

11226
64



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
UNIDAD ACADÉMICA: CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "OBSERVATORIO"**

**FACTORES DE RIESGO EN PRESENCIA
DE VULVOVAGINITIS EN LA EDAD
ESCOLAR**

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

PRESENTA:

DRA. TERESITA DEL NIÑO JESUS MENDOZA AGUILAR



**I. S. S. T. E.
DELEGACION PONIENTE
SUBDELEGACION MEDICA**

JUN. 29 2000 +

**CLINICA OBSERVATORIO
DIRECCION**

MEXICO, D. F.

2000

2805



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

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

UNIDAD ACADÉMICA:
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "OBSERVATORIO"

**FACTORES DE RIESGO EN PRESENCIA
DE VULVOVAGINITIS EN LA EDAD ESCOLAR**

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

PRESENTA:

DRA. TERESITA DEL NIÑO JESUS MENDOZA AGUILAR

FACTORES DE RIESGO EN PRESENCIA
DE VULVOVAGINITIS EN LA EDAD ESCOLAR

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

DRA. TERESITA DEL NIÑO JESUS MENDOZA AGUILAR

AUTORIZACIONES:



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



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.



DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.

FACTORES DE RIESGO EN PRESENCIA
DE VULVOVAGINITIS EN LA EDAD ESCOLAR

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

DRA. TERESITA DEL NIÑO JESUS MENDOZA AGUILAR

AUTORIZACIONES:



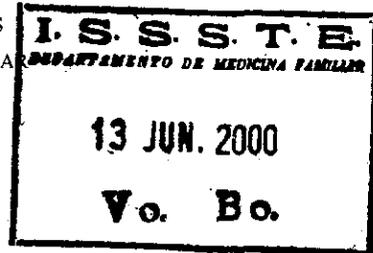
DR. HECTOR A. GILES HERNANDEZ
PROFESOR TITULAR Y ASESOR DE TESIS DEL CURSO DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS GENERALES EN LA CLINICA
DE MEDICINA FAMILIAR OBSERVATORIO
MEXICO, D.F.



DRA. MARIA DEL CARMEN CARRANZA CERVANTES
PROFESOR DE DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
ASESOR DE TESIS POR PARTE DE LA U.N.A.M.



DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION MEDICA CONTINUA
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.



DEDICATORIA.

A MIS PADRES Y HERMANA.

Aurelio, Virginia y Zaira: Por todo su apoyo y estímulo durante todos los días de mi vida, su cariño desinteresado y por mostrarme con su ejemplo el camino a seguir.

A MI ESPOSO E HIJO.

Lorenzo y Carlos Ivan: Por todo su amor y apoyo en todo momento tanto en mi vida familiar como en mi desarrollo profesional.

Dr. Hector A. Giles: Como mi maestro por guiarme durante todo este curso, por no permitirme fracasar y alcanzar la meta.

Dra. Ma. Estela León: Por su entusiasmo, compañerismo y por su estímulo para lograr la terminación de este trabajo de investigación.

INDICE GENERAL

Marco Teórico	1
Planteamiento del Problema	16
Justificación	17
Objetivos	18
Material y métodos	19
Resultados	22
Discusión	38
Conclusiones	40
Bibliografía	41
Anexos	45

MARCO TEORICO

CARACTERÍSTICAS ANATÓMICAS Y FUNCIONALES DE LA EDAD PEDIÁTRICA.

El aparato genital femenino se encuentra constituido por los siguientes órganos: vulva, útero, trompas de falopio y ovarios, glándulas accesorias, los cuales sufren cambios de acuerdo con el crecimiento y desarrollo de la niña.

Desde el nacimiento hasta la pubertad la niña sufre cambios importantes en su desarrollo genital, cuyas características en las diferentes edades deben comentarse puesto que en una vagina atrófica, que no tiene estimulación de estrógenos, ausencia de lactobacilos y pH neutro condicionan un territorio favorable para el desarrollo de vulvovaginitis.

De las 8 semanas a los 6 años de edad (fase de reposo). la vagina mide aproximadamente 5 cms. de largo con una mucosa delgada y roja , está colonizada por flora mixta no patógena. El útero experimenta regresión y recupera su tamaño del nacimiento a los 5 años de edad.

El índice de maduración estrogénico presenta también regresión, 100/0/0. El epitelio vaginal mucoso, delgado friable y solo de varias capas de espesor, células de la capa basal nada más. Los labios mayores son planos, los labios menores delgados, el clítoris relativamente pequeño, el himen es sumamente delgado como papel , con diámetro de aproximadamente 0.5 cms., los ovarios se encuentran al nivel del estrecho pélvico. No se desarrollan fondos de saco hasta la pubertad.

De los 7 a los 10 años. Durante esta etapa, la vagina mide un promedio de 8 cms. de largo, la mucosa es mas gruesa, la flora es mixta no patógena, en el útero el cuerpo crece a expensas del miometrio. La relación cuello a cuerpo es de 1:1, el cuello es plano en relación a la bóveda vaginal. El índice de maduración estrogénica de 70/20/0 a 70/20/5. En el epitelio vaginal predominan las células basales intermedias. Durante esta etapa se hace mas grueso el monte de venus, empieza a haber protusión de los labios mayores; los labios menores comienzan a redondearse, el himen se engruesa y alcanza un diámetro de 0.7 cms. El frotis citológico de 1/3 superior de la vagina es el indicio mas simple de que se inició la secreción estrogénica. El índice de maduración estrogénica está empezando a desviarse hacia la derecha.

Perimenarquía (principios de la pubertad de 10 a 13 años). A esta edad la vagina ha alcanzado 12 cms. de largo, es más distensible, la mucosa es húmeda, gruesa con secreción vaginal mucoide grisáceo, hay proliferación de lactobacilos.

En el útero se invierte la relación cuerpo:cuello, 2:1, aún no hay anteflexión, el cuello es ahora como una protuberancia, el índice de maduración estrogénica se incrementa hacia la derecha pero es muy variable 0/70/30. El epitelio de la mucosa vaginal se modifica y el 65 a 85% de las células se encuentran en capas gruesas; solo hay células intermedias y superficiales. En los genitales externos empieza a aparecer vello púbico y los cambios previos se incrementan progresivamente hasta alcanzar el estado de la mujer adulta, el himen con diámetro de 1.0 cms. Puede haber leucorrea fisiológica, el clítoris no debe exceder 3 mm de longitud por 2 mm de ancho. AL sobrevenir la menstruación hay flexión del cuerpo uterino sobre el cuello. Se hace notable el descenso de los ovarios, en la cavidad pélvica, verdadera, comienza el crecimiento rápido de las mamas. (24)

CITOLOGÍA DEL EPITELIO VAGINAL DURANTE LA INFANCIA.

Durante la infancia hasta el principio de la pubertad, el epitelio permanece en condiciones atróficas y por su falta de maduración frecuentemente es atacado por virus o bacterias, produciéndose vaginitis. El citograma se parece al observado en la menopausia pero con ausencia de células basales profundas del núcleo picnótico.

Antes de que aparezcan los caracteres sexuales secundarios ya se observan cambios en el frotis (células intermedias y algunas superficiales). Mientras se regulariza la función ovárica se observan citogramas anómalos y pueden verse como expresión de una nula o insuficiente acción luteínica. (26)

VALORACIÓN DE LOS CAMBIOS HORMONALES POR EL FROTIS VAGINAL.

El estudio histopatológico de las modificaciones del epitelio vaginal por efecto hormonal es complicado y no confiable comparado con el método citológico que es fácil, accesible y rápido. Los estrógenos van a producir proliferación celular y maduración del epitelio. (13)

INDICE DE MADURACIÓN DE FROST.

Se basa en la lectura de 100 células en diferentes campos de la preparación, dichas células se agrupan en 3 casilleros de izquierda a derecha; en el primero se colocan el número de células basales, en el central las intermedias y en el derecho las superficiales. Debido a que el epitelio madura o prolifera por acción estrogénica, un índice de maduración desviado a la izquierda indicará falta de madurez epitelial.

VALOR ESTROGÉNICO.

Si se considera que el nivel máximo de acción estrogénica corresponde al epitelio maduro, las células superficiales cariopnóticas tienen el valor de la unidad, las células basales que indican falta de maduración tendrán valor de 0, las intermedias valor de 0.5 y las superficiales no cariopnóticas de 0.6. Se encuentran 100 células y el número encontrado de cada tipo se multiplica por el valor de cada una, obteniéndose una cifra que será el valor estrogénico.

Los índices son necesarios para comparar exámenes sucesivos en el diagnóstico funcional. Los niveles hormonales varían entonces de acuerdo a la edad biológica de la mujer. (13, 26)

MORFOLOGÍA CELULAR EN PROCESOS INFLAMATORIOS.

La inflamación es la respuesta tisular producida por una agresión. Esta puede ser: 1. física, 2) química o 3) por agentes biológicos, en todas ellas habrá aumento en el número de leucocitos y células del sistema reticuloendotelial. Los cambios inflamatorios pueden ser específicos e inespecíficos, en el primer caso se encuentra el agente casual o las alteraciones secundarias, en el segundo no existen.

CERVICOVAGINITIS AGUDA.

El signo más importante es la presencia de abundante secreción que da al frotis aspecto sucio con gran cantidad de polimorfonucleares.

Si hay destrucción epitelial importante de las capas superficiales se encontrarán células de las capas profundas (basales de erosión) con sus prolongaciones citoplasmáticas

características. En las células superficiales se aprecian cambios degenerativos como granulaciones, ruptura de bordes celulares, elongaciones y vacuolización.

VULVOVAGINITIS.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA VULVOVAGINITIS.

La vulvovaginitis es una patología muy antigua descrita incluso por Hipócrates. (27)

Las infecciones e inflamaciones de la vulva y la vagina se suponen en el 85 al 90% de todos los problemas genitales en las niñas antes de la menarquía. Ambas infecciones ocurren juntas y por lo general se discute como una sola enfermedad. Vulvovaginitis. (25)

La vulvovaginitis es la causa de más de 10 millones de consultas médicas al año en la población general femenina.

La vulvovaginitis puede producir signos y síntomas muy similares a una infección de vías urinarias y por lo tanto en la edad pediátrica no pensarse en ella.

La epidemiología de la vulvovaginitis encierra un número importante de factores de riesgo que la hacen un problema de difícil control y que pese a su alta prevalencia su trascendencia es poca, considerándose incluso por muchos médicos como un problema menor de la mujer.

En la niña premenárquica sus características anatómicas y funcionales, sus hábitos higiénicos y el desarrollo de su personalidad la predisponen a adquirir esta patología. (26)

La incidencia en la niña no ha sido específicamente establecida durante tres meses de todas las consultas que acudieron al servicio de urgencias "*The Royal Liverpool Childrens Hospital*", Pierce detectó 200 casos de vulvovaginitis en niñas de 1 a 15 años predominado entre los 2 y 6 años de edad, relacionando el problema con pobre higiene y encontrando en la E. Coli como el agente causal más frecuente a esta edad. (30)

Así mismo en el estudio realizado por Jiménez y Cols. de un total de 832 niñas que acudieron a un centro de salud de atención primaria durante seis meses , 40 niñas acudieron por vulvovaginales.

Dada la falta de cifras específicas sobre su incidencia se considera que deben explorarse a todas las niñas y correlacionar su ambiente social. (26)

VULVOVAGINITIS DE LA NIÑA PREMENARQUICA.

Es el desorden más común de la patología ginecológica pediátrica, se encuentra mas frecuentemente entre los 5 y 9 años de edad. Las infecciones de la vulva y la vagina ocurren generalmente juntas por lo que se engloban como una misma patología: Vulvovaginitis.

Los síntomas que comúnmente hacen que a una niña la lleven al médico con vulvovaginitis son flujo genital y molestia perianal o vulvar. Puede haber intenso ardor o prurito perianales. El flujo suele ser un líquido seroso escaso o exudado purulento profuso. Sin embargo, pueden existir infecciones de la vulva y vagina sin molestias ni flujos.

Existen varias situaciones en las que la niña puede tener flujo genital, sin embargo no padecer infección vaginal. Por ejemplo, durante el período neonatal muchas niñas pueden tener flujo secreción vaginal mucoide, que reviste la vulva, la cual consiste en mucosa vaginal descamada y epitelio cervical, que ha sufrido hipertrofia por estimulación perinatal de las hormonas placentarias y maternas.

La niña púber presenta flujo de aspecto de clara de huevo, copioso, que llena la vagina, baña los tejidos vulvares y mancha su ropa interior. La inspección no revela signos de infección, en su lugar los tejidos vulvares y vaginales están edematosos como signo de estimulación estrogénica. El examen microscópico de flujo revela masas de células epiteliales superficiales estrogenizadas y pocos leucocitos. Los cultivos están libres de bacterias patógenas, únicamente se requiere de llevar una adecuada higiene.

Desde el nacimiento se coloniza la vagina, con una serie de flora mixta no patógena, la flora bacteriana normal de la vagina de la niña no ha sido especificada claramente, ha

habido muchos estudios tratando de esclarecerla encontrando una gran variedad de gérmenes tanto bacteriana, como micoplasmas y levaduras, que pueden encontrarse en niñas que se encuentran completamente asintomáticas.

FACTORES CONDICIONANTES.

La incidencia de la vulvovaginitis está influida por una gran variedad de factores, por lo que la etiología varía con la edad. En la gran mayoría de las vulvovaginitis en la premenarquia la historia de las niñas no es una historia especial. (25)

En las niñas la infección vulvovaginal es secundaria, en el 70% de los casos se debe a la mala higiene perineal. (23) En la mayoría de los pacientes el agente infeccioso llega a vulva a través del arrastre mecánico, por parte de la paciente, desde la región anal, la piel o las vías respiratorias.

La infección a través de objetos contaminados es menos frecuente, por ejemplo a través de ropa de otras personas. La infección secundaria a infección de vías urinarias ocurre en menos de 1% de los casos. (25)

Existen una gran cantidad de factores locales, tales como cambios de pH, epitelio vaginal transicional, el lento desarrollo de los genitales, cercanía del ano y la vulva, los malos hábitos higiénicos que favorecen la infección. (23, 25, 26, 29)

Otros factores que favorecen el padecimiento son la masturbación y el abuso sexual, el abuso sexual no siempre requiere la introducción del pene en la vagina, ya que los microorganismos pueden transmitirse a los genitales por medio de las manos contaminadas.

Rara vez el tipo de flujo es específico. Al inicio de la infección puede ser abundante, espeso y purulento y en las fases crónicas puede ser que se haga escaso, seropurulento, recurrente o de características no específicas. Una secreción serosanguinolenta siempre sugiere un tumor vaginal.

En todos los casos de vulvovaginitis son necesarios los cultivos; el material de la vagina debe obtenerse sin contaminación de la vulva.

Es recomendable la toma con colposcopio y no se recomienda la toma del cultivo con hisopo de algodón seco, pues recoge material de la vulva cuando se introduce a través del orificio del himen; además causa dolor al pasar por las rugosidades vaginales inflamadas.

CLASIFICACION DE LA VULVOVAGINITIS EN NIÑAS.

La vulvovaginitis es variada y cambia de acuerdo a la edad en que se presenta pero se puede dividir en dos grandes grupos de acuerdo a su agente causal en infecciosa y no infecciosa. Y de acuerdo a esto se divide para su estudio clínico en: inespecífica y específica. (25)

VULVOVAGINITIS NO INFECCIOSA.

- Traumática (masturbación, violación o golpeo directo).
- Atrófica.
- Por contacto con sustancias fisicoquímicas dadas por medicamentos y duchas locales, jabones, desodorantes vulvares, ropa de nylon.
- Por cuerpos extraños.
- Por alergias, neoplasias o malformaciones.
- Padecimientos de la piel con manifestaciones vulvares.
- Por enfermedades sistémicas.
- De etiología desconocida.

VULVOVAGINITIS INFECCIOSA.

- a) Viral.
- b) Bacterianas.
 - De características inespecíficas: *Escherichia coli*; estreptococcus B hemolítico, *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella*, *Staphylococcus aureus*, *Saprophyticus* y probablemente *epidermis*.
 - De características específicas: *Gardnerella vaginalis*, *Chalydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Shigella* o *Salmonella*.
- c) Parasitaria: *Trichomona vaginalis*, *Enterobius vermicularis*, *Entamoeba Histolytica*.
- d) Micóticas (*candida albicans*).
- e) *Mycoplasma*.

VULVOVAGINITIS INESPECIFICA.

Se identifica por cultivos vaginales que dan lugar a crecimiento de gérmenes patógenos mixtos, no conocidos ni relacionados etiológicamente con alguna enfermedad específica. Las características anatomofuncionales de la niña pequeña condicionan la presentación de esta patología, así como los traumatismos, contaminación por heces, contaminación por adultos o por manipulación de ellas con sus manos sucias.

Se considera que la infección vulvovaginal es secundaria a una mala higiene perianal, cuando se encuentran en los cultivos vaginales, bacterias propias del tracto vaginal y gastrointestinal inferior. En la mayoría de los casos, la mucosa vulvar y el tercio externo

de la vagina están hiperemicos y cubiertos de secreción escasa, grisácea y mucoide. El tratamiento incluye medidas profilácticas, higiénicas y terapéuticas. Con higiene generalmente se controla el problema, en caso necesario se administrará medicación tópica antiséptica a través de una sonda vesical de 12F.

Los oxiuros (*enterobius vermicularis*) son el agente causal de muchos casos. La infección se produce cuando el parásito se desliza fuera del ano al periné y emigran al interior de la vagina, donde desovan.

Llevar consigo *E. coli* y otras bacterias coliformes capaces de causar infección vulvovaginal.

La infección por oxiuros es relativamente habitual y no necesariamente se relaciona con la mala higiene. (23, 25)

Los cuerpos extraños pueden ser causa posible de vulvovaginitis en una niña, son relativamente poco frecuentes. En general la madre no se entera de que la niña se ha introducido un cuerpo extraño, sino que acude al médico por un flujo maloliente, a veces teñido de sangre. El flujo con estas características es patognomónico de cuerpo extraño.

INFECCIONES VULVOVAGINALES ESPECIFICAS.

Este grupo incluye las infecciones vulvovaginales debidas a agentes que causan infecciones específicas.

VULVOVAGINITIS GONOCOCICA.

Es menos frecuente en niñas, las niñas la pueden adquirir por el contacto directo, pero no sexual con material recientemente contaminado (ropa de cama, toallas, inodoro contaminado, o por dedos de adultos infectados) o como consecuencia de abuso sexual. Siempre debe investigarse la presencia de gonorrea en todos los miembros de la familia o personas que cuiden de estas niñas. La niña presenta inflamación y flujo purulento. Puede haber disuria, polaquiuria y dolor al caminar, el flujo es espeso purulento y abundante. La reacción inflamatoria es importante.

El diagnóstico se establece por frotis y cultivos vaginales o por inmunoanálisis enzimático. La penicilina es el tratamiento de elección. En niñas menores de 45.4 Kg. se usa una dosis de penicilina G procainica a 100,000UI por Kg. vía I.M. En las niñas con peso mayor el tratamiento es como el de una mujer adulta.

VULVOVAGINITIS POR TRICHOMONA VAGINALIS.

Constituye el 3% de los casos de vulvovaginitis antes de la menarquía. La razón por la que es rara la edad prepuberal se ha supuesto que es por la ausencia de glucógeno de la mucosa vaginal anestrogénica de estas niñas. Se transmite generalmente por coito pero no siempre, puede ser por objetos contaminados, sin embargo cuando se encuentra en niñas

debe buscarse en el resto de la familia y tener la posibilidad de que ya ha sufrido de abuso sexual.

La niña se queja de prurito vulvar, mas o menos intenso, muestra un flujo de color acre, blancogrisáceo y espumoso. En vagina no se observa el moteado eritematoso que se observa en las mujeres mayores, el diagnóstico se hace más eficazmente de preparados en fresco, aunque se pueden utilizar cultivos. (8)

Puede detectarse por frotis teñidos. El tratamiento de elección es el metronidazol a dosis de 15mg/Kg/día, tres veces al día durante 10 días. V.O. (10)

VAGINITIS POR GARDNERELLA VAGINALIS.

Es una causa poco frecuente de vulvovaginitis en niñas premenárquicas. Esta bacteria se ha considerado en muchos estudios como parte de la flora vaginal normal de la niña, sin embargo, bajo ciertas circunstancias puede ser la causa de una infección vulvovaginal. (8)

Las características del flujo son de aspecto grisáceo, abundante, con olor a “pescado” característico y cierto grado de irritación vulvar.

Su transmisión puede ser por contacto no sexual, pero ante la presencia de sintomatología característica en niñas debe detectarse la posibilidad de abuso sexual. El tratamiento consta de tetraciclina a dosis de 40 mg/Kg/día por vía oral por 7 días o metronidazol a 15 mg/Kg/día, por 10 días. V.O.

Se refiere que en niñas menores de 12 años no es recomendable utilizar las tetraciclinas por sus efectos nocivos.

VULVOVAGINITIS MICOTICA.

Las infecciones micóticas por *Cándida albicans* supone una proporción considerable de los casos de vulvovaginitis que se producen en lactantes y niñas.

La niña se queja de prurito vulvar, puede haber ardor vulvar que puede llegar a confundirse con disuria, por el contacto de la orina con áreas escoriadas, hay hiperemia vulvar que puede extenderse a la piel del periné, áreas que pueden estar edematosas y con huellas de rascado.

El flujo puede ser escaso, blanquecino con aspecto de “leche cortada” y puede encontrarse en placas adheridas a la mucosa tanto de la vulva como en vagina.

El diagnóstico se hace por examen en fresco que demuestra hifas y esporas, cultivos en medios de Nickerson.

El tratamiento local se lleva a cabo con la limpieza del periné y vulva cuatro veces al día con agua caliente y jabón y la aplicación posterior de alguna crema que contenga nistatina, miconazol o ketoconazol intravaginal y el tratamiento para la madre o persona encargada de la niña. (15)

OTRAS INFECCIONES.

La mayor parte de las infecciones específicas de tipo diftérica, neumocócica, amebiana y otros tipos, se relacionan a una enfermedad primaria en otra localización.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Se ha observado que la frecuencia de la vulvovaginitis en la edad escolar está influida por diversos factores: edad, etiología e higiene personal, etc.

En la mayoría de las pacientes el agente causal llega a la vulva a través del arrastre mecánico y en menor número de casos por otras causas. Tomando en cuenta que los factores locales como el epitelio vaginal transicional los cambios bioquímicos y la inmadurez de genitales permiten la aparición de agentes infecciosos con más factibilidad. ¿Cómo influyen los factores de riesgo en la frecuencia de vulvovaginitis?

JUSTIFICACION.

MAGNITUD: La incidencia de vulvovaginitis en niñas en edad escolar en nuestro país es muy alta; no existe información suficiente debido a que no se realiza frecuentemente el diagnóstico correcto, afectando a la población femenina en general.

TRASCENDENCIA: Existe una gran demanda en la consulta del médico familiar. La poca importancia que se le da en esta etapa de la vida crea angustia a los padres de la niña y el médico, quienes somos los involucrados para un pronto diagnóstico y con un tratamiento adecuado es resolutive en la mayoría de los casos.

VULNERABILIDAD: El poder prevenir y controlar la vulvovaginitis en la edad escolar conlleva a no padecer la enfermedad y a no reincidir y prolongarse a otras etapas de la vida. Contribuyendo con el primer nivel de atención, para un mejor conocimiento de la patología para que el médico le de la importancia que se requiere, ya que es un problema de salud pública.

FACTIBILIDAD: Este estudio contó con los recursos necesarios, material y humano dentro de un tiempo preestablecido, y con el apoyo de las autoridades de la institución y colaboración de los pacientes.

OBJETIVO GENERAL.

Distinguir los factores de riesgo en presencia de vulvovaginitis en la edad escolar.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Establecer la edad mas frecuente en la que se presenta la vulvovaginitis en la etapa escolar.
2. Enunciar la etiología más común en la vulvovaginitis.
3. Enlistar las características del flujo vaginal a la exploración física.
4. Enlistar la sintomatología más común de la vulvovaginitis en niñas de edad escolar.
5. Identificar las características clínicas encontradas en vulvovaginitis.
6. Identificar los hábitos higiénicos para el aseo anal en niñas en edad escolar.
7. Expresar el estado socioeconómico de las niñas en edad escolar que presentan vulvovaginitis.
8. Describir el tipo de ropa interior que utilizan las niñas en edad escolar que padecen vulvovaginitis.

MATERIAL Y METODOS.

TIPO DE ESTUDIO.

Se realizó un estudio observacional prospectivo, transversal y descriptivo.

DEFINICION DE UNIVERSO.

Niñas en edad escolar entre 6 y 12 años de edad adscritas a la Clínica de Medicina Familiar "Observatorio" del I.S.S.S.T.E. correspondiente a la zona de afluencia del consultorio número2, efectuado en un período de septiembre a noviembre de 1998.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

La muestra para est estudio fue de típo no aleatorio y secuencial de 35 niñas en edad escolar, de 6 a 12 años de edad, que acudieron a consulta de medicina familiar de primera vez.

CRITERIOS DE INCLUSION.

Se incluyeron en este estudio a todas las niñas en edad escolar entre 6 y 12 años de edad.

Derechohabientes del I.S.S.S.T.E., pertenecientes a la zona de afluencia del consultorio No. 2 de la Clínica de Medicina Familiar Observatorio y que asistieron a la consulta de septiembre a noviembre de 1998.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

Además se excluyeron niñas menores de 6 años y niñas mayores de 12 años de edad, las que ya habían presentado su menarca, las que cubrieron todos los criterios de inclusión pero que no se autorizó su participación en el estudio por parte del padre o tutor; en tratamiento supresor y/o con enfermedades crónicas.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

A los pacientes que no respondieron el cuestionario, que no se realizaron el exudado vaginal o que dejaron de pertenecer a la zona de afluencia del consultorio No. 2.

FORMA DE RECOLECCION DE DATOS.

Se exploraron genitales externos de las niñas en estudio y se realizó citología vaginal.

FORMA DE RECOLECCION DE DATOS.

Se aplicó el cuestionario a las niñas en una sola entrevista, acompañadas del padre o tutor seguida de la exploración de genitales externos. Posteriormente se realizó una citología vaginal realizada en el laboratorio de microbiología de la clínica de especialidades Pisanty.

RECURSOS MATERIALES.

Se utilizaron hojas de papel *bond*, lápiz, expediente clínico, guante para cirujano, material de laboratorio para toma de citología y computadora.

RECURSOS HUMANOS.

Personal de laboratorio y médico.

ESCALA DE MEDICION DE LAS VARIABLES.

Los resultados se analizaron por medio de porcentajes y medidas de tendencia central.

CONSIDERACIONES ETICAS.

No existe riesgo en la investigación. Según la declaración de Helsinki este estudio no tiene implicaciones éticas.

RESULTADOS.

De 8 niñas entre 6 y 12 años de edad pertenecientes al consultorio No. 2 de la Clínica de Medicina Familiar Observatorio, se seleccionaron 5 niñas como probables casos de vulvovaginitis de las cuales solo 35 que correspondió al 40.2% de la población total femenina en edad escolar; se autorizó su participación en el estudio por parte de sus padres o tutores.

En este estudio se incluyeron niñas con edades entre 6 y 12 años y la distribución de las 35 niñas en este rango de edad fue de la siguiente manera: 6 que correspondieron a 17.4% de 6 años, 6 niñas (17.4%) de 7 años, 6 niñas (17.4%) de 8 años, 9 niñas (25.7%) de 9 años, 3 niñas (8.5) de 10 años, 2 niñas (5.%) de 11 años, 3 niñas (8.57%) de 12 años. (Gráfica 1, Tabla I)

Los microorganismos aislados con mayor frecuencia de los cultivos vaginales fueron: principalmente el *Staphylococcus epidermidis* representando el 51.4 en 18 pacientes, *E. coli* en 14 (40%), *Candida albicans* en 5 (14.2%), *Staphylococcus aureus* en 4 (11.4%) y en 1 (2.8%) *B. Doderlein*. (Gráfica 2, Tabla II)

En cuanto a las características del flujo vaginal observado, la cantidad y consistencia fue variable sin un patrón sugerente de algún microorganismo específico. En 14 (40%), fue de característica amarillento, 5 (14.2%) se observó blanquecino, en 12 (34.2%) de color blanco/amarillento, en 2 (5.7%) fue amarillo/verdoso y blanco grisáceo respectivamente. (Gráfica 3, Tabla III)

La sintomatología mas común sugestiva de vulvovaginitis referida fue prurito vulvar en 16 niñas (45.7%), manchado de ropa interior 10 (28.5%), flujo vaginal referido en 8

(22.8%), dolor abdominal en 4 (11.4%), disuria en (20%), ardor vulvar en 9 (25.7%), mal olor genital en 3 (8.5%), en 4 (11.4% hubo antecedente de infección de vías urinarias y 3 (8.5%) contaron con antecedentes de vías aéreas de repetición por infección. (Gráfica 4, Tabla IV)

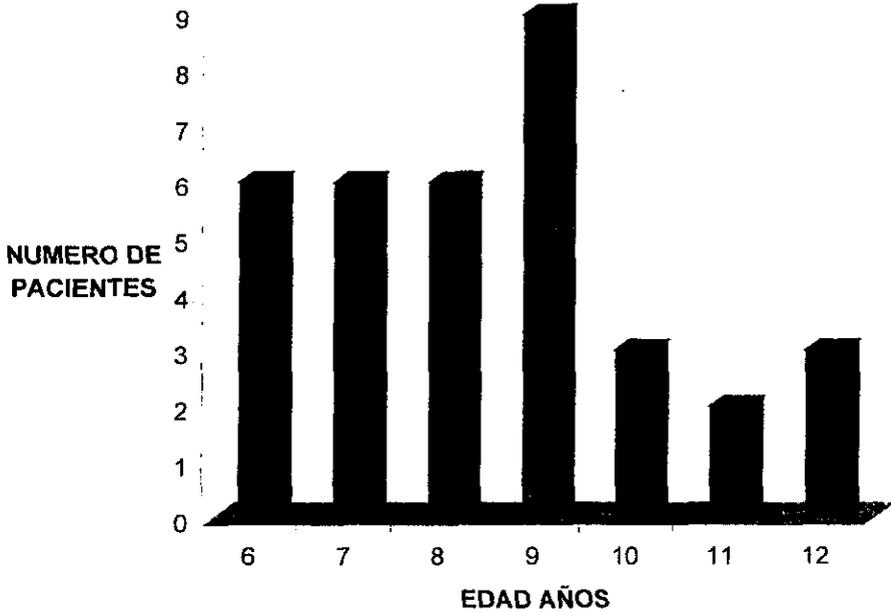
Durante la realización del estudio, las características clínicas que con mayor frecuencia se encontraron fueron: flujo vaginal en 35 (100%) de las niñas, hiperemia vulvar en 28 (80%), edema en 5 (14.2%), mal olor genital en 11 (31.4%). (Gráfica 5, Tabla V)

En relación al aseo perianal 18 (51.4%) realiza un aseo inadecuado, llevado a cabo en ambos sentidos (hacia delante y hacia atrás), 14 (40%) refirió realizar un aseo hacia atrás y 3 (8.57%) refirió realizar aseo siempre hacia delante. (Gráfica 6, Tabla VI)

En 19 (54.2%) de las niñas utilizan ropa interior de nylon/algodón; 12 (34.2%) solo refirió usar ropa de algodón; 3 (8.57%) ropa de nylon y 1 (2.85%) refirió usar licra. (Gráfica 7, Tabla VII)

Todas las niñas pertenecieron al nivel socioeconómico bajo, en cuanto a escolaridad de los padres a nivel secundaria fue del 24.7% para los padres y 22% para las madres; a nivel bachillerato fue del 13.3% y 5.7% respectivamente, a nivel primaria 7.6% correspondió a los padres y el 18% a las madres, a nivel profesional solo pertenecieron el 3.8% y 1% respectivamente. (Gráfica 8, Tabla VIII).

VULVOVAGINITIS EN NIÑAS ESCOLARES DISTRIBUCIÓN POR EDAD



GRAFICA: 1

NUMERO DE PACIENTES CON VULVOVAGINITIS EN EDAD ESCOLAR CON DISTRIBUCION POR EDAD

VULVOVAGINITIS EN NIÑAS ESCOLARES DEL CONSULTORIO N°2

C.M.F. OBSERVATORIO EN EL AÑO 1998

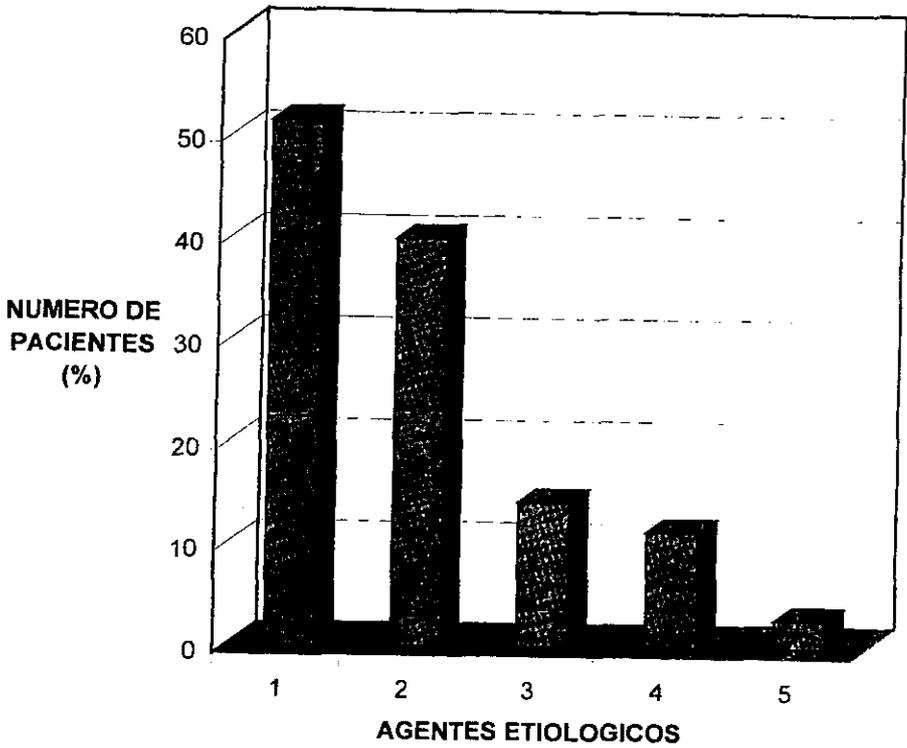
DISTRIBUCIÓN POR EDAD

EDAD AÑOS	NÚMERO DE NIÑAS	%
6	6	17.4
7	6	17.4
8	6	17.4
9	9	25.7
10	3	8.57
11	2	5.71
12	3	8.57
TOTAL	35	100

TABLA: I

FUENTE: RECOLECCIÓN DE DATOS DE ENCUESTA

VULVOVAGINITIS EN NIÑAS ESCOLARES AGENTE ETIOLOGICO AISLADO



1	S.EPIDERMIDIS	51,40%
2	E.COLI	40%
3	C.ALBICANS	14,20%
4	S.AUREUS	11,40%
5	B.DODERLEIN	2,80%

GRAFICA : 2

DISTRIBUCION POR PORCENTAJE DE LA ETIOLOGIA OBSERVADO
EN NIÑAS EN EDAD ESCOLAR CON VULVOVAGINITIS

VULVOVAGINITIS EN NIÑAS ESCOLARES DEL CONSULTORIO N°2

C.M.F. OBSERVATORIO EN EL AÑO 1998

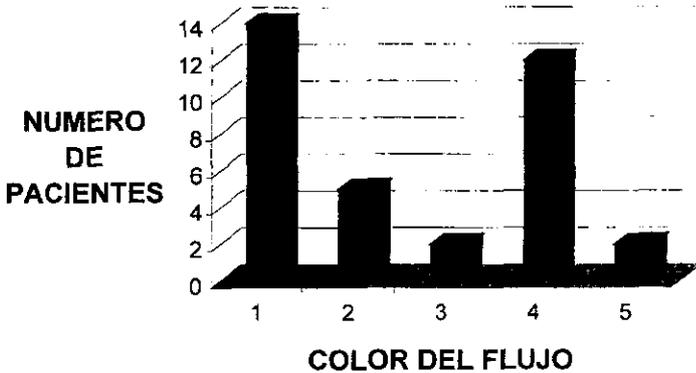
AGENTES AISLADOS

GERMEN AISLADO	NÚMERO DE NIÑAS	%
S.EPIDERMIDIS	18	51.4
E.COLI	14	40
C.ALBICANS	5	14.2
S.AUREUS	4	11.4
B.DODERLEIN	1	2.8

TABLA: II

FUENTE: RECOLECCION DE DATOS DE LABORATORIO CLINICA HOSPITAL
"DR.ALBERTO PISANTY OVADIA".

**VULVOVAGINITIS EN NIÑAS ESCOLARES
CARACTERISTICAS DEL FLUJO**



COLORES DEL FLUJO

- AMARILLO No1
- BLANCO No2
- AMARILLO/VERDOSO No3
- BLANCO/AMARILLO No4
- BLANCO/GRISACEO No5

GRAFICA: 3

NUMERO DE PACIENTES CON VULVOVAGINITIS
EN EDAD ESCOLAR CON CARACTERISTICAS DEL FLUJO

VULVOVAGINITIS EN NIÑAS ESCOLARES DEL CONSULTORIO N°2

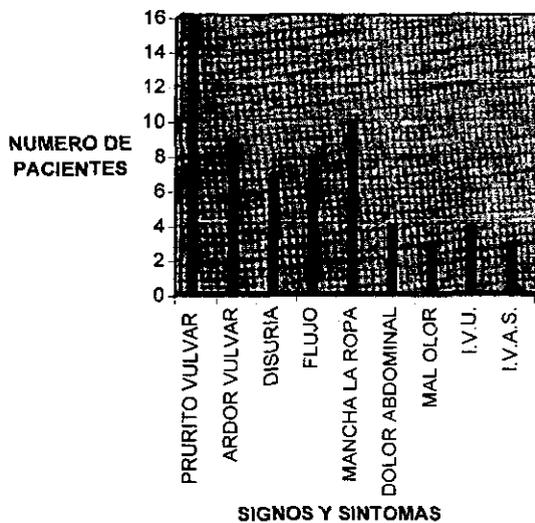
C.M.F. OBSERVATORIO EN EL AÑO 1998

CARACTERISTICAS DEL FLUJO

COLOR DEL FUJO	NÚMERO DE NIÑAS	%
AMARILLENTO	14	40
BLANQUECINO	5	14.2
AMARILLO VERDOSO	2	5.7
BLANCO AMARILLENTO	12	34.2
BLANCO GRISACEO	2	5.7
TOTAL	35	100

TABLA: III
FUENTE: RECOLECCIÓN DE DATOS DE ENCUESTA

VULVOVAGINITIS EN NIÑAS ESCOLARES SIGNOS Y SINTOMAS REFERIDOS



GRAFICA: 4

NUMERO DE PACIENTES CON VULVOVAGINITIS DE NIÑAS EN EDAD ESCOLAR

VULVOVAGINITIS EN NIÑAS ESCOLARES DEL CONSULTORIO N°2

C.M.F. OBSERVATORIO EN EL AÑO 1998

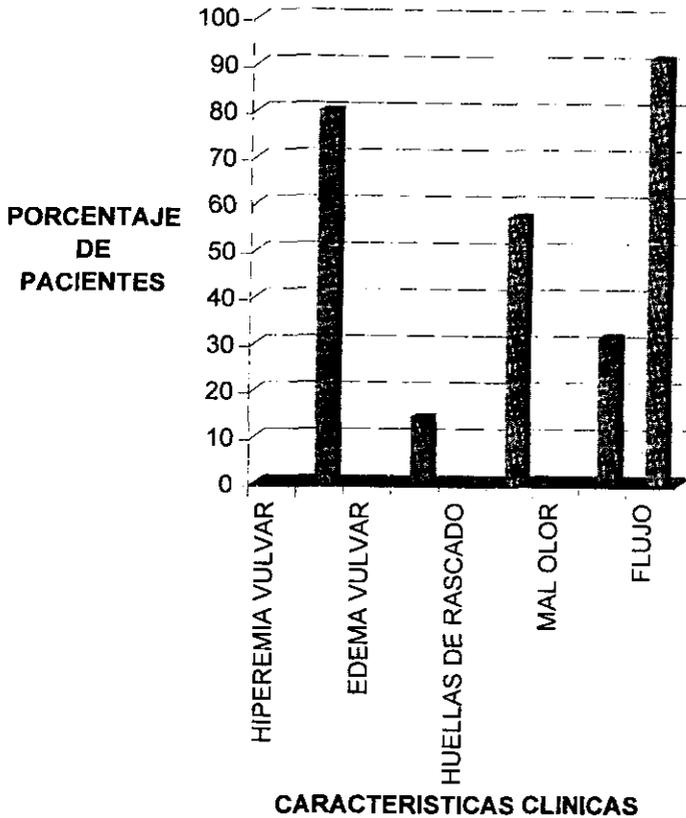
SIGNOS Y SINTOMAS REFERIDOS

SIGNOS Y SINTOMAS	NÚMERO DE PACIENTES	%
PRURITO VULVAR	16	45.7
ARDOR VULVAR	9	25.7
DISURIA	7	20
FLUJO	8	22.8
MANCHA LA ROPA	10	28.5
DOLOR ABDOMINAL	4	11.4
MAL OLOR	3	8.57
I.V.U.	4	11.4
I.V.A.S.	3	8.57

TABLA: IV

FUENTE: RECOLECCIÓN DE DATOS DE ENCUESTA

VULVOVAGINITIS EN NIÑAS ESCOLARES SIGNOS Y CARACTERISTICAS CLINICAS ENCONTRADAS



HIPEREMIA VULVAR	80%
EDEMA VULVAR	14,20%
HUELLAS DE RASCADO	57,10%
MAL OLOR:	31,40%
FLUJO:	91,40%

GRAFICA: 5

DISTRIBUCION POR PORCENTAJE DE PACIENTES CON VULVOVAGINITIS DE NIÑAS EN EDAD ESCOLAR CON DIFERENTES CARACTERISTICAS CLINICAS ENCONTRADAS

VULVOVAGINITIS EN NIÑAS ESCOLARES DEL CONSULTORIO N°2

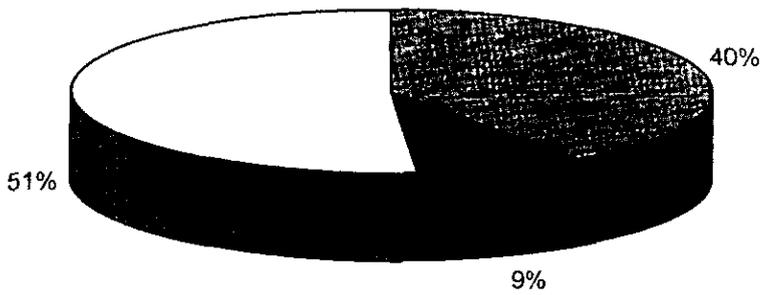
C.M.F. OBSERVATORIO EN EL AÑO 1998

CARACTERISTICAS CLINICAS ENCONTRADAS

SIGNOS Y SINTOMAS	NÚMERO DE NIÑAS	%
HIPEREMIA VULVAR	28	80
EDEMA VULVAR	5	14.2
HUELLAS DE RASCADO	20	57.1
MAL OLOR	11	31.4
FLUJO	32	91.4
TOTAL	96	

TABLA: V
FUENTE: RECOLECCIÓN DE DATOS DE ENUESTA

VULVOVAGINITIS EN NIÑAS ESCOLARES PROCEDIMIENTO PARA EL ASEO ANAL



HACIA DELANTE: 9%
HACIA ATRÁS: 40%
AMBOS SENTIDOS: 51%

GRAFICA: 6

PORCENTAJE EN EL PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACION DEL ASEO ANAL EN NIÑAS CON VULVOVAGINITIS

VULVOVAGINITIS EN NIÑAS ESCOLARES DEL CONSULTORIO N°2

C.M.F. OBSERVATORIO EN EL AÑO 1998

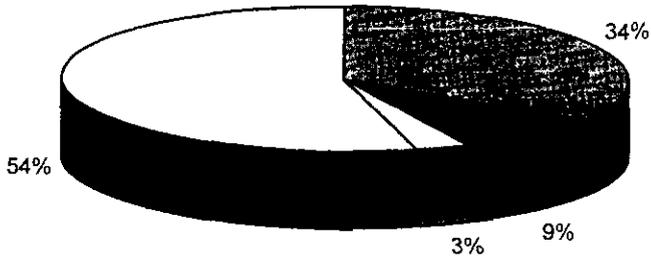
PROCEDIMIENTO PARA EL ASEO ANAL

ASEO ANAL	NÚMERO DE NIÑAS	%
HACIA DELANTE	3	8.57
HACIA ATRÁS	14	40
AMBOS SENTIDOS	18	51.43
TOTAL	35	100

TABLA: VI

FUENTE: RECOLECCIÓN DE DATOS DE ENCUESTA

VULVOVAGINITIS EN NIÑAS ESCOLARES "TIPO DE MATERIAL DE LA ROPA INTERIOR"



ALGODÓN: 34%
NYLON 9%
LIKRA: 3%
ALGODÓN/NYLON: 54%

GRAFICA: 7 PORCENTAJE EN EL PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACION DEL ASEO ANAL EN NIÑAS CON VULVOVAGINITIS

VULVOVAGINITIS EN NIÑAS ESCOLARES DEL CONSULTORIO N°2

C.M.F. OBSERVATORIO EN EL AÑO 1998

TIPO DE MATERIAL DE LA ROPA

MATERIAL ROPA INTERIOR	NÚMERO DE NIÑAS	%
ALGODON	12	34.28
NYLON	3	8.57
ALGODON/NYLON	19	54.28
LIKRA	1	2.85
TOTAL	35	100

TABLA: VII

FUENTE: RECOLECCIÓN DE DATOS DE ENCUESTA

DISCUSION.

Se refiere que las inflamaciones de la vulva y la vagina se presentan conjuntamente, por lo que deben considerarse como una sola entidad.

De acuerdo a la edad, las niñas de 9 años son las de mayor incidencia correspondiendo a lo referido en la literatura (2), ya que refieren la mayor incidencia entre los 8 y 9 años de edad.

Los microorganismos aislados en pacientes con vulvovaginitis fueron:

S. Epidermis fue el microorganismo mas frecuente, se aisló como único germen asociado a sintomatología, por lo que coincide con lo reportado (8), pues su presencia no debe considerarse contaminación de la flora de la piel sino como posible patógeno por la vagina como un epitelio inmaduro (6, 8).

La *E. Coli* fue el segundo microorganismo mas frecuente en niñas menores de 11 años, otros autores lo relacionan con una higiene perianal inadecuada (8).

La presencia de *C. Albicans* se encontró que en todos los casos había el antecedente de vulvovaginitis materna sugestiva de candidiasis, refiriendo que el lavado de la ropa interior se hace conjuntamente con la de las niñas y probablemente este condicione un mecanismo de transmisión (8).

El *Staphylococcus aureus* se presentó solo en 4 pacientes, y lo referido en la bibliografía refiere un mayor número de pacientes (8).

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

El B. Doderlein solo se presentó en un caso, refiriendo en la bibliografía un mayor número de casos (5).

Las características del flujo vaginal fue variable sin un patrón sugerente de algún agente etiológico, siendo mas frecuente el aspecto amarillo y el blanco/amarillento, lo cual no es referido como tal en la bibliografía.

La sintomatología mas común en la vulvovaginitis es; prurito, ardor vulvar referido por la paciente, flujo y manchado de la ropa interior referido por la madre. La literatura nos indica que el síntoma primordial es prurito vulvar (12).

Al igual que en los signos encontramos huellas de rascado con hiperemia vulvar principalmente en niñas menores de 8 años (13).

El aseo anal se realiza con mayor frecuencia en ambos sentidos, como en lo referido en la bibliografía (19). En este estudio se observa el menor porcentaje para el aseo hacia delante, no coincidiendo con la bibliografía (15) ya que en este ocupa el segundo lugar de presentación.

En general consideramos que en nuestro medio la vulvovaginitis es una patología frecuente y en la que no se considera cuando se trata de una niña escolar, confundiéndola con otras patologías dando tratamientos inadecuados y perpetuando el problema, por lo que debemos dar orientación a las pacientes sobre los factores predisponentes para esta enfermedad, lo que se propone en algunas referencias (3, 6).

Con este trabajo se nos da pauta para la realización de un nuevo trabajo de investigación donde podamos correlacionar la edad con los diferentes factores que influyen en la vulvovaginitis en edad escolar.

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS.

De acuerdo con el estudio realizado consideramos que en nuestro medio la vulvovaginitis en edad de previas a la menarquía es frecuente, sin embargo aún existen mitos y tabúes en nuestra población general acerca de la sexualidad y sus patologías, hecho que queda reflejado en que de 52 niñas identificadas previamente como posibles casos de vulvovaginitis solamente a 35 niñas se les autorizó la participación en el estudio.

Los factores que favorecen la enfermedad son edad, tipo de material de la ropa, estado socioeconómico, hábitos higiénicos, procedimiento del aseo anal, antecedente de vulvovaginitis materna.

La falta de información de las pacientes sobre la patología, la falta de importancia, el mal diagnóstico con otras patologías.

Con la falta de información y de interés por parte del paciente y del médico nos conlleva a incrementar la incidencia de esta patología.

Se han realizado muy pocos estudios sobre la vulvovaginitis en niñas en edad escolar en el primer nivel de atención, los resultados obtenidos nos muestran que la población femenina desconoce los factores predisponentes de la vulvovaginitis, y por parte del médico realizar un mejor interrogatorio y exploración para llegar a un diagnóstico y tratamiento correcto.

Debe realizarse educación para la salud, informando al paciente sobre esta enfermedad, sus factores que lo predisponen y el tratamiento completo a seguir.

BIBLIOGRAFIA.

1. Farrington PF: Pediatric vulvo-vaginitis. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 1997; 40: 135-40.
2. Koumantakis EE, et al: Vulvovaginitis during childhood and adolescence. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 199; 10: 39-43.
3. Jones R: Childhood vulvovaginitis and vaginal discharge in general practice. *Family practice* 1996; 13: 364-75.
4. O'Brien TJ: Pediatric vulvovaginitis. *Australasian Journal of Dermatology* 1995; 36: 215-18.
5. Stevenson L, Brooke DS; Vulvovaginitis in the prepuberal child. *Journal of Pediatric Health Care* 1995; 9: 227-8.
6. Altchek A: Pediatric and Adolescent gynecology. *Comprehensive Therapy* 1995; 21: 235-41.
7. Dhar V, et al: Steptococcal vulvovaginitis in girls. *Pediatric Dermatology* 1993; 10: 366-7.
8. Sow AI, Cisse MF: Bacteriology of vulvovaginitis in pediatrics. *J Pediatric Adolescent Gynecol* 1996; 41: 125-7.

9. Rothwell R, Kettering C: Haemophilus Influenzae: an underrated cause of Clinical Pathology 1997; 50: 765-68.
10. Creatsas G, Hassan E: Combined oral vaginal treatment of several vulvovaginitis during childhood. Journal of Pediatric and adolescent Gynecology 1999; 12: 23-5.
11. Garden AS: Pediatric gynecology: an overview of current practice. Hospital Medicine 1998; 59: 232-5.
12. Moraes PS: Allergic vulvovaginitis induced by house dust mites: a case report. Journal of Allergy and Clinical Immunology 1998; 101: 557-8.
13. Merritt DF: Evaluation of vaginal bleeding in the preadolescent child. Seminars in Pediatric Surgery 1998; 7: 35-42.
14. Embree JE, et al: Acceptability and usefulness of vaginal washes in Premenarcheal girls as a diagnostic procedure for sexually transmitted diseases. Pediatric Infectious Disease Journal 1996; 15: 662-7.
15. Romeo P, Muñoz M: Etiology of vulvovaginitis in childhood. Revista chilena de Pediatría 1991; 62: 321-2.
16. Ohlemeyer CL: Bleeding and vulvovaginitis in the Pediatric age group. Clinical Obstetrics and Gynecology 1997; 50: 756-68.
17. Wald ER: Gynecologic infections in the pediatric age group. Pediatric Infectious Disease 1994; 3: 10-3.

18. Singleton AF: Vaginal discharge in children and adolescents. *Clinical pediatrics* 1990; 19: 799-804.
19. Emans SJ, Goldstein DP: The gynecologic examination of the prepuberal child with the vulvovaginitis: use of the knee chest position. *Pediatrics* 1990; 65: 58-60.
20. Sherman Fs: Pediatric management problems vulvovaginitis. *Pediatric Nursing* 1996; 2: 27.
21. Huffman IW: Principles of pediatric gynecology. *Obstetrics and Gynecology annual* 1994; 3: 407-24.
22. Altechek A. Pediatric Vulvovaginitis Source. *Pediatric Clinics of North America* 1992; 19: 559-580.
23. Castañeda JL, Valencia G: "Vulvovaginitis" En: González N. Torales A. Gómez D. *Infectología Clínica Pediátrica México*, Trillas 1993; 283-88.
24. Cowell C: Exploración ginecológica de lactantes y adolescentes jóvenes. *Clínica Pediátrica* 1997; 2: 247-66.
25. Huffman J.W: Infecciones Ginecológicas en la infancia y en la adolescencia En: Felgin RD. *Tratado de Infecciones en pediatría México*: Mc Graw Hill, 1992; 507-30.
26. Jiménez F, Carneño C: Vulvovaginitis en niñas premenárquicas en atención primaria. *An. Esp. Pediatric* 1995; 35: 319-21.
27. Kent H: Epidemiology of vaginitis. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 165: 1168-75.

28. Talbot C: The gynecology examination of the pediatric patient. *Pediatric Ann* 1996; 15: 501-8.
29. Williams T.S, Callen JP: Vulvar disorders in the prepubertal female. *Pediatric Ann* 1996; 15: 588-97.
30. Pierce A.M, Hart C.A: Vulvovaginitis Causes and management. *Arch Dis child* 1996; 67: 509-12.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

NUMERO DE CUESTIONARIO: _____
NOMBRE: _____
EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS: _____
INTEGRANTES DE LA FAMILIA (NUMERO) _____

LUGAR QUE OCUPA DENTRO DE LA FAMILIA EL SUJETO DE ESTUDIO _____
ESCOLARIDAD DEL PADRE: _____
ESCOLARIDAD DE LA MADRE: _____

SOSTEN DE LA CASA (MARQUE CON UNA X).
MADRE: _____ PADRE: _____ AMBOS: _____

INGRESOS (MARQUE CON UNA X).
UN SALARIO MÍNIMO _____
DE DOS A CUATRO SALARIOS MÍNIMOS _____
MAS DE 4 SALARIOS MÍNIMOS. _____

VIVIENDA (MATERIAL).
PAREDES _____
TECHOS _____
PISOS _____

SERVICIOS (MARQUE CON UNA X).
AGUA POTABLE _____ BAÑO CON INHODORO _____
LUZ ELECTRICA _____ LETRINA O POSA SEPTICA _____
DRENAJE _____ DISPOSICION DE ESCRETAS AL RAZ DEL SUELO _____

HABITOS HIGIENICOS (MARQUE CON UNA X).
BAÑO _____
CAMBIO DE ROPA INTERIOR _____
ASEO DE GENITALES _____
¿UTILIZA ALGUNA SUSTANCIA ESPECIAL PARA ASEO DE GENITALES? _____

TELA DE ROPA INTERIOR (MARQUE CON UNA X).
ALGODÓN _____ NYLON _____ OTRO (ESPECIFICAR) _____

SINTOMAS (MARQUE CON UNA X).

PRURITO VULVAR	_____	_____	_____
ARDOR	_____	_____	_____
MAL OLOR	_____	_____	_____
DISURIA	_____	_____	_____
TENESMO VESICAL	_____	_____	_____
POLAQUIURIA	_____	_____	_____
SENSACION DE PESANTS PELVICA	_____	_____	_____
DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE	_____	_____	_____
MANCHADO DE ROPA INTERIOR (ESPECIFICAR)	_____	_____	_____
FLUJO TRANSVAGINAL (ESPECIFICAR)	_____	_____	_____
MANIPULACION DE GENITALES	_____	_____	_____
INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS FRECUENTES	_____	_____	_____
USO DE ANTIBIOTICOS FRECUENTES	SI _____	NO _____	TIPO _____
USO DE MEDICAMENTOS INMUNOSUPRESORES	SI _____	NO _____	TIPO _____
HA HABIDO INTRODUCCION DE OBJETOS EXTRAÑOS A VAGINA	SI _____	NO _____	TIPO _____
HA RECIBIDO ATENCION MEDICA PREVIA	SI _____	NO _____	TIPO _____
HA RECIBIDO TRATAMIENTO PREVIO	SI _____	NO _____	TIPO _____

INSPECCION GENERAL (DESCRIBIR)

PESO ACTUAL _____ TALLA _____

EXPLORACION DE GENITALES (VULVA Y VAGINA)

ALTERACIONES ANATOMICAS	SI _____	NO _____	ESPECIFICAR _____
HIPEREMIA YO EDEMA DE VULVA	_____	_____	_____
HUELLAS DE RASCADO	_____	_____	_____
EXUDADOS O SECRECIONES	_____	_____	ESPECIFICAR _____
MAL OLOR	_____	_____	ESPECIFICAR _____
OTROS	ESPECIFICAR _____		

TOMA DE RESULTADOS

EXUDADO VAGINAL	_____	_____
FROTIS EN FRESCO	_____	_____
CITOLOGIA VAGINAL	_____	_____

CONSENTIMIENTO	_____	REALIZO	_____
PADRE O TUTOR	_____	MÉDICO	_____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

LUGAR Y FECHA

Por medio de la presente, comunico que he sido informado (a) sobre la investigación a realizar para la detección de "Vulvovaginitis en niñas en edad escolar", en la Clínica de Medicina Familiar de Observatorio. Por lo que autorizo al equipo de Salud que dirige la Dra. Teresita del N.J. Mendoza Aguilar, para que incluya a mi hija _____ en el estudio que incluirá exploraciones vaginales, siempre en presencia mía.

Atentamente,

Nombre completo, parentesco y firma.