencia de la Vulvovaginitis y los agentes patógenos más comunes en mujeres sexualmente activas de 16 a 55 años de edad, que reciben asistencia médica en la Clínica de Consulta Externa del ISSTECH, en el período Octubre-Diciembre de 1997.

OBJETIVOS PARTICULARES.

- ❖ Delimitar el grupo de edad más afectado.
- ❖ Determinar en qué sector derechohabiente es más frecuente la Vulvovaginitis.
- ❖ Conocer la ocupación de las mujeres afectadas.
- ❖ Identificar el grado de escolaridad de las pacientes.
- ❖ Conocer el estado civil.
- ❖ Reconocer antecedentes de Vulvovaginitis en las pacientes estudiadas.
- ❖ Identificar factores predisponentes.
- ❖ Delimitar el nivel socioeconómico más afectado.

METODOLOGIA

La investigación realizada fue:

Descriptiva.

Prospectiva.

Transversal.

Se incluyeron a mujeres derechohabientes sexualmente activas de 16 a 55 años de edad, que asistieron a consulta en el período Octubre-Diciembre de 1997. La muestra fue no aleatoria y secuencial a todas las pacientes que reunieron los criterios de selección.

Los criterios de inclusión fueron: pertenecer al grupo de edad entre 16 a 55 años de edad, ser sexualmente activa, habersele efectuado el diagnóstico de Vulvovaginitis y que cumplieron con el requisito de responder a la encuesta.

Esto fue para conocer la frecuencia de la Vulvovaginitis.

Para identificar los agentes patógenos más comunes, se agregó el criterio de realizar estudio de laboratorio: cultivo y/u observación directa al microscopio de la secreción.

Fueron excluidas todas aquellas pacientes a quienes no se les realizó el diagnóstico de Vulvovaginitis, las que no estuvieron dentro del rango de edad establecido, las no sexualmente activas, y

quienes se negaron a contestar la encuesta o lo hicieron de manera incompleta.

Esto para determinar la frecuencia de Vulvovaginitis.

En la identificación de los agentes patógenos más comunes, se excluyeron a todas aquellas pacientes que teniendo el diagnóstico de Vulvovaginitis, no se les realizó examen de laboratorio.

Las variables utilizadas fueron: edad, estado civil, ocupación, escolaridad, sector derechohabiente, nivel socioeconómico, métodos anticoncepcionales, antecedentes de Vulvovaginitis, hábitos sexuales, hábitos higiénicos y presencia de enfermedades concomitantes.

Como instrumento para recolectar la información se utilizó la encuesta con interrogatorio directo, en la que se solicitó edad, ocupación, escolaridad, estado civil, ingreso mensual, familiar, sector derechohabiente al que pertenecen, antecedentes de Vulvovaginitis, hábitos sexuales y presencia de factores predisponentes.

La investigación fue realizada con profesionalidad y discreción, respetando el anonimato de las pacientes, quienes decidieron libremente y sin coerciones el participar o no en el estudio.

Se evitó falsear los datos durante su procesamiento.

R E S U L T A D O S

DESCRIPCION DE RESULTADOS

Del 1 de Octubre al 31 de Diciembre de 1997, recibieron asistencia médica 7,648 mujeres sexualmente activas y entre los 16 a 55 años de edad.

De este total tomado como 100%, 3,365 (44%), fueron diagnosticadas clínicamente como Vulvovaginitis (Gráfica 1), de estas 3,365 mujeres diagnosticadas, a 336 (10%) elegidas al azar se les efectuó estudio de laboratorio: exudado vaginal y/o observación directa de la secreción al microscopio (Gráfica 2).

Por grupos de edad, se encontró que de 16 a 25 años el 30.4% o sea 1,023 mujeres estuvieron afectadas; de 26 a 35 años el 36.5% (1,094) presentó Vulvovaginitis; de 36 a 45 años 838 (24.9%); y de 46 a 55 años 410 (12.2%) se les efectuó el diagnóstico estudiado (Gráfica 3).

En general puede afirmarse, que la edad en que la mujer padece o presenta más frecuentemente cuadros de Vulvovaginitis va de los 16 a 35 años ya que en el estudio sumo un total de 66.9% (2,117 mujeres).

Con respecto a la ocupación 39.5% (1,329) fueron amas de casa, el 37.5% (1,262) empleadas y el 23% (774) profesionistas (Gráfica 4).

En relación al estado civil 12% (404) resultaron ser solteras, casadas 58% (1,952), viudas 3% (101), divorciadas 8% (269), unión libre 19% (639) (Gráfica 4A).

En cuanto al sector derechohabiente, a Seguridad Pública le correspondió el 42% (1,413), a Burocracia el 21% (707), a ISSTECH el 20% (673) y a Magisterio el 17% (572) (Gráfica 5).

Tomando en cuenta el ingreso mensual familiar, el 66% (2,221) de las pacientes quedó englobado en el nivel socioeconómico bajo, el 16% (538) en nivel alto y el 18% (606) en nivel medio (Gráfica 6).

El 2.6% (87) de las pacientes estudiadas, estaban embarazadas (Gráfica 6A).

En cuanto a la pregunta de si la mujer tenía más de una pareja, sólo el 0.6% (20) respondió afirmativamente (Gráfica 7).

La práctica de sexo oral fue positiva en el 12% (404) y negativo en el 88% (2,961) (Gráfica 8).

En relación a la práctica de sexo anal el 0.3% (10) respondió afirmativamente y el 99.7% (3,355) negativamente (Gráfica 8A).

Con respecto a los esposos que acostumbran relaciones extramaritales el 23% (774) si lo hace y el 77% (2,591) no (Gráfica 9).

En cuanto al baño y cambio de ropa interior diario el 100% respondió positivamente (Gráfica 10).

Las duchas vaginales son practicadas por 24.8% (835), mientras que el 75.2% (2,530) no lo hace (Gráfica 11).

El 81.4% (2,739) utiliza algún tipo de anticonceptivo y el 18.6% (626) no utiliza (Gráfica 12).

Tomando como 100% estas 2739 que si utilizan método anticonceptivo se encontró que: 11.8% (323) utilizan preservativos, el 30.3% (830) DIU, el 0.5% (14) óvulos y/o cremas, hormonales orales 35.1% (961) y hormonal inyectable 22.3% (611) (Gráfica 13).

En cuanto a padecer enfermedad crónica el 9.1% (306) la padecen y el 90.9% (3,059) no (Gráfica 14).

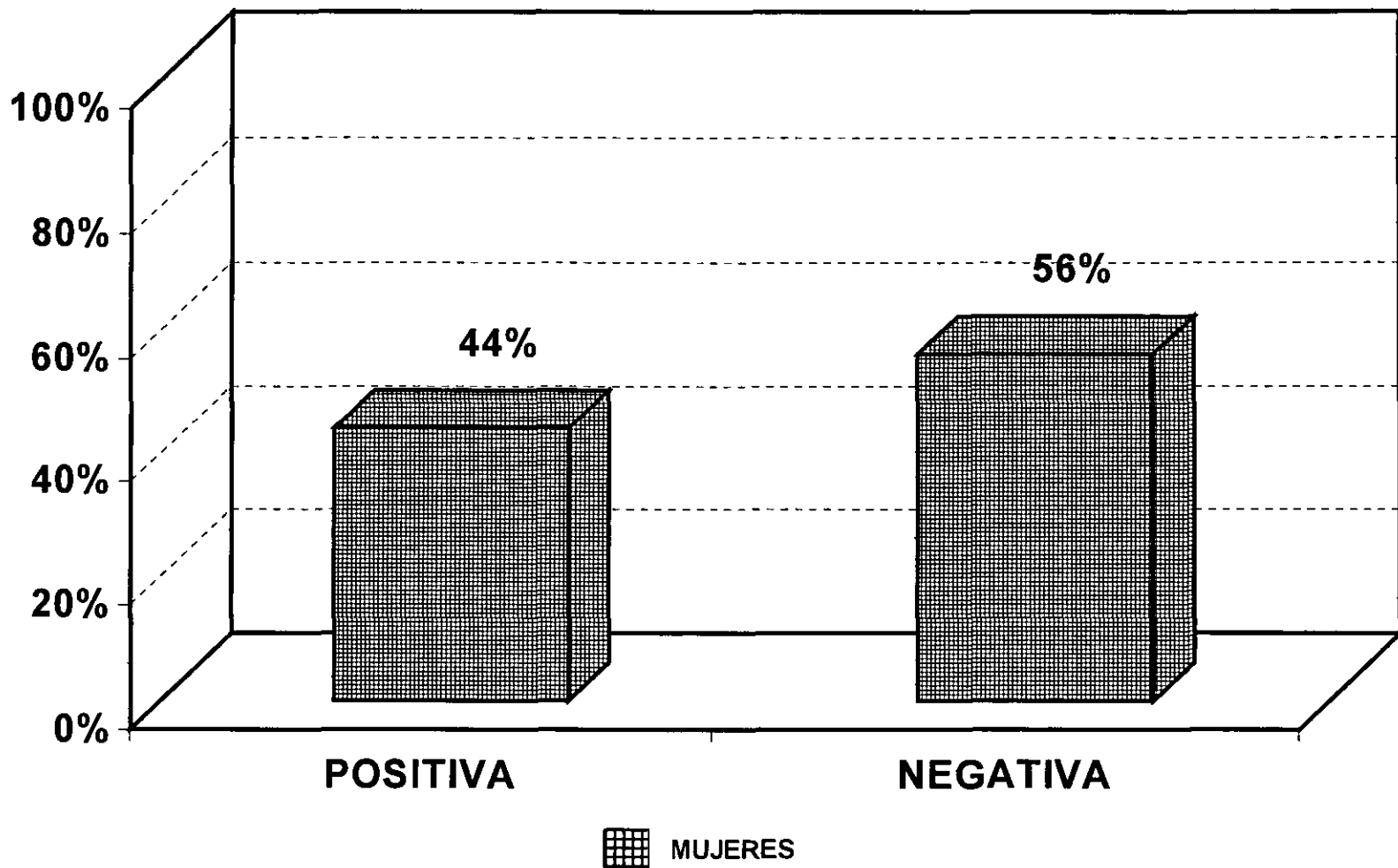
De estas 306, tomadas como 100%, el 39% (119) presentó Diabetes Mellitus, el 35% (107) Hipertensión Arterial, el 21.5% (66) la combinación Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, el 1.9% (6) Asma Bronquial, el 1.7% (5) Hipotiroidismo, el 0.9% (3) Hipertiroidismo (Gráfica 15).

El 95.7% (3,220) tuvo antecedentes previos de Vulvovaginitis, mientras que para el 4.3% (145) fue su primera vez (Gráfica 16).

Y por último, los agentes causales más comunes, tomando como 100% los 336 casos a quienes se les realizó estudio de

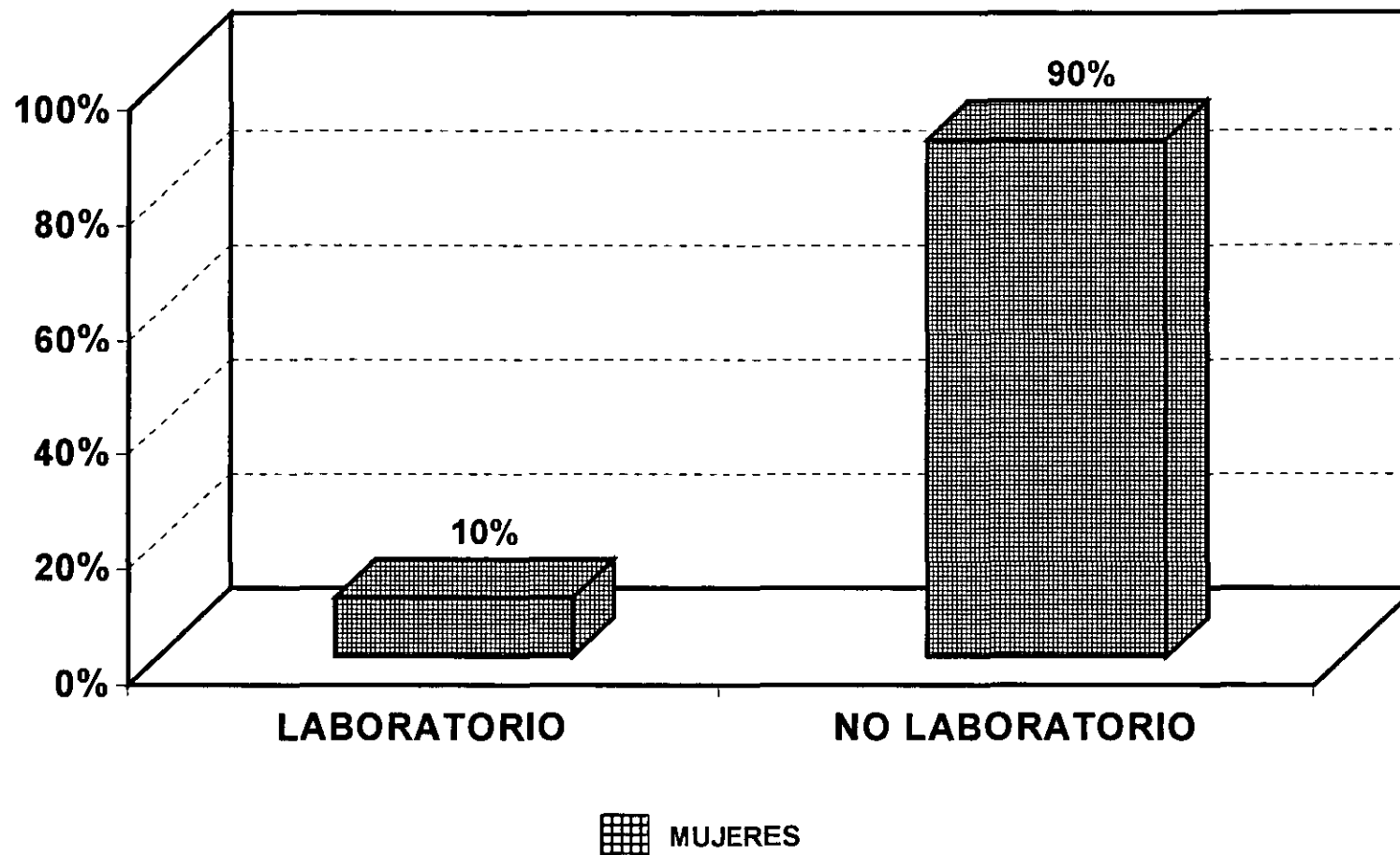
laboratorio fueron: *Trichomona Vaginalis* 39% (131), el 30% (101) *Gardnerella Vaginalis*, el 21% (71) *Candida Albicans*, el 6% (20) *Chlamydia Trachomatis*, el 4% (13) *Streptococo Beta Hemolítico*; no hubo ningún caso de *Neisseria Gonorrhoeae* (Gráfica 17).

VULVOVAGINITIS



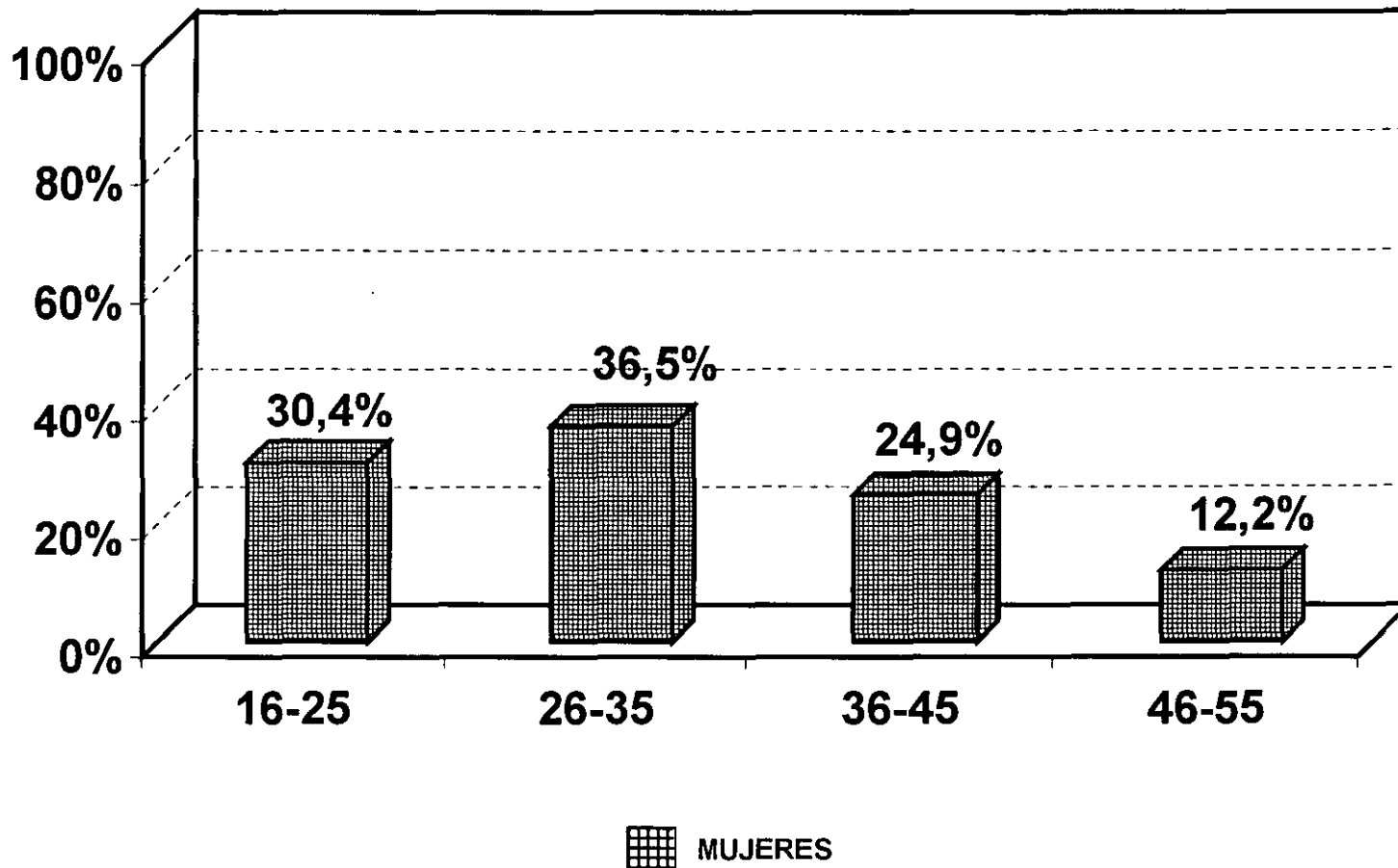
GRAFICA 1. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

VULVOVAGINITIS POR LABORATORIO



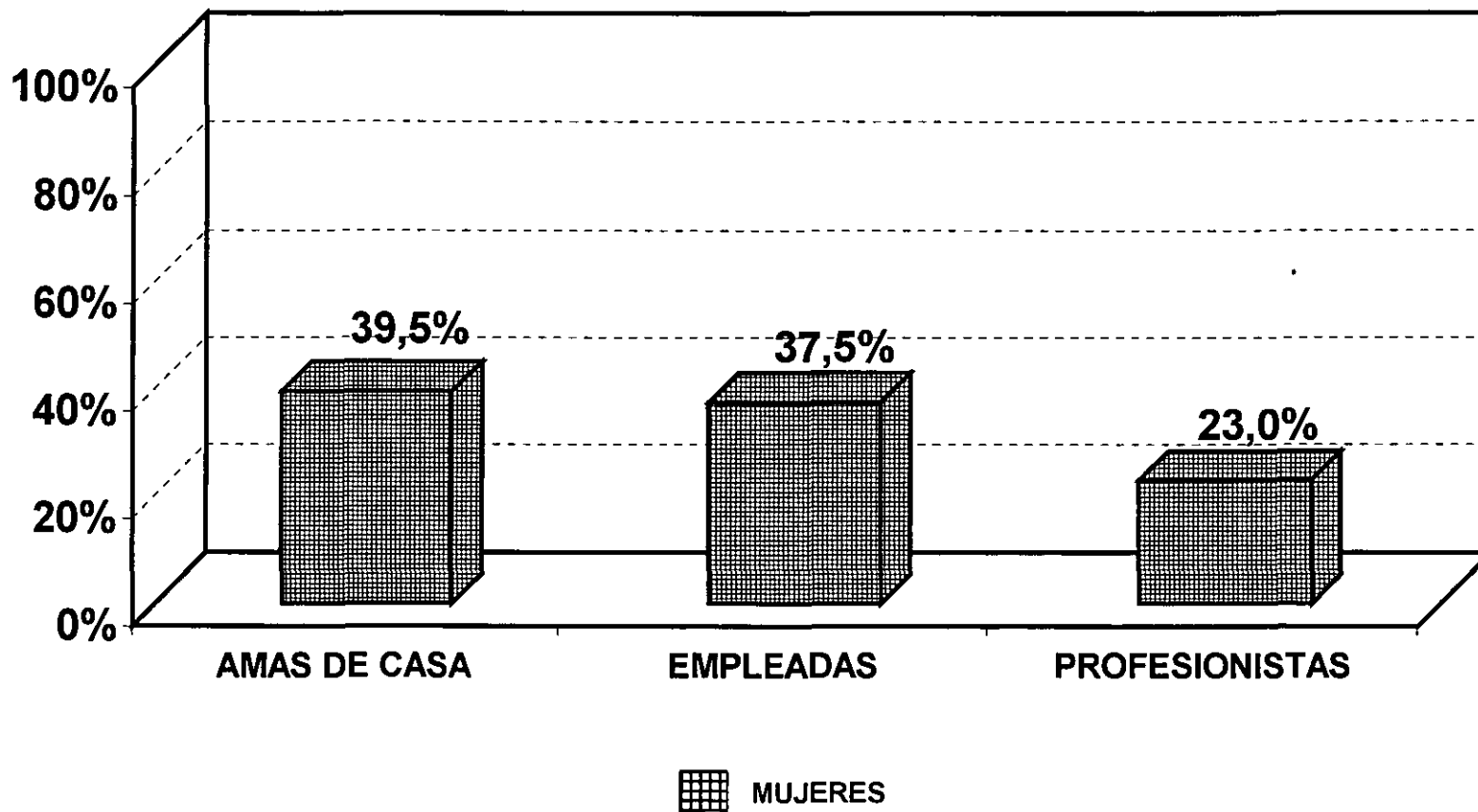
GRAFICA 2. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

VULVOVAGINITIS POR EDAD



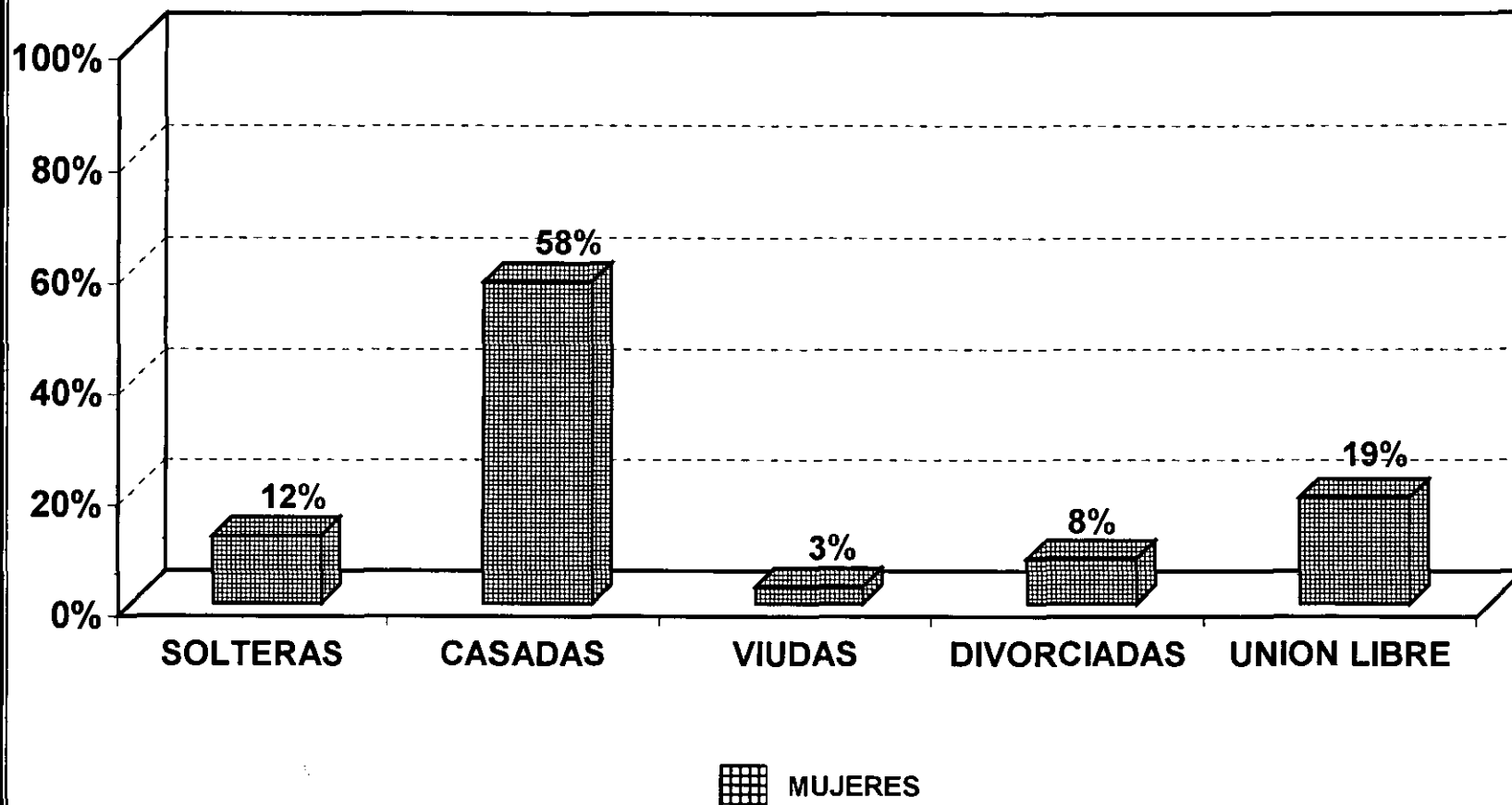
GRAFICA 2. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

OCUPACION



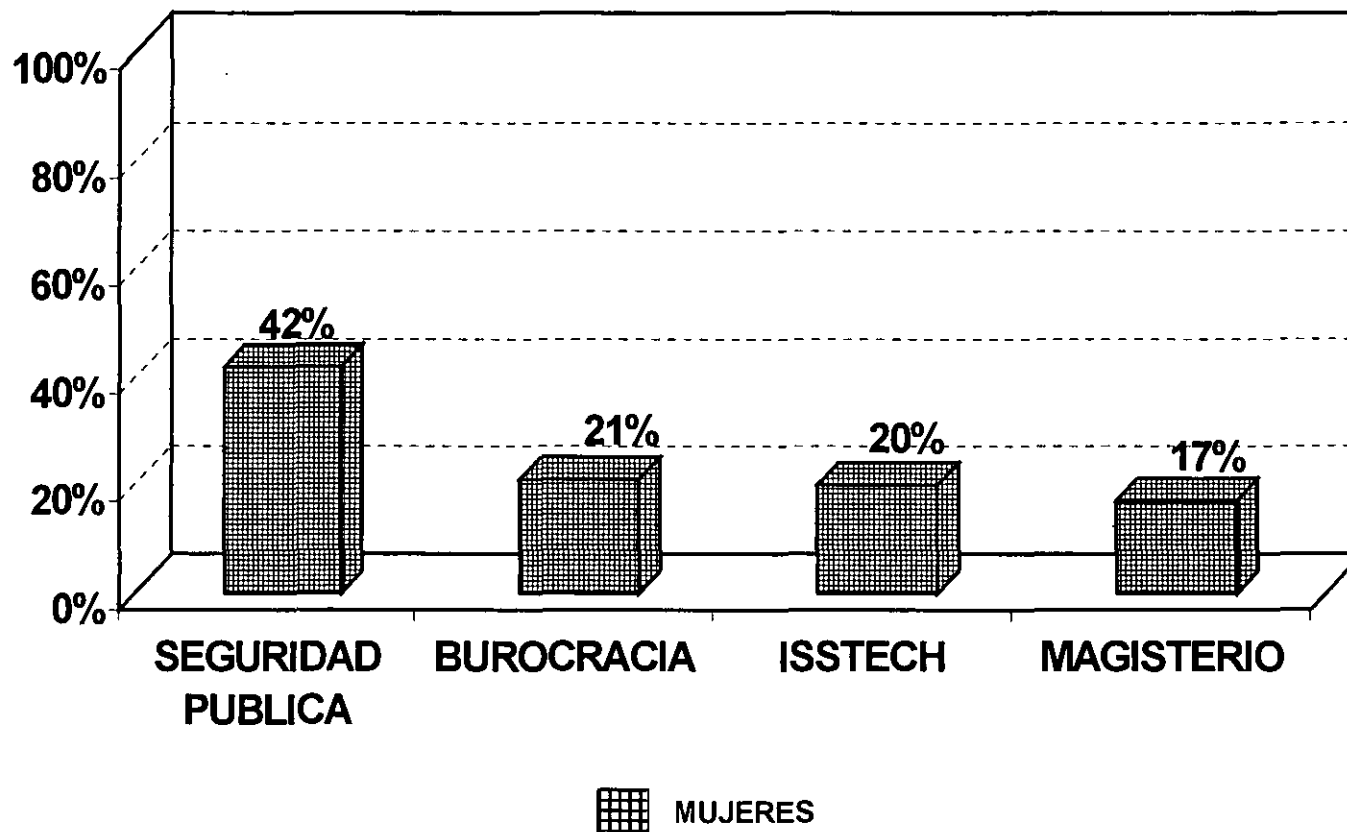
GRAFICA 4. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

ESTADO CIVIL



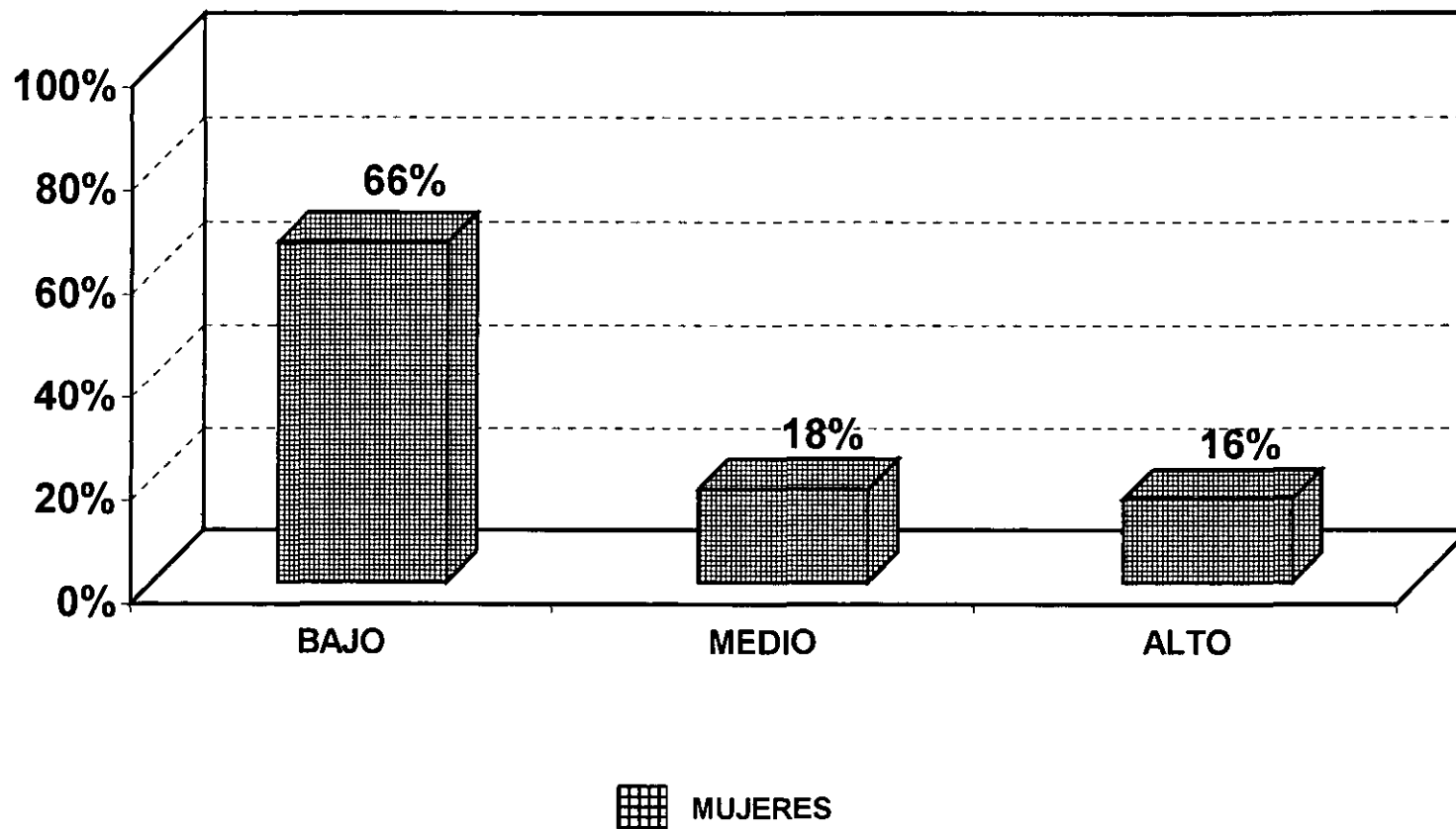
GRAFICA 4A. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

SECTOR DERECHOHABIENTE



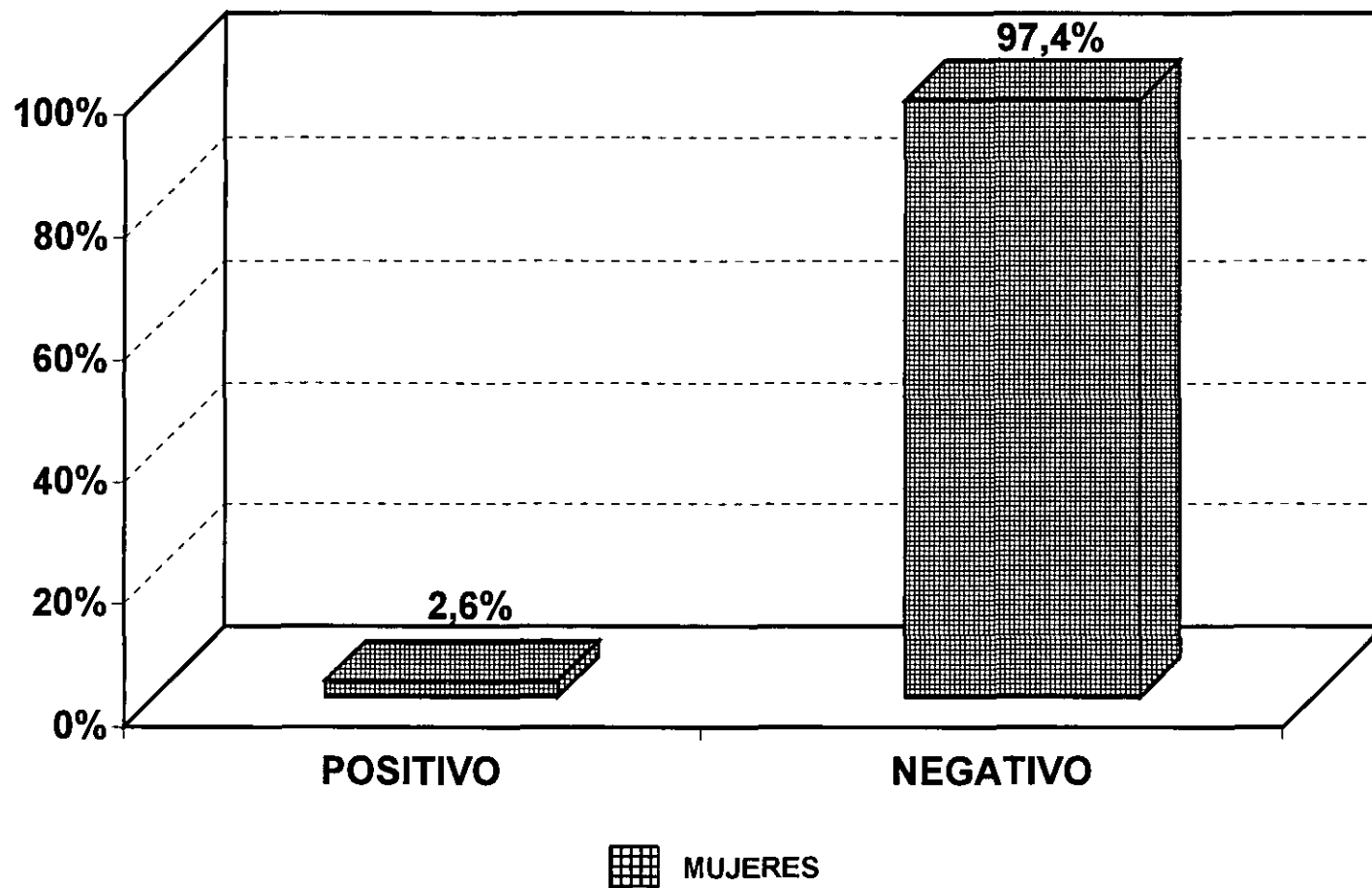
GRAFICA 5. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

NIVEL SOCIOECONOMICO



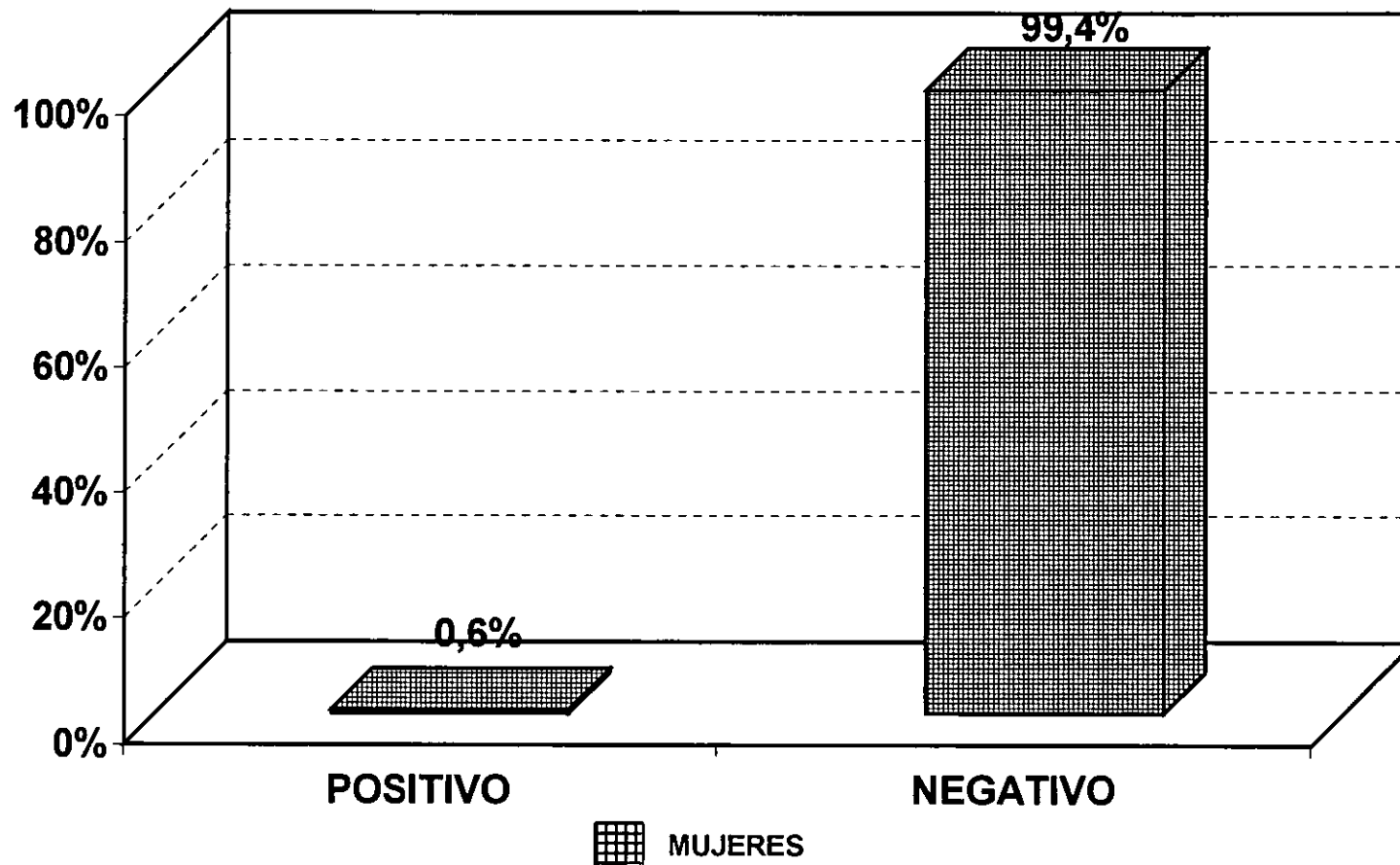
GRAFICA 6. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

VULVOVAGINITIS Y EMBARAZO



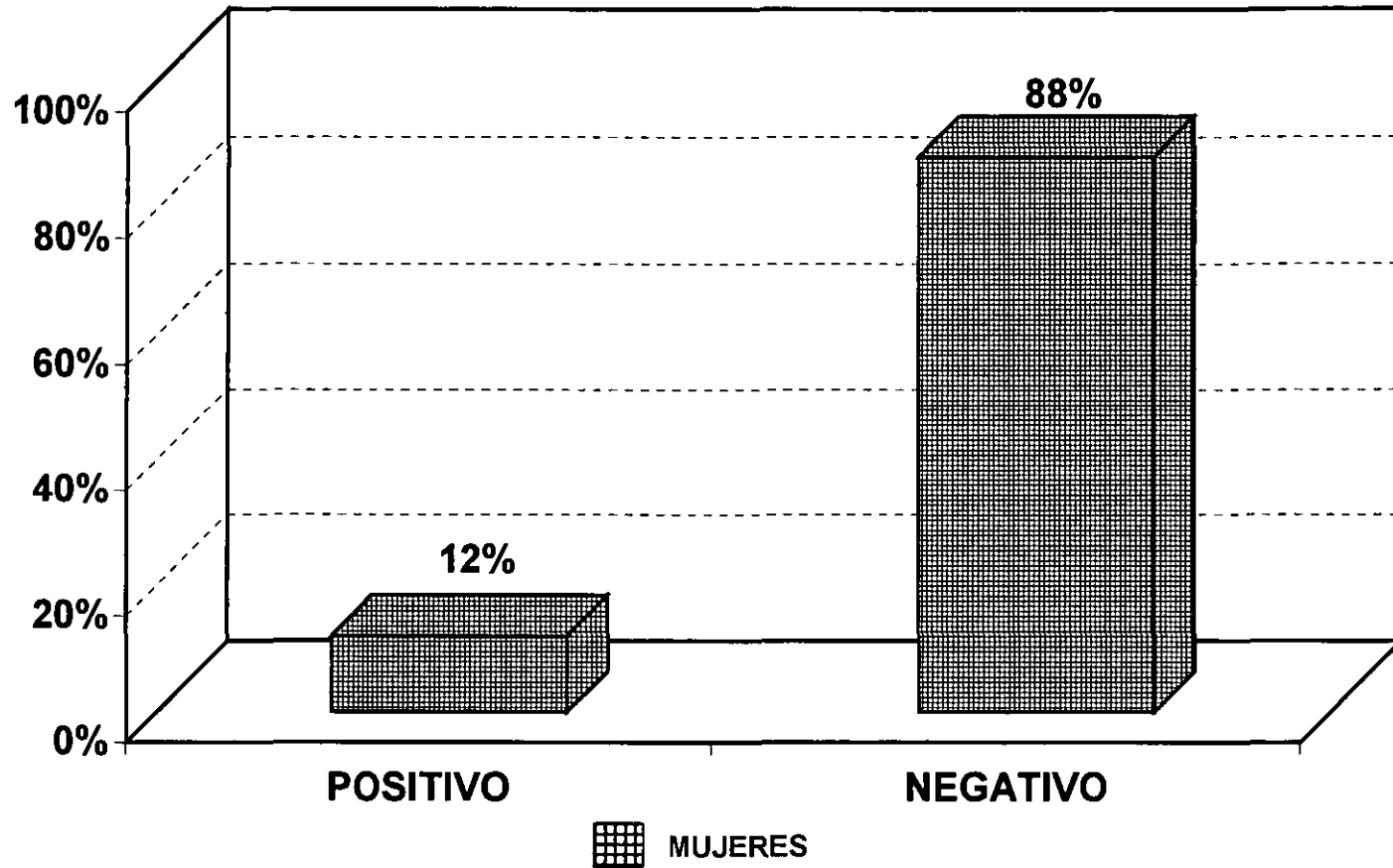
GRAFICA 6A. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

PROMISCUIDAD SEXUAL



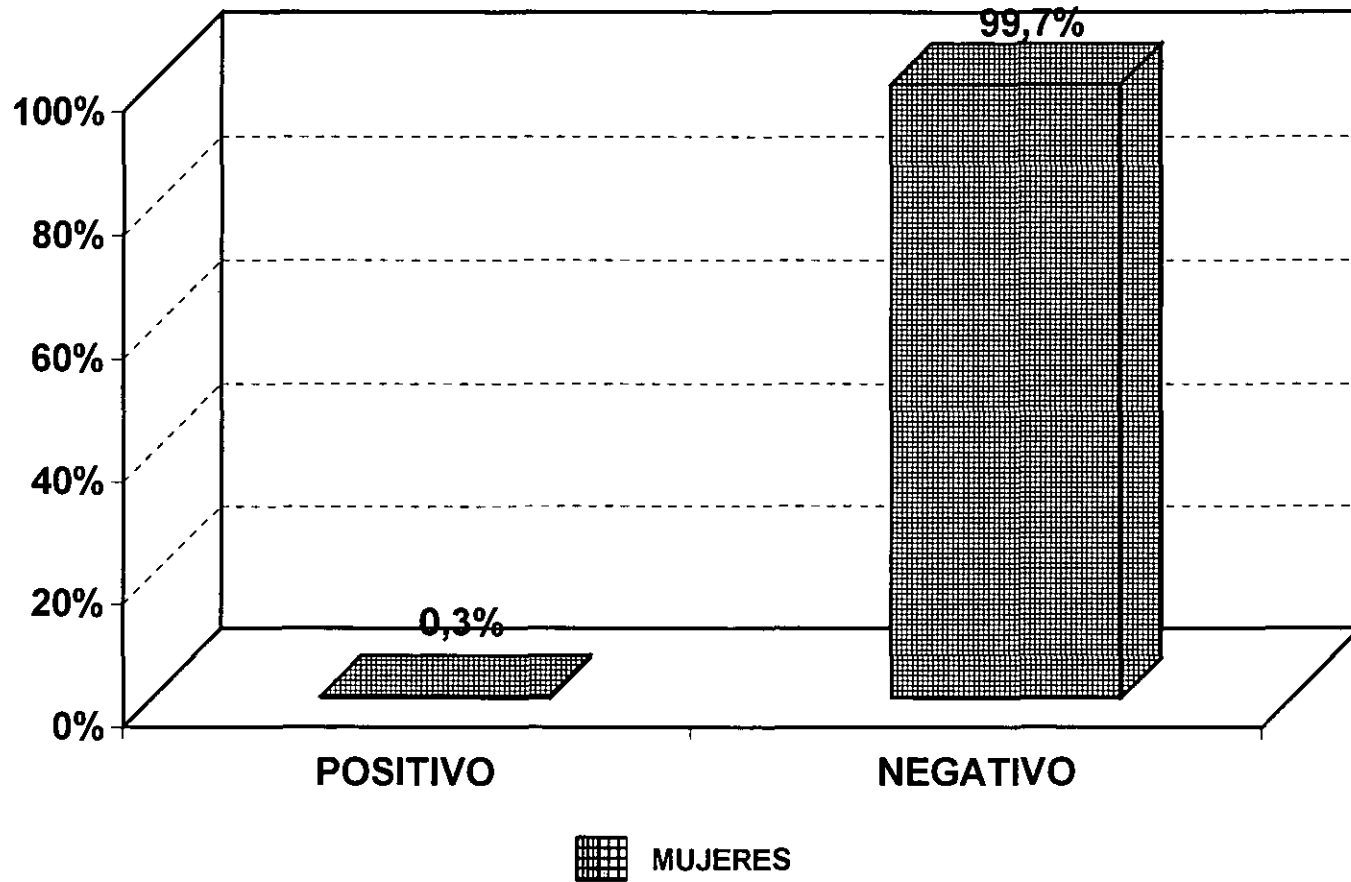
GRAFICA 7. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

SEXO ORAL



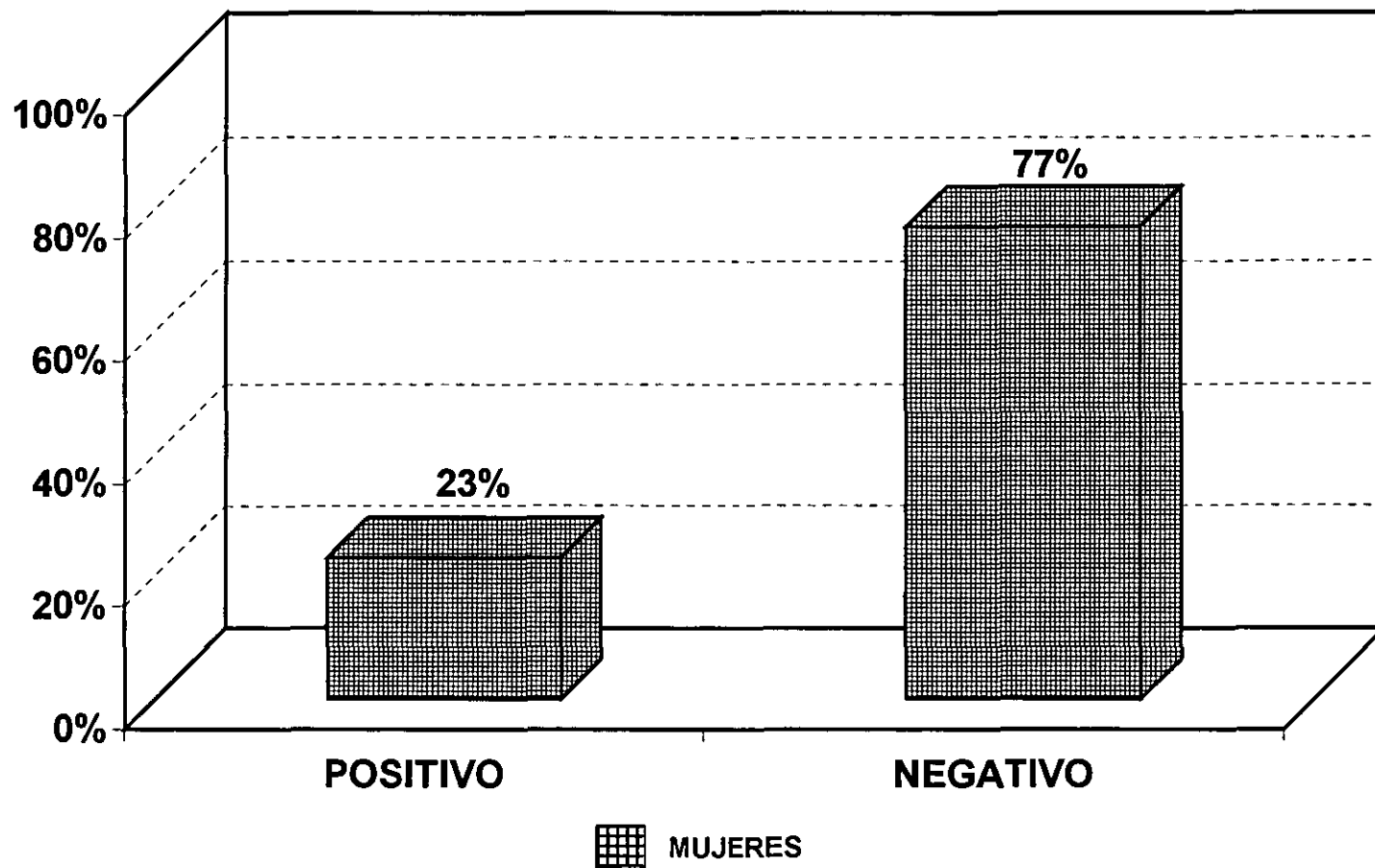
GRAFICA 8. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

SEXO ANAL



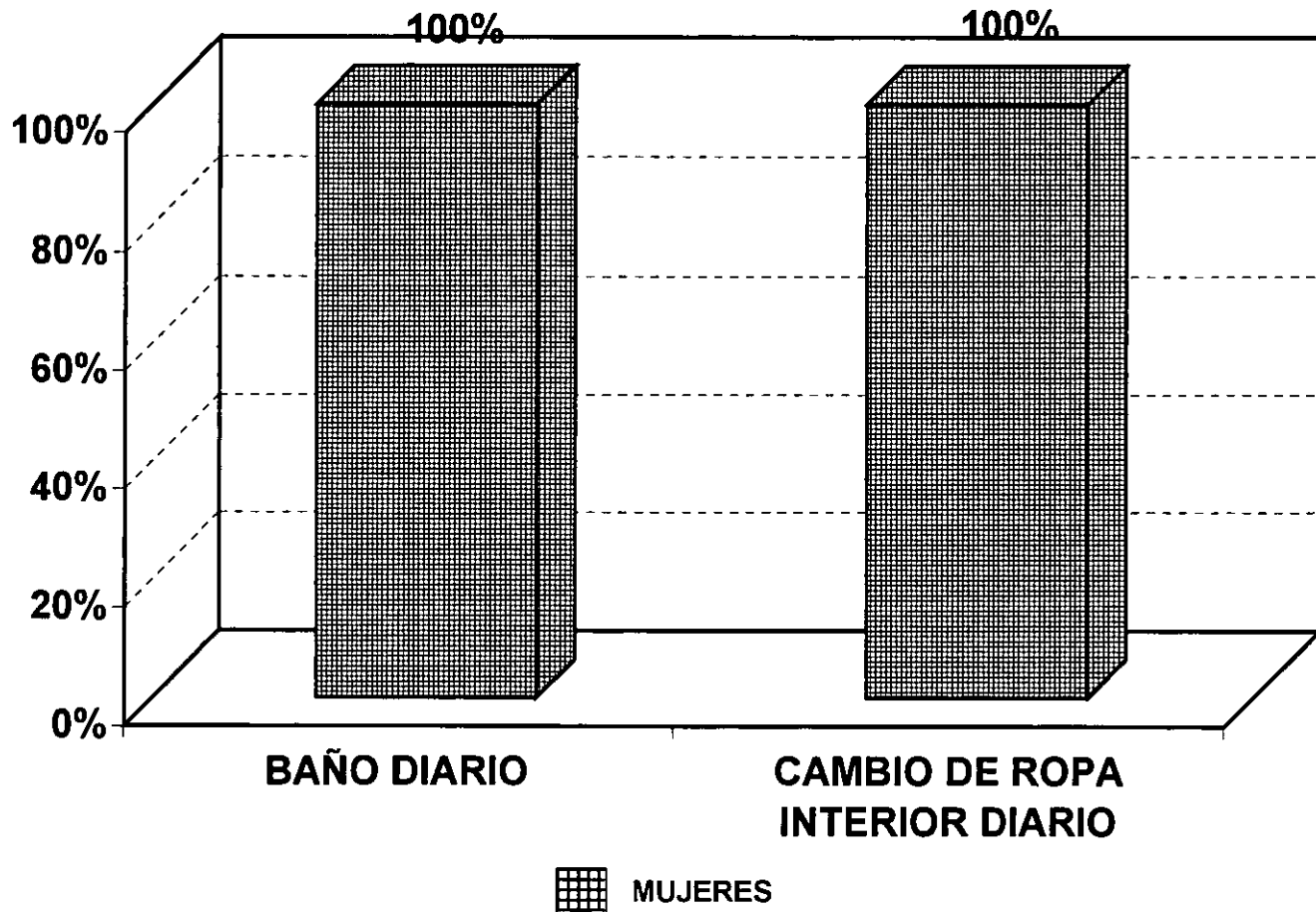
GRAFICA 8A. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

ESPOSOS PROMISCUOS



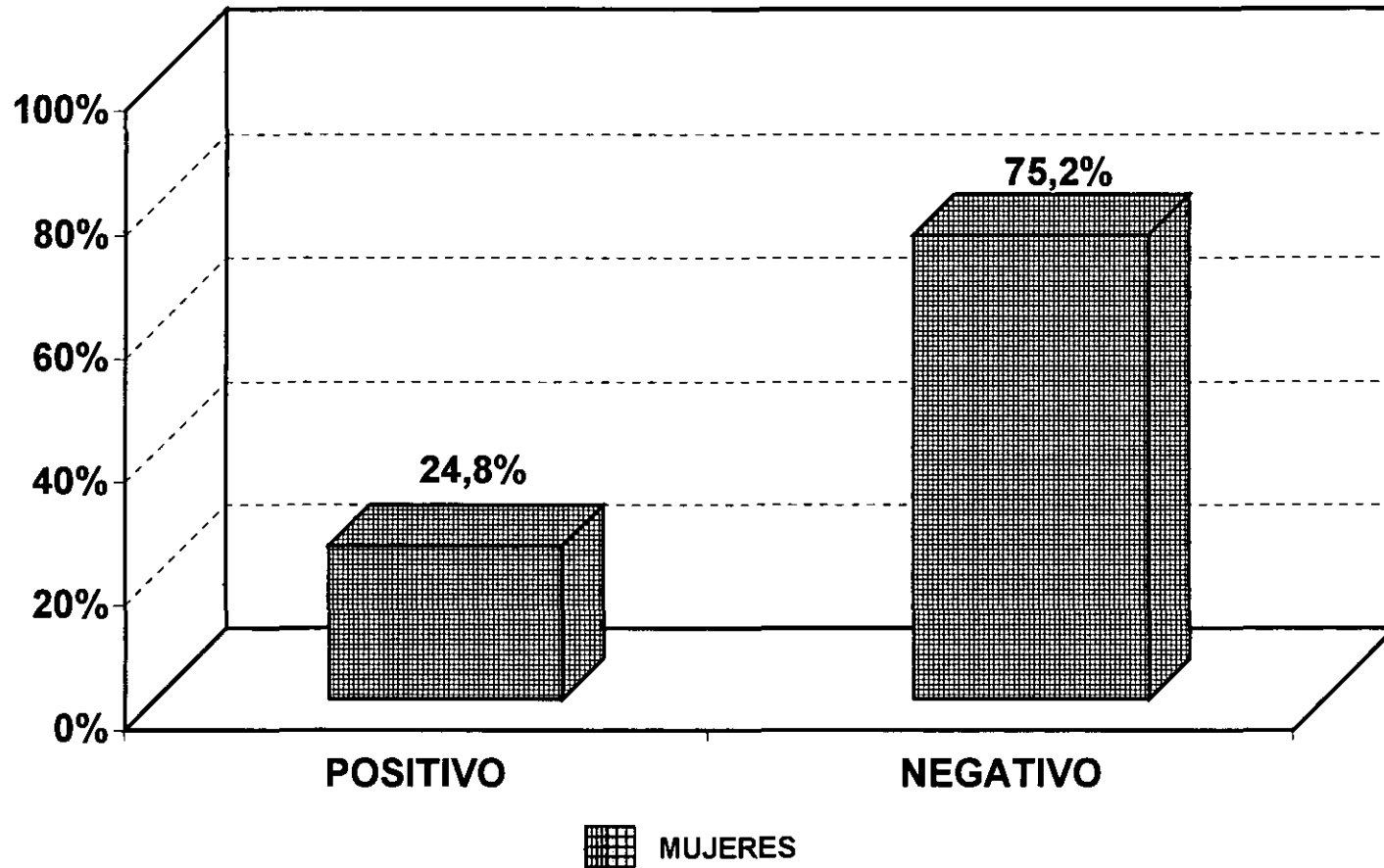
GRAFICA 9. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

HABITOS HIGIENICOS



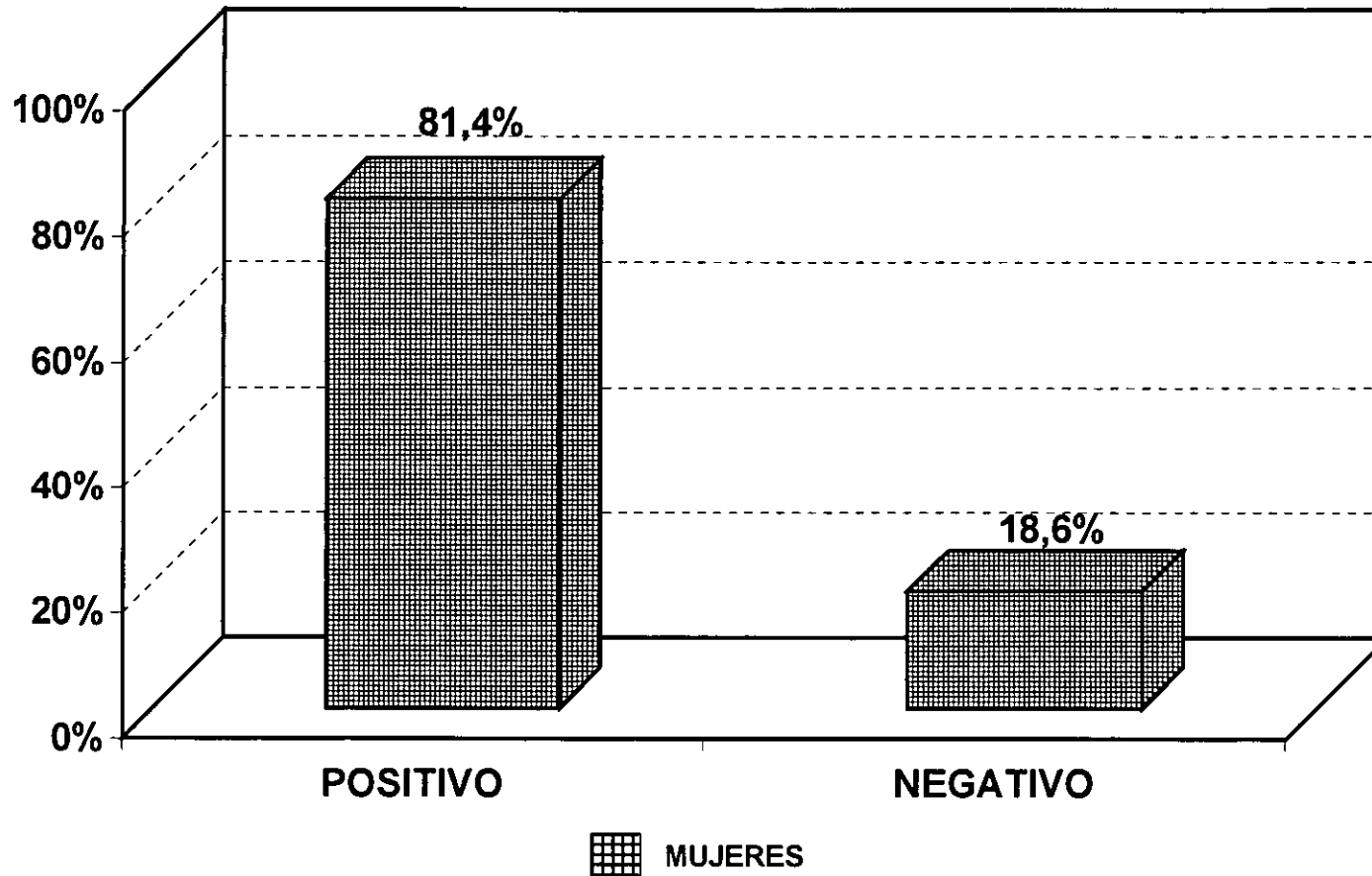
GRAFICA 10. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

DUCHAS VAGINALES



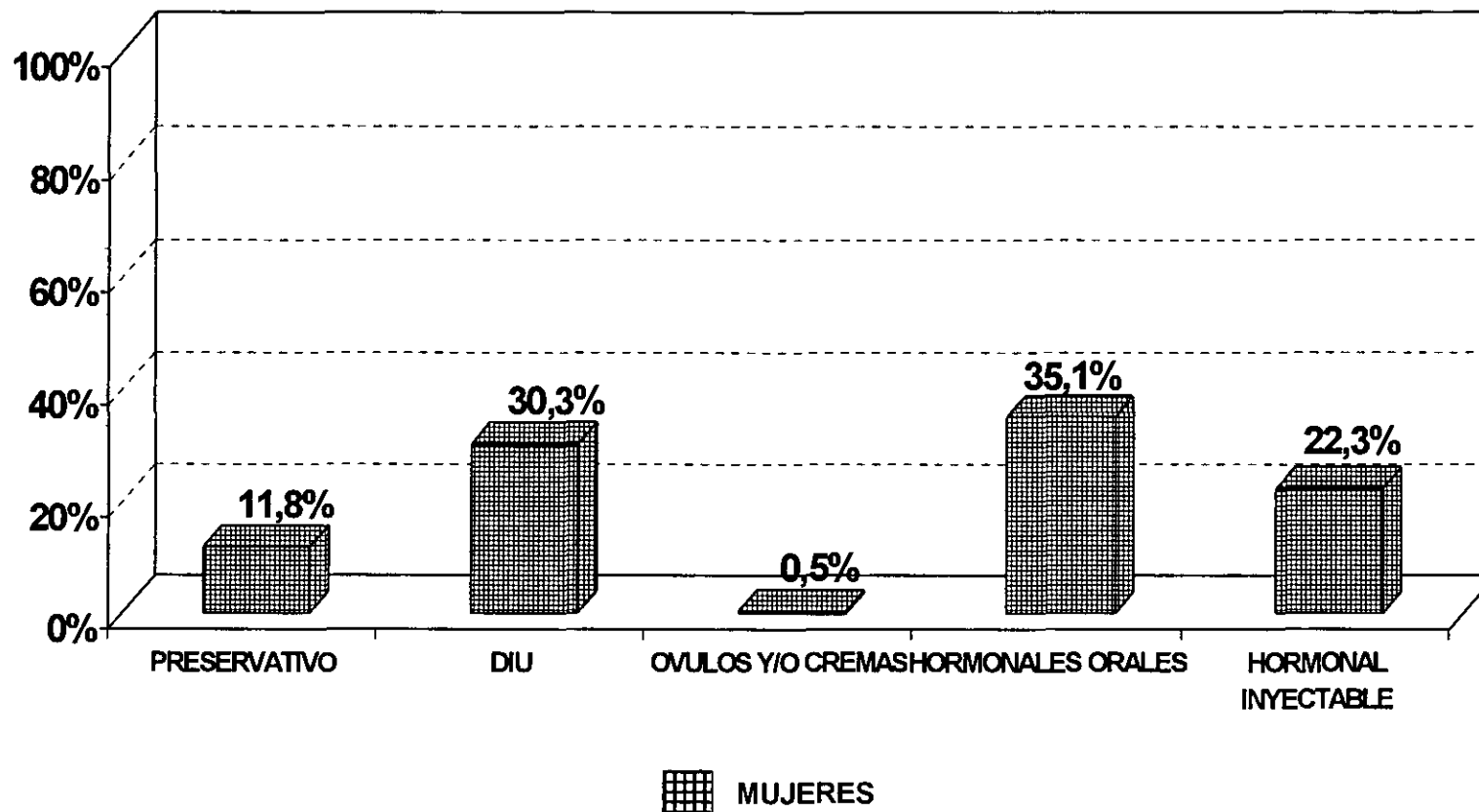
GRAFICA 11. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

USO DE ANTICONCEPTIVOS



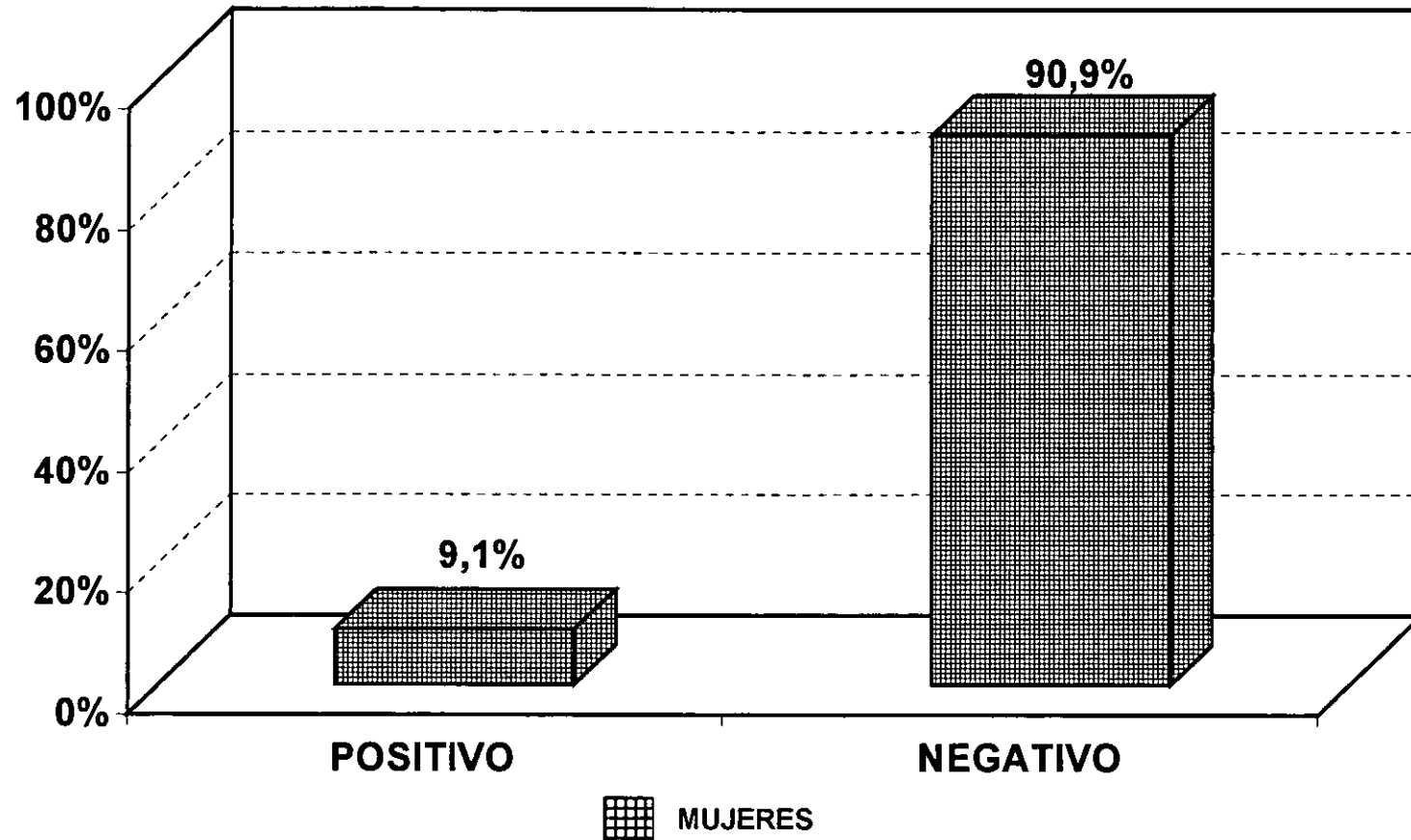
GRAFICA 12. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

ANTICONCEPTIVOS



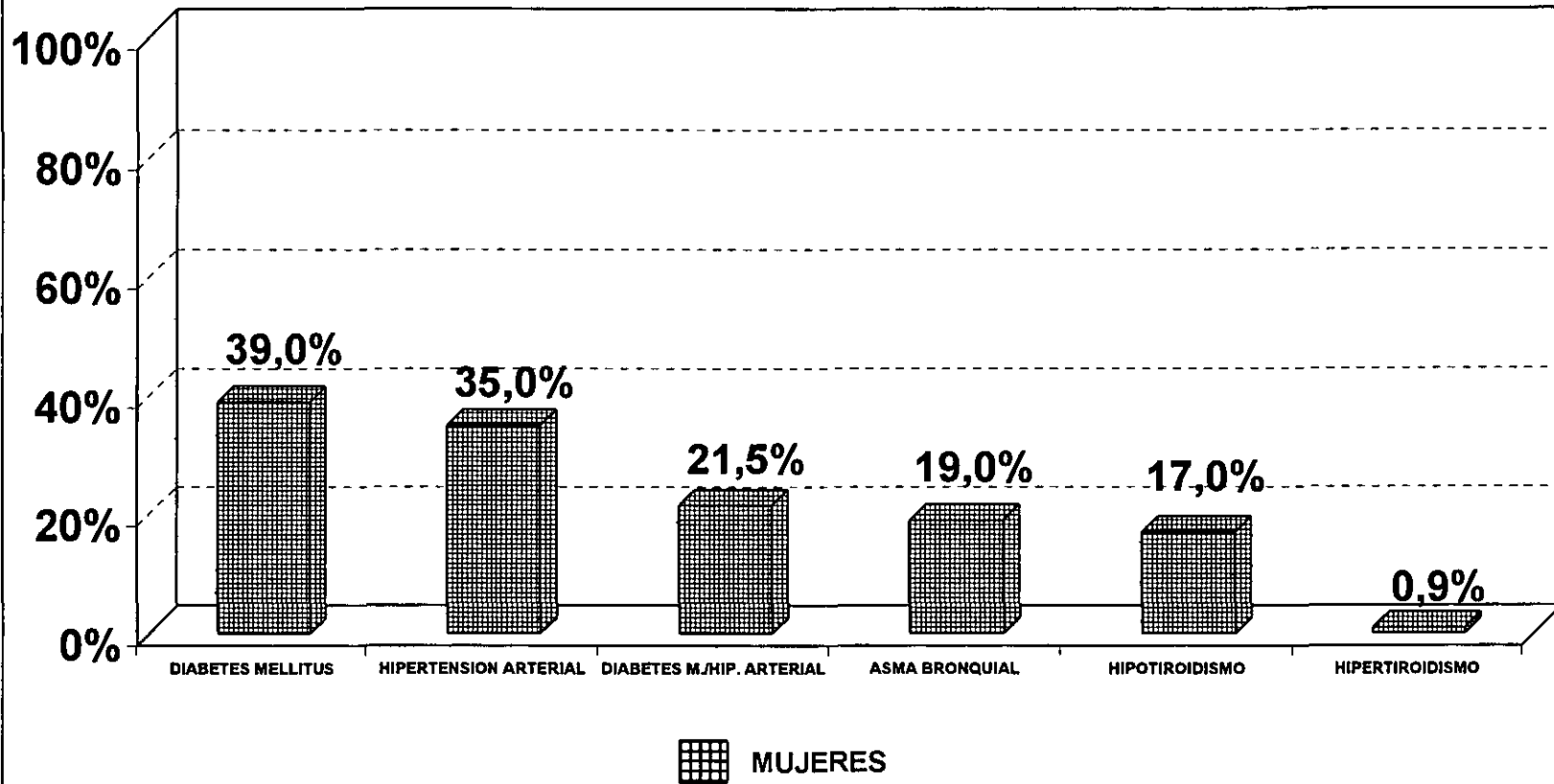
GRAFICA 13. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

ENFERMEDAD ASOCIADA



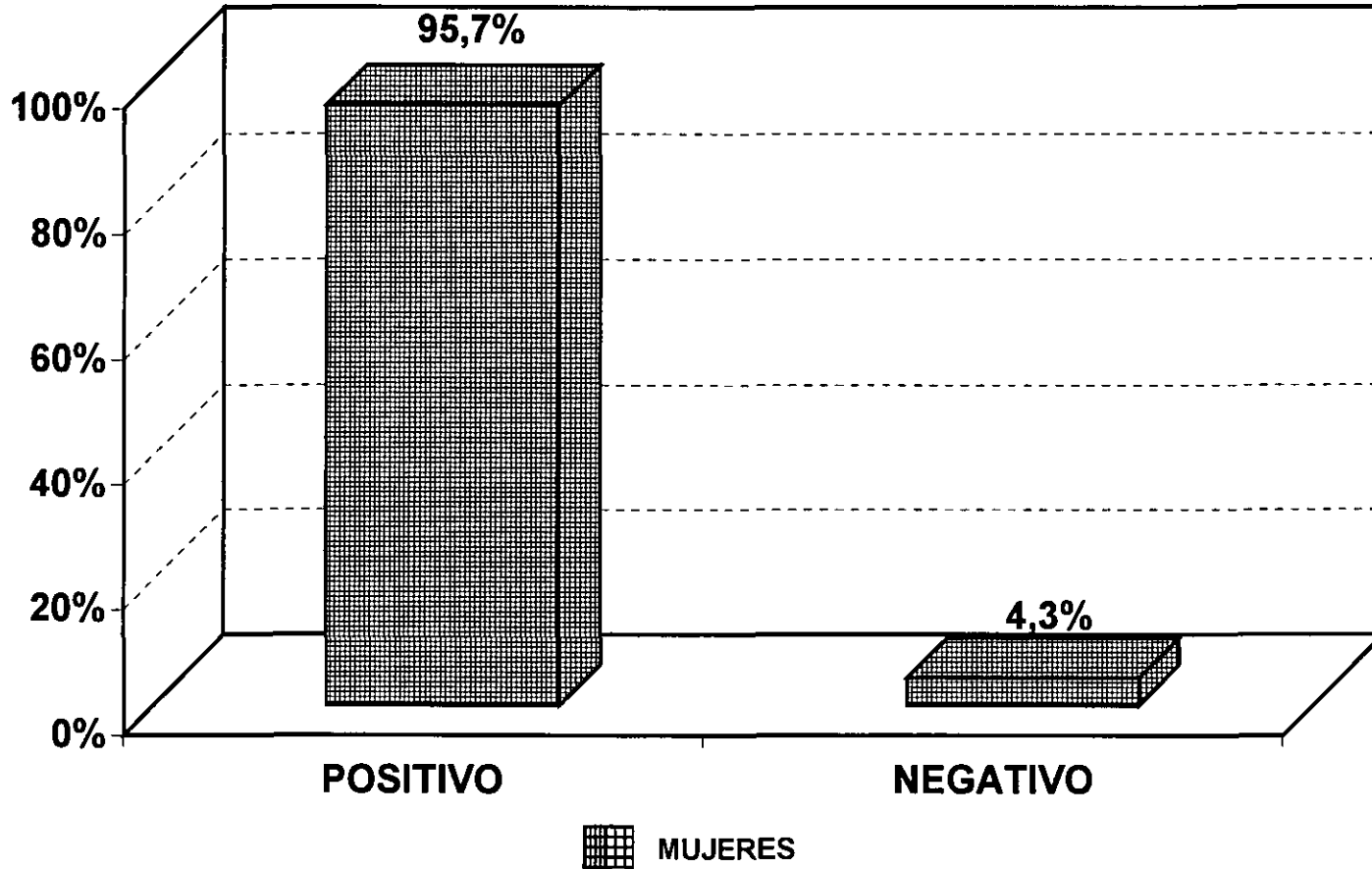
GRAFICA 14. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

ENFERMEDAD ASOCIADA



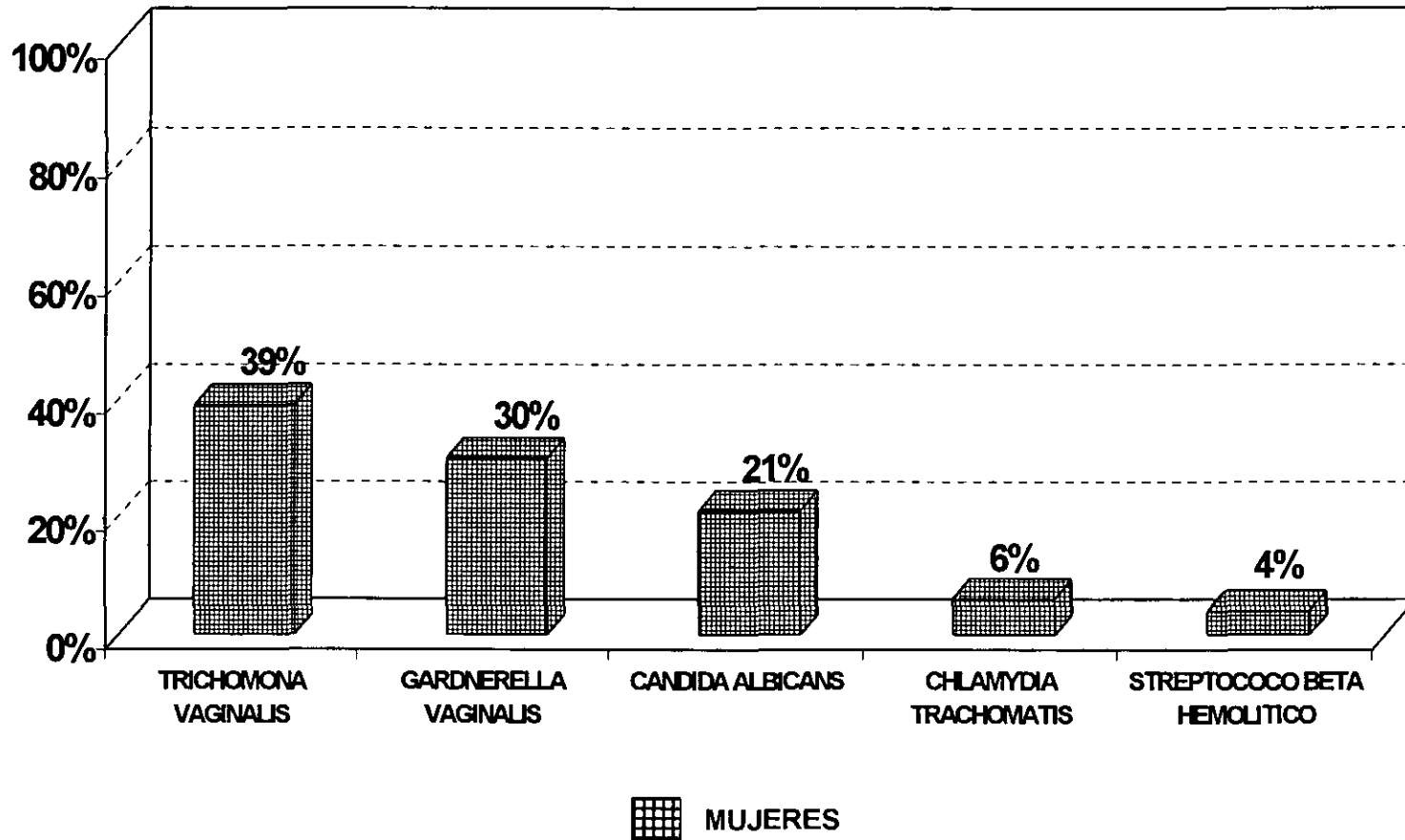
GRAFICA 15. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

VULVOVAGINITIS PREVIA



GRAFICA 16. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

AGENTES CAUSALES



GRAFICA 17. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

DISCUSION

La Vulvovaginitis es una patología, que como pudo determinarse con la investigación realizada, es un problema de salud existente y recurrente entre los derechohabientes adscritas a la Clínica de Consulta Externa del ISSTECH.

Al observar los resultados del estudio, es claro que uno de los diagnósticos más frecuentes y más aún dentro de la consulta ginecológica es la Vulvovaginitis lo cual concuerda con lo mencionado por José A. Sereno y colaboradores en su estudio "Frecuencia de diferentes patógenos como causa de la Vulvovaginitis en México". (36)

Así mismo el resultado de los grupos de edad más afectado estuvo de acuerdo con estudios como el de Márquez, Martínez y Peral, denominado "Prevalencia de Vulvovaginitis en México" (37), ya que se encontró que las mujeres más frecuentemente afectadas oscilan entre los 16 y los 35 años de edad.

En cuanto a la ocupación, en el resultado existe discrepancia con el estudio realizado por Martins y colaboradores denominado "Diagnóstico ambulatorial das Vaginitis. Auiliacao de 4,903 pacientes" (38), en el que se encontró que la ocupación más frecuente de las mujeres era empleada, mientras que en la presente investigación fueron amas de casa. Esto quizá debido a las

características propias del instituto en el que se realizó, pues se brinda atención a la salud tanto del trabajador como a su familia, incluyendo esposa, hijos y padres.

Es de hacer mención, que el sector derechohabiente más afectado es de Seguridad Pública, existiendo la observación previa por parte del personal médico de que los diagnósticos de Vulvovaginitis se habían incrementado después del ingreso de este sector al instituto.

Muy de la mano con el resultado anterior se encuentra que es el medio socioeconómico bajo el que más frecuentemente presenta este problema como lo menciona Bell Grayston, en el estudio "Centers for disease. Control guidelines for prevention of vaginitis infections". (39)

Es llamativo el hecho de que la mujer latina tenga un índice más bajo de promiscuidad sexual, ya que en el presente estudio un muy mínimo porcentaje aceptó tener más de una pareja, mientras que en un estudio realizado por Wager Martin, "Infection Vaginal" (40), se encontró un porcentaje de hasta un 38% en Estados Unidos.

En ese mismo estudio se habla sobre sexo oral y sexo anal, encontrándose resultado semejante, altos porcentajes en él y bajos en el presente estudio, en el cual se consideró también si la pareja de la mujer acostumbra las relaciones extramaritales resultando positivo un porcentaje significativo.

La duda queda en cuanto a los hábitos higiénicos, pues aunque el 100% resultó con magníficos hábitos higiénicos, es obvio que es un resultado engañoso ya que la observación dice lo contrario, y es un factor predisponente importante, como lo mencionan autores como Gunther Kern en su libro "Ginecology", entre otros.

Aunque autores como Kendrick S. Juliette, Atrash K. Henry hablan del riesgo de embarazo ectópico con el uso de duchas vaginales, un buen porcentaje de mujeres estudiadas, respondió utilizarlas habitualmente. (41)

En su "Ginecología Básica Ilustrada", Héctor Castro Mondragón, menciona a los anticonceptivos hormonales, el DIU, el diafragma, como factores predisponentes (42); y en el presente estudio la gran mayoría los utiliza.

El mismo autor, en la misma obra menciona las enfermedades crónicas también como factor predisponente, y aunque en los resultados este porcentaje no es muy elevado si estuvo presente, sobretodo en las mujeres más añosas, siendo las más comunes la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial.

Autores como Marchbanks, Amsterdam, en su estudio "Recurrrencia de infecciones vaginales" mencionan la alta frecuencia de la recurrrencia (43), lo cual el presente estudio lo confirma, ya que casi el 100% reportó antecedentes de Vulvovaginitis previas.

Y finalmente en relación a los agentes causales se encontró que los agentes patógenos causales más frecuentes en orden de importancia: *Trichomona Vaginalis*, *Gardnerella Vaginalis*, *Candida Albicans*, *Chlamydia Trachomatis* y *Streptococo Beta Hemolítico*. En este punto también existe discrepancia ya que en el estudio anteriormente mencionado de José A. Sereno y Carlos Ricalde "Frecuencia de diferentes patógenos como causa de Vulvovaginitis en México", se encontró en orden de frecuencia: la *Chlamydia Trachomatis*, *Gardnerella Vaginalis*, *Ureaplasma Urealiticum*, *Candida Albicans*, *Trichomona Vaginalis*. En lo que se concordó fue en la ausencia de *Neisseria Gonorrhoeae*. (44)

CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos por la investigación, es posible concluir que:

- La Vulvovaginitis es un problema de salud entre las mujeres sexualmente activas, derechohabientes que reciben asistencia médica en la Clínica de Consulta externa del ISSTECH.
- Su frecuencia en el período Octubre-Diciembre de 1997, en mujeres sexualmente activas de 16 a 55 años de edad fue del 44%.
- El grupo de edad más afectado fue el de 16 a 35 años con un 66.9%.
- En cuanto a ocupación no hubo diferencia significativa entre las amas de casa y las empleadas, pero sí entre estos dos grupos y las profesionistas.
- El estado civil de las pacientes fue en su mayoría casada con un 58%.
- Es más frecuente en el sector Seguridad Pública.
- Es más frecuente en el nivel socioeconómico bajo.
- Las mujeres embarazadas también presentan Vulvovaginitis.
- Aunque infínamente, si se encontró mujeres con Vulvovaginitis que aceptaron tener más de una pareja sexual.
- La práctica del sexo oral si bien no es muy frecuente, tampoco es rara entre las derechohabientes.

- El sexo anal no es una práctica común entre las derechohabientes.
- No son raros los esposos con relaciones extramaritales.
- No son evaluables los hábitos higiénicos.
- Es interesante el hecho de que un buen porcentaje de mujeres utiliza las duchas vaginales.
- La gran mayoría utiliza método anticonceptivo.
- Los métodos anticonceptivos más utilizados entre las pacientes estudiadas son los hormonales orales y el DIU.
- Las enfermedades crónicas más comunes entre estas mujeres fueron las Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial.
- En la gran mayoría de los casos, existe el antecedente de cuadros de Vulvovaginitis previos.
- Los agentes patógenos causales más comunes son en orden de importancia: Trichomona Vaginalis, Gardnerella Vaginalis, Candida Albicans, Chlamydia Trachomatis y Streptococo Beta Hemolítico.
- No hubo ningún caso de Neisseria Gonorrhoeae.
- Se alcanzaron los objetivos planteados.

REFERENCIAS BIBLOGRAFICAS

- 1) De la Cabada Javier, Ricalde Bas Carlos, Sereno A. Jose, Vázquez Alberto. "Frecuencia de diferentes patógenos como causa de Vulvovaginitis en México". GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO. Edit. Federación Mexicana de Asociaciones de Ginecología y Obstetricia de México. México. 1994. Vol. 8. 129 p.
- 2) Varios. "EL MANUAL MERCK". Edit. Océano-Centrum. 9ª Edic. España. 1994. 1980 p.
- 3) Burnett L. S., Jones III H. W., Wentz A. C., "TRATADO DE GINECOLOGIA DE NOVAK". Interamericana-McGraw Hill. 12ª Edic. México. 1994. 510 p.
- 4) De la Cabada Javier. Ricalde Bas Carlos, Sereno A. José, Vázquez Alberto. "Frecuencia de diferentes patógenos como causa de Vulvovaginitis en México". GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO. Edit. Federación Mexicana de Asociaciones de Ginecología y Obstetricia de México. México. 1994. Vol. 8. 129 p.
- 5) Meihs J. V., Sturgis S. H., "PROGRESOS DE LA GINECOLOGIA". Vol. 2. Edit. Científico Médica. 23ª Edic. España. 1995. 439 p.

- 6) Castro Mondragón Héctor. "GINECOLOGIA BASICA ILUSTRADA". Trillas. 1ª Edic. México. 1995. 196 p.
- 7) Kern Gunther. "GINECOLOGIA". Salvat. 5ª Edic. España. 1995. 314-315 pp.
- 8) Knôrr, Beller, Lauritzen. "MANUAL DE GINECOLOGIA". Científico Médica. Barcelona. 1975.
- 9) Castro Mondragón Héctor. "GINECOLOGIA BASICA ILUSTRADA". Trillas. 1ª Edic. México. 1995. 195 p.
- 10) Vorherr H., Vorherr UF., Mehta P. Ulrich JA., Messer RH. "Antimicrobial effect of chlorhexidine and povidone-iodine on vaginal bacteria". INFECT. 1994; 8: 195-9.
- 11) Varios. "EL MANUAL MERCK". Edit. Océano-Centrum. 9ª Edic. España. 1994. 1981-1992 pp.
- 12) Castro Mondragón Héctor. "GINECOLOGIA BASICA ILUSTRADA". Trillas. 1ª Edición. México. 1995. 197 p.
- 13) Pschyrembel W. "GINECOLOGIA PRACTICA". Alhambra. 6ª Edic. España. 36-41 pp.
- 14) Castro Mondragón Héctor. "GINECOLOGIA BASICA ILUSTRADA". Trillas. 1ª Edición. México. 1995. 197 p.

- 15) Varios. "EL MANUAL MERCK". Edit. Océano-Centrum. 9ª Edic. España. 1994. 1981-1892 pp.
- 16) Burnett L. S., Jones III H. W., Wentz A. C., "TRATADO DE GINECOLOGIA DE NOVAK". Interamericana-McGraw Hill. 12ª Edic. México. 1994. 508-509 pp.
- 17) Fleury F. J. "Adult Vaginitis". Clin. Obstet Gynecol. 1981: 24: 405.
- 18) Kistner R. W. "GYNECOLOGY: PRINCIPLES AND PRACTICE". Year Book. Medical Publishers Inc. 8ª Edic. USA. 1994. 7-9 pp.
- 19) Jawetz Ernest. "MICROBIOLOGIA MEDICA". Manual Moderno. 14ª Edic. México. 1994. 317, 345 pp.
- 20) Bower Michael. "Trichomoniasis vaginal y su tratamiento". MUNDO MEDICO. Edit. Editolasser. Colombia. 1994. Vol. 20 Núm. 233. 59-60 pp.
- 21) Johnson, Sanders, Washington. "Candidiasis vaginal infection in the United States". JAMA. USA. 1996. 257: 2070-2.
- 22) Varios. "Clínica y laboratorio". Boletín de los laboratorios clínicos de Puebla. 1995. 3: 42.

- 23) Noguera y cols. "Tratamiento de la Candidiasis vaginal". INVESTIGACION MEDICA. México. 1997. 15: 66.
- 24) Fernández, Llaca. "Algunas consideraciones sobre Candidiasis vaginal". GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. México. 1996 46: 229.
- 25) Argúelles Domenzain Pedro, carrion Tizcareño Héctor, Llaca Rodríguez Victoriano. "Terconazol en Candidiasis vaginal. Estudio comparativo". Edit. Federación mexicana de asociaciones de Ginecología y Obstetricia. México. 1997. 328-331 pp.
- 26) Huggins G. R. "Olores y Secreciones de la Vagina". CLINICA OBSTETRICA GINECOLOGICA. USA. 1996. 2: 363.
- 27) Dukes CD. Gardner HL. "Haemophilus vaginalis vaginitis". A newly defined infection previously classified "non-specific" vaginitis. Am J Obstet Gynecol 1997; 69: 962.
- 28) Blackwell AL. Fox AR. Phillips i. Barlow D. "Anaerobic vaginosis (non specific vaginitis)". Clinical microbiological and therapeutic findings. Lancet 1996: 2: 1380.
- 29) Beecham Carrington Willson. "OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA". Salvat. 13ª Edic. España. 1994. 942-950 pp.

- 30) Holmes K. "The Chlamydia Epidemic". JAMA. USA. 1996; 245: 1718.
- 31) Bell T. Grayston T. "Centers for disease". Control guidelines for prevention and control of Chlamydia trachomatis infection. Ann Inter Med 1996. 104: 504.
- 32) Vorherr H., Vorherr UF., Mehta P. Ulrich JA., Messer RH. "Antimicrobial effect of chlorhexidine and povidone-iodine on vaginal bacteria". INFECT. 1994; 8: 195-9.
- 33) Dwight J. Rouse, MD, John C. Hauth, MD; William W. Andrews, PhD, MD, Benjie B. Mills, MD, and James E. Maher, MD. "Chlorhexidine vaginal irrigation for the prevention of peripartal infection: A pladebo-controlled randomized clinical trial". AMERICAN JOURNAL OBSTETRIC GYNECOLOGY. Edit. MOSBY. Vol. 176. Núm. 3. USA. 1997. 617-621 pp.
- 34) Altcher A. "Vulvovaginitis". AMERICAN JOURNAL OBSTETRIC GYNECOLOGY. Edit. MOSBY. Vol. 176. Núm. 6. USA. 1997. 672-677 pp.
- 35) Ahurley H. "Infección recurrente por Candida". OBSTETRIC GINECOLOGY. USA. 1996. 1: 203.

- 36) De la Cabada Javier. Ricalde Bas Carlos, Sereno A. José, Vázquez Alberto. "Frecuencia de diferentes patógenos como causa de Vulvovaginitis en México". GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO. Edit. Federación Mexicana de Asociaciones de Ginecología y Obstetricia de México. México. 1994. Vol. 8. 128-133 pp.
- 37) Márquez, Martínez, Peral. "Prevalencia de Vulvovaginitis en México". Investigación Médica. México. 1995. 15: 66.
- 38) Martins N. "Diagnóstico ambulatorial das vaginitis". REVISTA BRASILEÑA CLINICA. Brasil. 1985. 14: 3.
- 39) Bell Grayston. "Centers for disease. Control guidelines for prevention of vaginitis infections". ANN. INTER. MED. USA. 1996. 104: 504.
- 40) Wager Martin. "Infection vaginal". CLINICA OBSTETRICA GINECOLOGICA. USA. 1995. 29: 322: 12.
- 41) Kendrich S. Julitte, Atrash K. Henry. "Vaginal douchin and the risk ectopic pregnancy among black women". AMERICAL JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. USA. 1997. Vol. 176. Núm. 5. 991-997 pp.

- 42) Castro Mondragón Héctor. "GINECOLOGIA BASICA ILUSTRADA". Trillas. 1ª Edic. México. 1995. 195-207 pp.
- 43) Marchbanks, Amsterdan. "Recurrencia de infecciones vaginalis". EPIDEMIOLOGY IN MEDICINE. USA. 1996. 85: 647-56.
- 44) De la Cabada Javier. Ricalde Bas Carlos, Sereno A. José, Vázquez Alberto. "Frecuencia de diferentes patógenos como causa de Vulvovaginitis en México". GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO. Edit. Federación Mexicana de Asociaciones de Ginecología y Obstetricia de México. México. 1994. Vol. 8. 128-133 pp.

A N E X O S

ENCUESTA

FECHA: _____ LUGAR: _____

EDAD: _____ OCUPACION: _____

ESTADO CIVIL: _____ SECTOR DERECHOHABIENTE: _____

INGRESO MENSUAL FAMILIAR: _____

TIENE MAS DE UNA PAREJA: SI NO

PRACTICA SEXO ORAL: SI NO

PRACTICA SEXO ANAL: SI NO

SU ESPOSO ACOSTUMBRA LAS RELACIONES EXTRAMARITALES: SI NO

SE BAÑA DIARIAMENTE: SI NO

SE CAMBIA ROPA INTERIOR DIARIAMENTE: SI NO

ACOSTUMBRA LAS DUCHAS VAGINALES: SI NO

UTILIZA ANTICONCEPTIVOS: SI NO

CUAL: _____

PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRONICA: SI NO CUAL: _____

HA PADECIDO VULVOVAGINITIS PREVIAS: SI NO

EXAMEN DE LABORATORIO: SI NO

REALIZO ENCUESTA: _____