

11226



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

47

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

UNIDAD ACADÉMICA:
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR PUEBLA PUE.

**“VULVOVAGINITIS EN MUJERES GESTANTES EN EL HOSPITAL
DEL ISSSTE PUEBLA DE ENERO A DICIEMBRE DE 1999”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

298533

PRESENTA:

DRA. BERTHA PATRICIA FLAMAND MERINO

PUEBLA, PUE.

2001



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

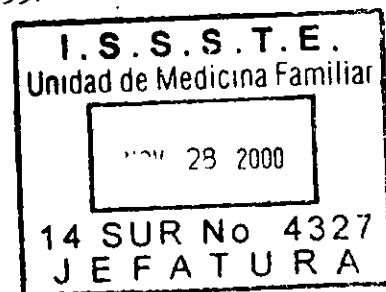


**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN**

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

**UNIDAD ACADÉMICA:
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR PUEBLA PUE.**

**“VULVOVAGINITIS EN MUJERES GESTANTES EN EL HOSPITAL DEL
ISSSTE PUEBLA DE ENERO A DICIEMBRE DE 1999”**



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

PRESENTA:

DRA. BERTHA PATRICIA FLAMAND MERINO



ISSSTE

PUEBLA, PUE

1999

**“VULVOVAGINITIS EN MUJERES GESTANTES EN EL HOSPITAL ISSSTE
PUEBLA DE ENERO A DICIEMBRE DE 1999”**

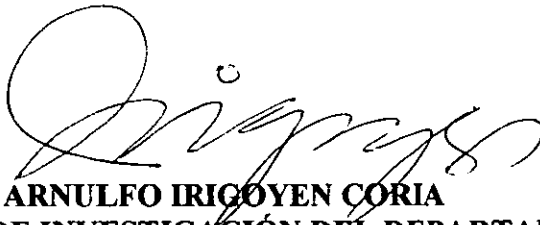
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:**

DRA. BERTHA PATRICIA FLAMAND MERINO

A U T O R I Z A C I O N E S :



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



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



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.**

**“VULVOVAGINITIS EN MUJERES GESTANTES EN EL HOSPITAL DEL
ISSSTE PUEBLA DE ENERO A DICIEMBRE DE 1999”**

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

**PRESENTA:
DRA. BERTHA PATRICIA FLAMAND MERINO**

AUTORIZACIONES:



**DR. ROGELIO HECTOR VELÁZQUEZ ENRIQUEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR DE PUEBLA, PUE.**



**ASESOR DE TESIS
DR. JOSÉ MARÍA CANICA PUIG
MÉDICO GINECO-OBSTETRA DEL HOSPITAL REGIONAL ISSSTE
PUEBLA, PUE.**

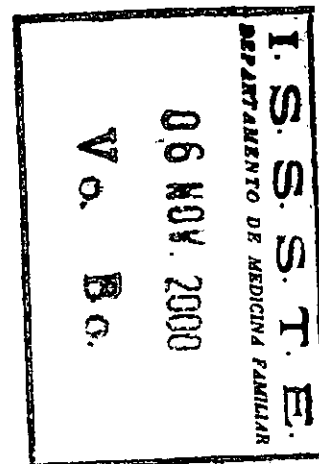


**ASESOR DE TESIS POR PARTE DE
(ISSSTE O U.N.A.M.)**

**DR. PEDRO DORANTES BARRIOS
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**



**DRA LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MÉDICA
CONTINÚA Y MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL ISSSTE**



PUEBLA, PUE

1999

ÍNDICE

	PÁGINA
I. RESUMEN.....	1
II. INTRODUCCIÓN.....	2
II.1. ANTECEDENTES GENERALES.....	2
II.2 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS.....	6
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
IV. JUSTIFICACIÓN.....	10
V. OBJETIVOS.....	11
V.1. GENERALES.....	11
V.2. ESPECÍFICOS.....	11
VI. METODOLOGÍA.....	12
VII. RESULTADOS.....	14
VIII. DISCUSIÓN.....	30
IX. CONCLUSIONES.....	31
X. BIBLIOGRAFÍA.....	33

I. RESUMEN

La realización de este estudio está indicado para determinar la prevalencia de las enfermedades vulvovaginales en la mujer embarazada.

La vulvovaginitis aparece usualmente en la mujer embarazada y es una de las razones más comunes de las visitas a la Consulta General y Ginecología; las relaciones sexuales con diferentes parejas contribuyen a introducir los microorganismos a la vagina, así como otros factores: manos, toallas e higiene.

Para su diagnóstico oportuno es necesario hacer un buen historial clínico, exploración ginecológica y realización de antibiogramas.

Al presentar la infección puede presentar complicaciones como: aborto, parto pretérmino, ruptura de membrana.

Es necesario que el médico al cual acude la paciente por primera vez esté documentado en el diagnóstico y manejo de la enfermedad.

Consideramos que los estudios epidemiológicos de las enfermedades vulvovaginales nos pueden dar valiosos parámetros de su prevalencia.

II. INTRODUCCIÓN

II.1. ANTECEDENTES GENERALES:

La vulvovaginitis es una causa frecuente en la gestación, es un conjunto de trastornos sintomática o asintomática, con inflamación de la mucosa vaginal conformada por lactobacilos productores de peróxido de hidrógeno, generando ácido láctico, manteniendo pH normal de la vagina es de 3.5 a 4.5 cuando se altera la ecología del microambiente facilita el crecimiento de bacterias.⁽¹⁾

A los pacientes es importante hacer un interrogatorio detallado: duración de síntomas, antecedentes sexuales, cambios de parejas, secreción vaginal, color y consistencia, presencia de olor, inspeccionar genitales externos en una exploración física.⁽²⁾

Los microorganismos de una vulvovaginitis en la gestación son: *Candida albicans*, *Trichomonas vaginalis*, *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma (hominis, ureaplasma urealyticum)*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*.⁽³⁾

Candida albicans integrante de la flora normal vaginal, enfermedad oportunista imposible determinar su periodo de incubación, en el embarazo la vagina es más susceptible a infección grave durante el tercer trimestre por aumento de cifras hormonales sexuales generando mayor cantidad de glucógeno en el medio vaginal.⁽⁴⁾

Regularmente asintomática, factores predisponentes: manos, toallas, coito, obesidad, ropa interior sintética; se caracteriza por flujo transvaginal aumentado, blanca acuosa o espesa grumosa, adherente a la vagina con aspecto de requesón, sin mal olor prurito intenso, disuria, dispauremia, irritación local, edema de la mucosa vaginal.⁽⁵⁾

No es frecuente que se relacione con parto pretérmino, es factible confundirlo con ruptura prematura de membranas durante el tercer trimestre de la gestación; la posibilidad de una infección es durante el trabajo de parto, puerperio, para su diagnóstico confirmativo

y diferencial es necesario una exploración física, examen en fresco o frotis teñido con gram.⁽⁶⁾

Los tratamientos son locales y sistémicos, recomendado en el embarazo, el tópico (antimicóticos), clotrimazol, miconazol, nistatina, econazol, el tratamiento habitual es de 10 a 15 días de óvulos vaginales de nistatina (1000 000 UI) dos veces al día.⁽⁷⁾

Trichomonas vaginalis protozooario flagelado, periodo de incubación de 4 a 28 días; infecta vagina, uretra, vejiga, glándulas de Skene y Bartholin. Exclusivamente de transmisión sexual, menos frecuente por contaminación directa de sanitarios, presenta leucorrea de secreción fluida, lechosa, espesa, amarillenta, mal olor, en ocasiones purulenta, verdosa y fétida, dolor vaginal, prurito, disuria, edema vulvar, aumentando pH vaginal 4.5-7.⁽⁸⁾

Las relaciones sexuales con diferentes parejas contribuyen a introducir los microorganismos a la vagina, cuello uterino, iniciando un proceso de corioamnioitis culminando partos prematuros, ruptura prematura de membranas, asociado a infecciones puerperales, neumonía neonatal.⁽⁹⁾

Para su diagnóstico se basa en apreciación clínica, examen con una mezcla de la secreción vaginal con 1 ml. De solución salina al 0.9%; el metronidazol sistémico no debe darse durante el primer trimestre, sólo durante el segundo y tercer trimestre una sola dosis 2 gr. Es efectivo en un 90%, se utiliza clotrimazol óvulos 100 mg. Cada 24 horas por 10 días, el tratamiento debe ser en pareja.^(10,6)

Vaginosis bacteriana es una enfermedad polimicrobiana frecuente Gardnerella vaginalis, periodo de incubación 48-72 hrs. liberan aminas debido a descarboxilación de los aminoácidos, le confieren al fluido vaginal un olor a pescado, estas aminas aromáticas son: trimetilamina, histamina, puetrecina, cadaverina, el factor que propicia son las múltiples parejas sexuales, no así la frecuencia del coito.^(11,12)

El cuadro clínico característico por la presencia de fluido transvaginal fétido, larga duración, grisáceo, sin inflamación, prurito y ardor vulvar, disparemia.

Complicación obstétrica: cervicitis, endometritis, inflamación pélvica, salpingitis; en el embarazo corioamnionitis, parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, inflamación de membranas fetales ocasionando septicemia y muerte.^(13,14)

Para su diagnóstico se toman muestras de las paredes vaginales, se hace examen en fresco donde se observan las células clave; en su tratamiento el metronidazol es recomendado en etapas avanzadas de la gestación 2 g. vía oral única dosis, clindamicina en crema al 2% cada 24 horas, una complicación durante el tratamiento es la presencia de candidiasis.⁽¹⁵⁾

Micoplasmas (hominis y ureaplasma urealyticum) se adquieren por relación sexual, su periodo de incubación de 3-10 días, Mycoplasma hominis se asocia con vaginitis, pielonefritis, enfermedad pélvica inflamatoria, fiebre postparto invadiendo al útero, torrente sanguíneo; el recién nacido se infecta y presenta meningitis.⁽¹⁶⁾

Ureaplasma Urealyticum asociado a uretritis, corioamnionitis, amenaza de aborto, partos prematuros, bajo peso del recién nacido, neumonía intersticial. Los micoplasmas se relacionan con la Chlamydia trachomatis su diagnóstico es por cultivo y urea, el tratamiento es con eritromicina 20 a 30 mg/Kg/día, vía oral durante 14 días.⁽¹⁷⁾

Neisseria gonorrhoeae diplococo gramnegativo, su incubación es de 7-21 días, sensible a los cambios, de temperatura, humedad, pH; modo de infección: dedos de la paciente, toallas sanitarias, principalmente relación sexual, presenta secreción vaginal color blanquecina amarilla, irritación local, prurito, ardor vaginal, dolor, disparemia, incapacidad para el coito.⁽¹⁸⁾

La infección ocurre antes de las 12 semanas de gestación, se presentan casos de abortos a partir de la semana 16 siendo común la corioamnionitis, parto pretérmino, ruptura de membranas, posterior al parto los hijos de madres con gonorrea presentan oftalmia neonatorum, el tratamiento en la embarazada es de eritromicina a razón de 500 mg. cada 8 horas por siete días, esto incluye al compañero sexual.^(18,19)

Chlamydia trachomatis parásito intracelular, asintomática, afectando a los genitales: vulva, vagina, uretra, cerviz; le asocian a cáncer cervicouterino, tiende a la cronicidad invadiendo el endometrio, salpinges, produce complicaciones relacionadas con la fertilidad: embarazo ectópico, inflamación pélvica, síndrome de Fitz Hugh-Curtis, se infecta el producto durante el trabajo de parto, neumonía, conjutivitis.⁽²⁰⁾

El diagnóstico se realiza con un raspado endocervical, uretral, se utilizan células de Mc Cog o He La, confirmándose la infección mediante el empleo de anticuerpos monoclonales, el tratamiento durante la gestación es de eritromicina 500 mg c/6 hrs. por siete días.⁽²¹⁾

II.2. ANTECEDENTES ESPECÍFICOS:

La infección por *Trichomonas vaginales* es una enfermedad prevalente de transmisión sexual, en el tratamiento el metronidazol es un mutágeno invitro, estudios clínicos han sugerido la exposición en el tejido fetal, es la aplicación vaginal local del metronidazol.⁽²²⁾

Los análisis de reacción en cadena de polimerasa de las especies introitales vaginales, es altamente sensible y específica la detección de *Chlamydia trachomatis*, *tricomonas* en mujeres embarazadas, proporcionan una alternativa para exploración de patógenos sexualmente transmitidos, para prevenir complicaciones en el embarazo como ruptura prematura de membranas, placenta previa.⁽²³⁾

Se ha demostrado que las alteraciones durante el embarazo y la infección por *Chlamydia*, no se relaciona con aborto espontáneo, bajo peso al nacer y muerte fetal.⁽²⁴⁾

Chlamydia trachomatis enfermedad de transmisión sexual, afecta el tracto genital inferior asciende causando inflamación intraluminal y cicatrización permitiendo el desarrollo de embarazo ectópico.⁽²⁵⁾

Se ha mencionado que la Chlamydia, produce una reacción inflamatoria en el útero dificultando o facilitando la implantación de embriones fertilizados in vitro. Por lo que ha aumentado la modalidad del tratamiento de infertilidad aceptada en parejas que no se embarazan.⁽²⁶⁾

El diagnóstico neonatal por infección de Chlamydia, se obtiene con una detección de suero de inmunoglobulina “G” y “M”; aunque la infección es durante el trabajo de parto.⁽²⁷⁾

En la infección gonocócica se ha identificado Neisseria meningitis éste hallazgo se deba a prácticas sexuales urogenitales y genitoanales, por lo que es importante tener en cuenta patrones de resistencia antimicrobiana de gonorrea, para poder otorgar una adecuada curación.⁽²⁸⁾

Se ha demostrado que la Vaginosis bacteriana en el embarazo, tiene un riesgo mayor de trabajo de parto pretérmino ruptura prematura de membranas, corioamnioitis histológica, asociado con bajo peso del recién nacido.⁽²⁹⁾

Hillier, Platz y colegas demostraron que la Vaginosis bacteriana se debe a una interrelación de Gardnerella, bacterias anaerobias, Mycoplasma hominis por lo que es inestable durante el embarazo, el 30% de las mujeres se recupera espontáneamente en la etapa final del embarazo.⁽³⁰⁾

Parto pretérmino, es una complicación de infección genital por variaciones del pH, pueden provocar ruptura prematura de membranas producida por microorganismos más implicados en la Vaginosis bacteriana.⁽³¹⁾

En un estudio se reporta que, el uso de esponjas vaginales con concentraciones de metronidazol (250 – 1000 Mg.), pueden ser útiles como tratamiento tópico, pero no se ha establecido si las grandes concentraciones del medicamento a nivel vaginal pueden tener efectos sistémicos indeseables.⁽³²⁾

Se demostró que el metronidazol, es una condición estable en el segundo trimestre y final del embarazo para su tratamiento; se empleó el régimen de 400 mg dos veces al día, para alcanzar picos bajos de concentración de metronidazol en suero y, así una menor absorción fetal que con una dosis única. ⁽³³⁾

Se ha demostrado, que el tratamiento con clindamicina oral establece la morbilidad durante el embarazo mientras que, con el metronidazol tópico no. ⁽³⁴⁾

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La vulvovaginitis en las mujeres gestantes es un problema de salud pública con repercusión ginecológica y obstétrica en la infertilidad, riesgo perinatal y neonatal, etc. El flujo vaginal es uno de los síntomas ginecológicos más frecuentes, se encuentran entre las patologías con mayor frecuencia en la práctica clínica cotidiana forman parte de los 12 motivos principales de demanda de consulta en medicina familiar.

Dicha enfermedad puede causar estrés psicológico que se refleja en el trabajo y vida social por la presencia de prurito, ardor, dolor, inflamación pélvica, etc.

Los agentes etiológicos que desencadenan a vulvovaginitis en mujeres gestantes más frecuentes es por hongo, bacterias, parásitos y virus.

Se revisaron los archivos del Hospital Regional ISSSTE Puebla en la unidad de medicina familiar y del Servicio de Ginecología y Obstetricia. Se hizo una recopilación con interpretación de estadística descriptiva determinando el índice de pacientes con vulvovaginitis en mujeres gestantes, agentes causales y tratamiento oportuno.

¿ CUAL ES LA FRECUENCIA DE VULVOVAGINITIS EN MUJERES GESTANTES EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE PUEBLA DE ENERO A DICIEMBRE DE 1999 ?

IV. JUSTIFICACIÓN

La vulvovaginitis en mujeres gestantes está incluido en el programa epidemiológico de la secretaria de Salud Pública (viabilidad), también creemos que una vez detectado el problema éste es susceptible a corregirse (vulnerabilidad), contamos con los recursos financieros, humanos y materiales para llevar a cabo la investigación (factibilidad), contamos con los conocimientos teóricos y prácticos (experiencia) con respecto a la enfermedad.

Esta patología impacta en forma desfavorable la salud de las mujeres en edad reproductiva y las gestantes, y dan lugar a secuelas de alto costo social y económico. En virtud de lo anterior se efectúa la revisión y síntesis de los factores de riesgo, las medidas preventivas y los criterios más aceptados para el diagnóstico y tratamiento de los tipos más frecuentes de vulvovaginitis con el fin de contribuir a su difusión y a la utilización de protocolos actualizados y uniformes por parte del personal médico familiar y gineco-obstetras de nuestra institución.

V. OBJETIVOS

V.1. GENERAL:

- Determinar la frecuencia de vulvovaginitis durante la gestación, en pacientes atendidos en la Unidad de Medicina Familiar, ISSSTE en Puebla, de enero a diciembre de 1999.

V.2. ESPECÍFICOS:

- Identificar los procedimientos empleados para un diagnóstico temprano, de una infección de vulvovaginitis en la gestación.
- Detectar los factores asociados a las complicaciones de una infección de vulvovaginitis en la gestación.
- Describir qué tratamiento es el más empleado y eficaz para una infección de vulvovaginitis en la gestación.

VI. METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Estudio de frecuencia, observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo y retrolectivo.

Población, lugar y tiempo de estudio

La población de estudio son pacientes que ingresan a la consulta externa de la unidad de medicina familiar y en el servicio de ginecología y obstetricia.

En el hospital regional del ISSSTE Puebla.

En pacientes con vulvovaginitis mujeres gestantes que se presentaron durante un periodo de un año de enero a diciembre de 1999.

Tipo de muestra

No probabilístico, determinativo

Tamaño de muestra

Conveniente de 133 pacientes.

Criterios de inclusión

- 1.- Pacientes embarazadas con flujo vaginal
- 2.- Pacientes que hayan llevado control prenatal
- 3.- Pacientes derechohabientes del instituto
- 3.- Pacientes que tenían expediente completo en archivo clínico

Criterios de exclusión

- 1.- Pacientes con flujo vaginal no embarazadas
- 2.- Pacientes que no acudían regularmente a consulta
- 2.- Pacientes no derechohabientes del instituto

Criterios de eliminación

- 1.- Pacientes no gestantes
- 2.- Pacientes con CaCu
- 3.- Pacientes con VIH

Información a recolectar

Se recolectaron datos de las pacientes embarazadas con vulvovaginitis que se les haya realizado antibiograma y haber tenido control prenatal.

VARIABLES A RECOLECTAR

Edad, ocupación, tipo de vaginitis, signos y síntomas, laboratorios, valoración clínica, ultrasonido, mecanismo de transmisión, evolución, tratamiento, complicaciones.

Método o procedimiento para captar la información.

Los datos se obtuvieron empleando método estadístico, para poder representar los resultados de este trabajo, se utilizó principalmente metodología descriptiva apoyada en gráficas.

Consideraciones éticas

Se cuenta con el consentimiento del Comité de Ética del Hospital Regional ISSSTE Puebla.

Se cumplirá con los códigos éticos establecidos en la declaración de Helsinki de 1964 y el código de Seguridad Mexicana.

En este estudio no existe peligro para el investigador ni para sujetos participantes, es un estudio trascendente y bien planeado.

Se asegura de proteger al máximo a los sujetos que participan en el estudio, como daño físico, psicológico y social como invasión de su vida privada.

Se garantizará el carácter confidencial de su participación.

VII. RESULTADOS

Considerando que en 1998 se ofrecieron 1543 consultas de primera vez, en el Servicio de Consulta Externa de Ginecología y de la Unidad de Medicina Familiar, ISSSTE-Puebla, de los cuales 534 corresponde a mujeres con vulvovaginitis en general, se consideró una prevalencia de 34.6% y, de acuerdo a los datos proporcionados por la literatura mundial un resultado pero esperado del 45% del tamaño muestral se estimó empleando un paquete software (Epi Info Ver 6 Center for Disease Control and Prevention, CDC, USA y World Health Organization, Geneva, Switzerland; May 25, 1994), de esta forma con un nivel de confianza equivalente al 99%, el tamaño calculado fue de 133 pacientes embarazadas con vulvovaginitis.

Gráfica N° 1, Se captaron 133 pacientes en la Unidad de Medicina Familiar, del ISSSTE-Puebla, con el diagnóstico de vulvovaginitis durante el embarazo, el cual representa el 99%.

En la gráfica N° 2, se observa la edad en la que con más frecuencia se presenta la vulvovaginitis en la mujer embarazada fue de 21-30 años 67 (49.9%), y la menor prevalencia 41-45 años 9 (6.7%)

En la gráfica N° 3, se observa que la ocupación de las pacientes la mayoría se dedica al hogar 83 (61.8%), empleadas fue de 33 (24.5%), la de menor frecuencia son las no especificadas 17 (12.7%) como profesionistas, estudiantes, etc.

En la gráfica N° 4, ésta presenta la frecuencia de vulvovaginitis en cuanto a su etiología con un predominio la ocasionada por hongos 90 (67%), siguiendo la bacteriana 23 (17.1%), los pacientes con secreción de flora normal fue de 10 (7.4%), la viral de 6 (4.5%), y la de menor prevalencia la parasitaria 4 (3%)

En la gráfica N° 5, observamos la distribución de los microorganismos aislados en las pacientes con vulvovaginitis, vemos que el más frecuente es Candida albicans con 90 pacientes (67%), siguiéndole vaginosis bacteriana y flora normal con 10 pacientes (7.4%) cada uno, el Staphylococcus coagulasa con 5 (3.9%) Trichomona vaginalis y condiloma con 4 casos (3%) cada uno, Staphylococcus aureus con 3 (2.2%) Chlamydia trachomatis y herpes con 2 (1.5%) y por último Neisseria gonorrhoeae, Micoplasma hominis y Streptococcus B con 1 caso (0.7%) cada uno.

En la gráfica N° 6, se observan los síntomas de mayor frecuencia prurito/23 (91.6%) el resto representa a los pacientes de flora normal, el dolor vaginal 43 pacientes correspondiendo al 32%.

En la gráfica N° 7, se observa los signos que presentaron las pacientes, la más frecuente es la secreción vaginal 133 (99%), el olor representa 97 (72.2%) es importante mencionar el color de la secreción blanca 76 (56.6%), amarilla 57 (42.4%) la de menor prevalencia fue la disuria 30 (22.3%)

En la gráfica N° 8, se observan como se obtuvo la infección vaginal, la de mayor frecuencia: fomites 65 (48.7%), ya que la mayoría de los pacientes es de nivel socioeconómico bajo; la transmisión sexual 44 (32.8%) y la de menor prevalencia por diabetes 4 (3%)

En la gráfica N° 9, se representan los estudios de laboratorio que se les realizaron a las pacientes: BHC, QS, EGO, 85 (63.3%), exploración clínica en todas las pacientes 133 (99%), ultrasonido de control 80 (59.5%)

En la gráfica N° 10, se observa la evolución de la infección en cuanto al tiempo de aparición en la mujer embarazada; la de mayor frecuencia fue la de semanas con 74 pacientes (55.1%), meses fue de 41 pacientes (30.5%), la menor es la de días con 18 pacientes (13.4%)

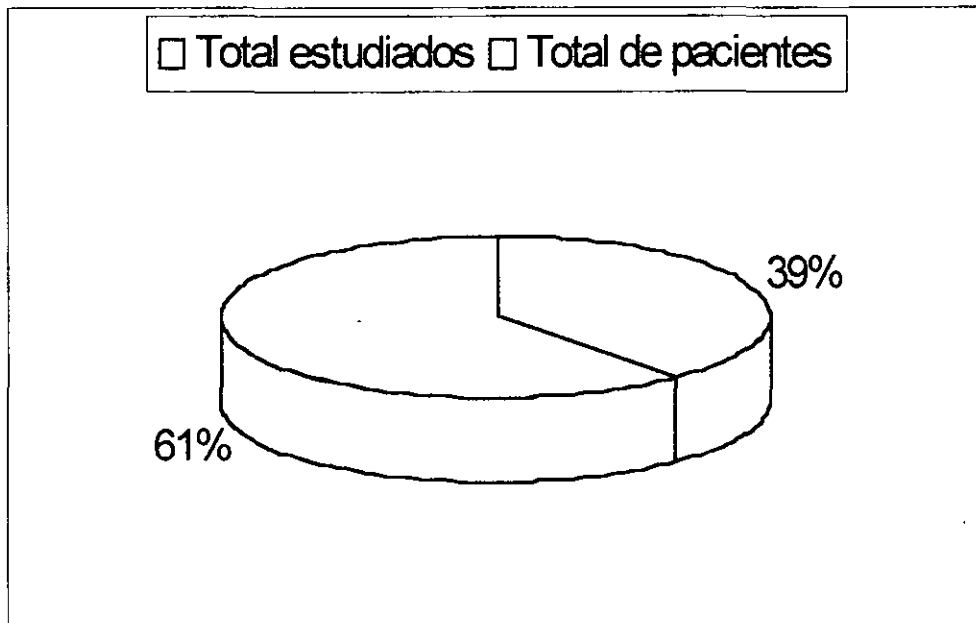
En la gráfica N° 11, se observa la prevalencia de la vulvovaginitis durante la gestación: en el primer trimestre fue 43 (32.0%), el segundo trimestre 69 (51.4%) y el tercer trimestre de menor frecuencia 21 (15.6%)

En la gráfica N° 12, en esta gráfica se observa que tratamiento es más empleado para la mujer embarazada con vulvovaginitis y es la nistatina óvulos, para vaginitis por Candida 70 (52.1%) el metronidazol es de regular uso en el segundo y tercer trimestre tanto oral como óvulos, la eritromicina y dicloxacilina para estafilococos 6 (4.5%), miconazol oral crema 5 (37%), ketoconazol 3 (2.2%), menor uso clindamicina 2 (1.5%).

En la gráfica N° 13, es importante mencionar que los pacientes presentaron complicaciones; la de mayor frecuencia fue el aborto 18 (13.4%), amenaza de aborto 15 (11.2%), ruptura de membranas 8 (6%), embarazo pretérmino 5 (3.7%), complicaciones del recién nacido 1 (0.7%), el embarazo ectópico y la infección intraamniótica se reporta un 0%.

GRÁFICA N°1
MUJERES GESTANTES CON VULVOVAGINITIS
DISTRIBUCIÓN SEGÚN TOTAL DE PACIENTES

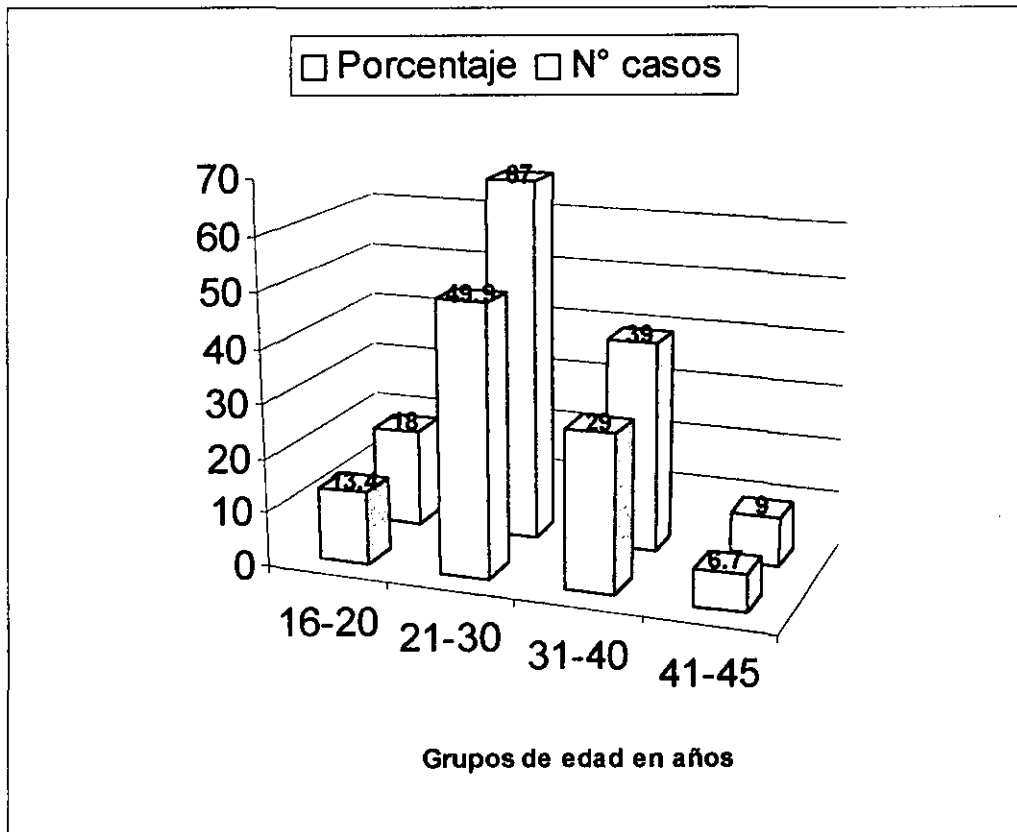
Pacientes	N° casos	Porcentaje
Total estudiados	133	39
Total de pacientes	211	61



FUENTE: Expedientes de los Servicios de Consulta Externa de Ginecología y Medicina de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE-Puebla, de enero a diciembre de 1999..

GRÁFICA N°2
MUJERES GESTANTES CON VULVOVAGINITIS
DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPOS DE EDAD

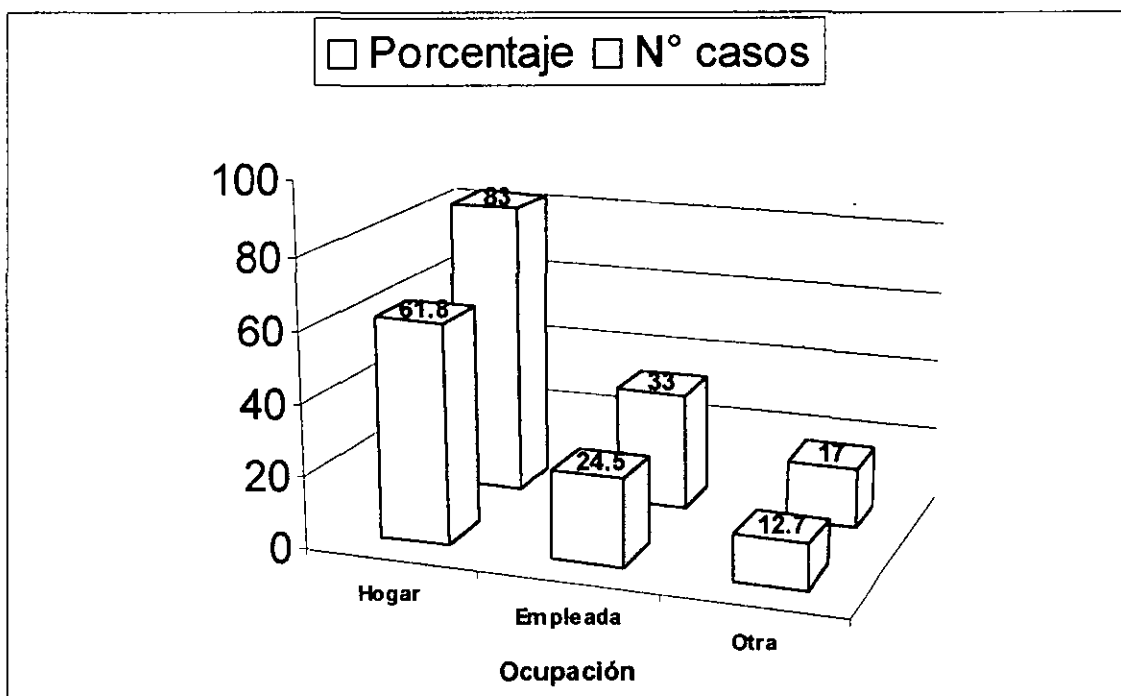
Grupos de edad en años	N° casos	Porcentaje
16-20	18	13.4
21-30	67	49.9
31-40	39	29
41-45	9	6.7
TOTAL:	133	99



FUENTE: Expedientes de los Servicios de Consulta Externa de Ginecología y Medicina de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE-Puebla, de enero a diciembre de 1999.

GRÁFICA N°3
MUJERES GESTANTES CON VULVOVAGINITIS
DISTRIBUCIÓN SEGÚN OCUPACIÓN

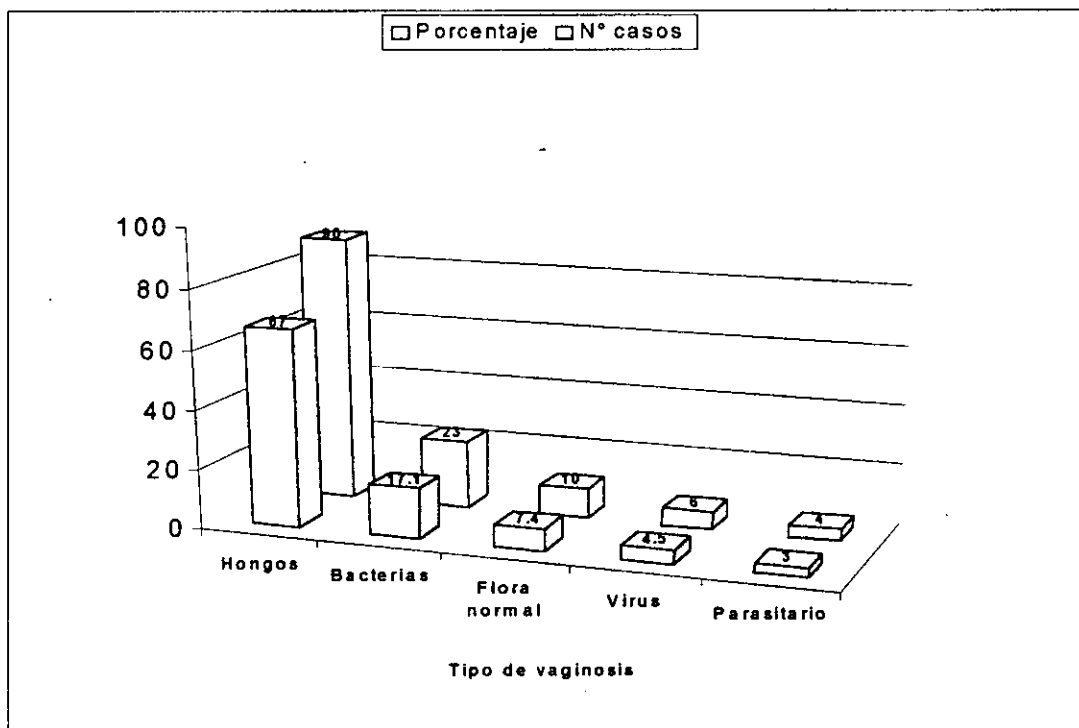
Ocupación	N° casos	Porcentaje
Hogar	83	61.8
Empleada	33	24.5
Otra	17	12.7
TOTAL:	133	99



FUENTE: Expedientes de los Servicios de Consulta Externa de Ginecología y Medicina General de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE-Puebla, de enero a diciembre de 1999.

GRÁFICA N°4
MUJERES GESTANTES CON VULVOVAGINITIS
DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE VAGINOSIS MÁS FRECUENTE

Vaginosis	N° casos	Porcentaje
Hongos	90	67
Bacterias	23	17.1
Flora normal	10	7.4
Virus	6	4.5
Parasitario	4	3
TOTAL:	133	99

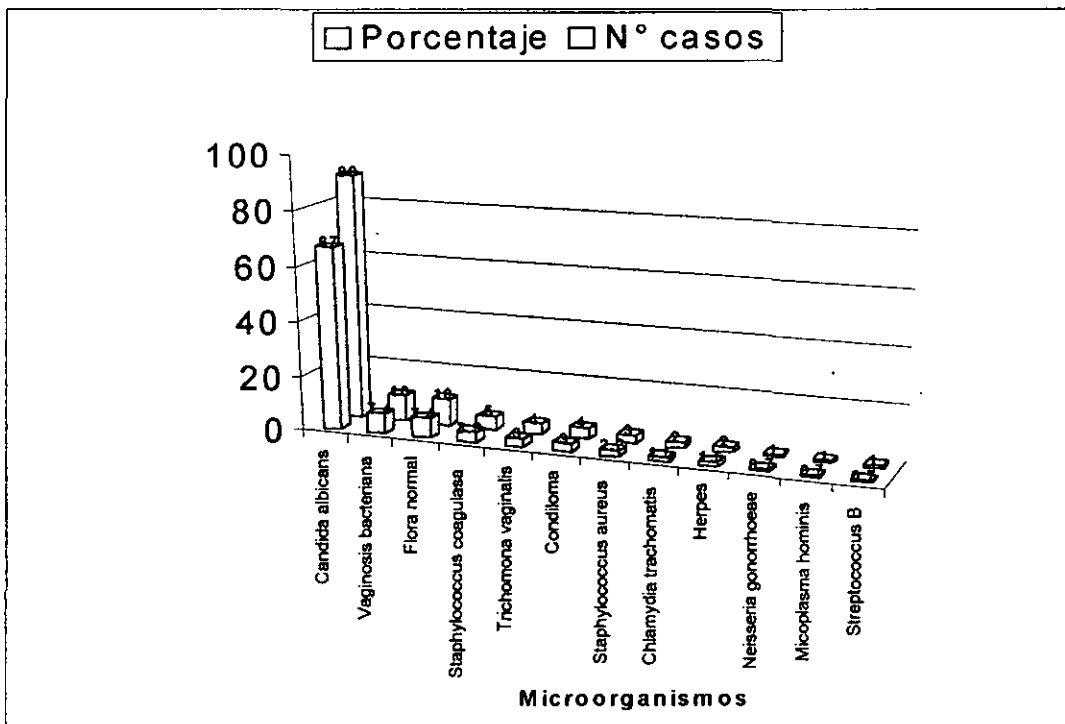


FUENTE: Expedientes de los Servicios de Consulta Externa de Ginecología y Medicina General de la Unidad de Medicina Familiar, del ISSSTE-Puebla, de enero a diciembre de 1999.

GRÁFICA N°5

MUJERES GESTANTES CON VULVOVAGINITIS DISTRIBUCIÓN SEGÚN MICROORGANISMO AISLADO

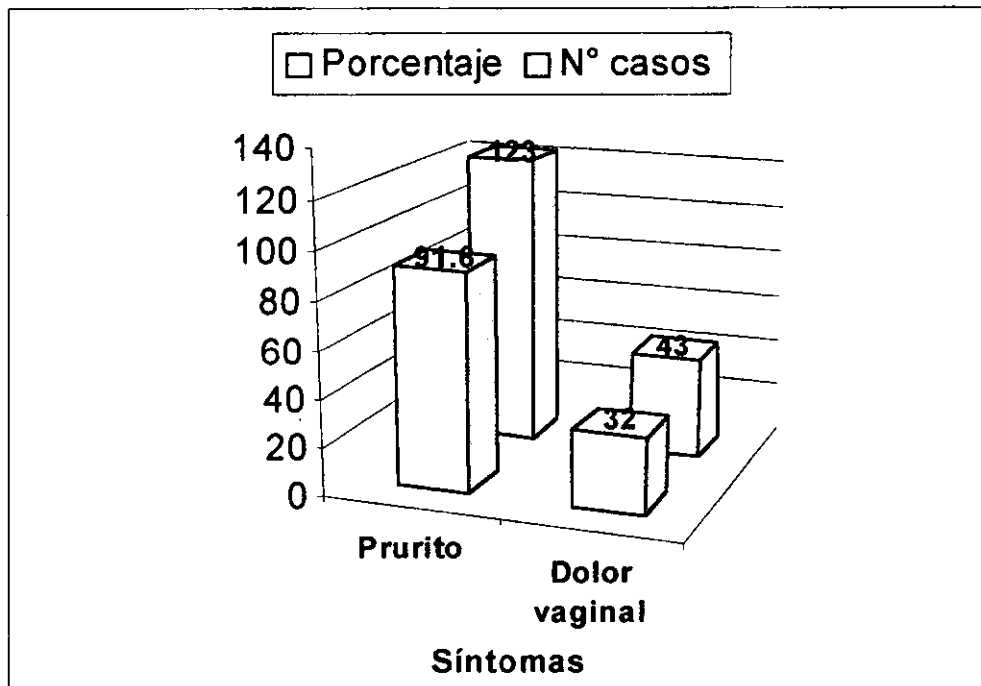
Microorganismo	N° casos	Porcentaje
<i>Candida albicans</i>	90	67
Vaginosis bacteriana	10	7.4
Flora normal	10	7.4
<i>Staphylococcus coagulasa</i>	5	3.9
<i>Trichomona vaginalis</i>	4	3
Condiloma	4	3
<i>Staphylococcus aureus</i>	3	2.2
<i>Chlamydia trachomatis</i>	2	1.5
Herpes	2	1.5
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	1	0.7
<i>Mycoplasma hominis</i>	1	0.7
<i>Streptococcus B</i>	1	0.7
TOTAL:	133	99



FUENTE: Expedientes de los Servicios de Consulta Externa de Ginecología y Medicina General de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE-Puebla, de enero a diciembre de 1999.

GRÁFICA N°6
MUJERES GESTANTES CON VULVOVAGINITIS
DISTRIBUCIÓN SEGÚN SÍNTOMAS

Síntomas	N° casos	Porcentaje
Prurito	123	91.6
Dolor vaginal	43	32



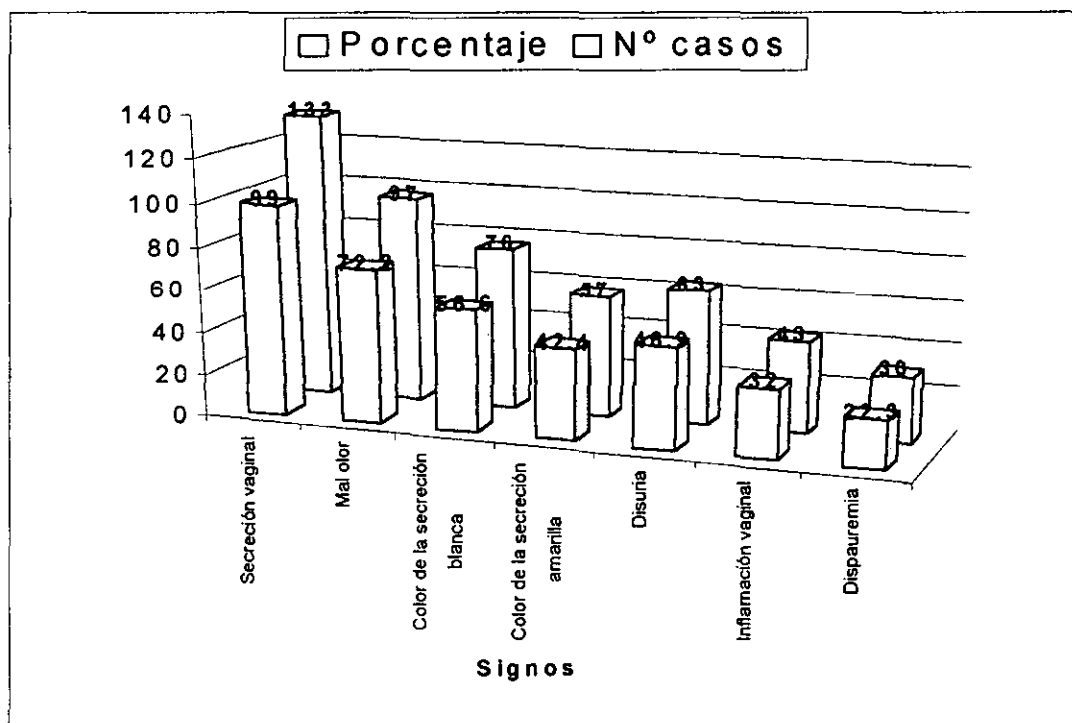
FUENTE: Expedientes de los Servicios de Consulta Externa de Ginecología y Medicina de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE-Puebla, de enero a diciembre de 1999.

GRÁFICA N° 7

MUJERES GESTANTES CON VULVOVAGINITIS

DISTRIBUCIÓN SEGÚN SIGNOS

Signos	N° casos	Porcentaje
Secreción vaginal	133	99
Mal olor	97	72.2
Color de la secreción blanca	76	56.6
Color de la secreción amarilla	57	42.4
Disuria	63	46.9
Inflamación vaginal	43	32
Dispauremia	30	22.3

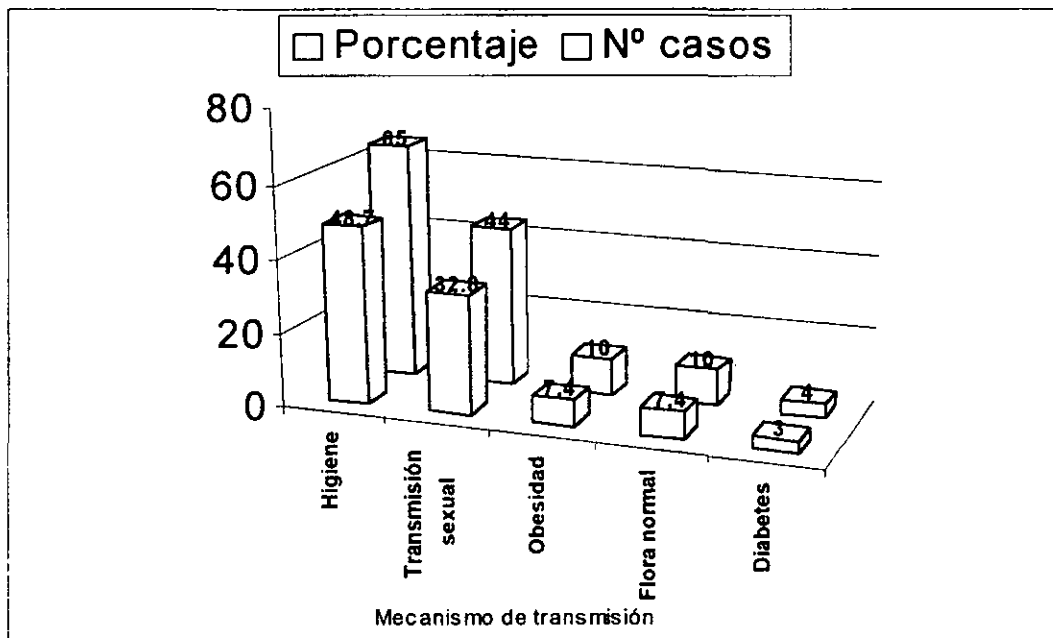


FUENTE: Expedientes de los servicios de Consulta Externa de Ginecología y de la unidad de Medicina Familiar del ISSSTE Puebla, de enero a diciembre de 1999

GRÁFICA N° 8

MUJERES GESTANTES CON VULVOVAGINITIS DISTRIBUCIÓN SEGÚN MECANISMO DE TRANSMISIÓN

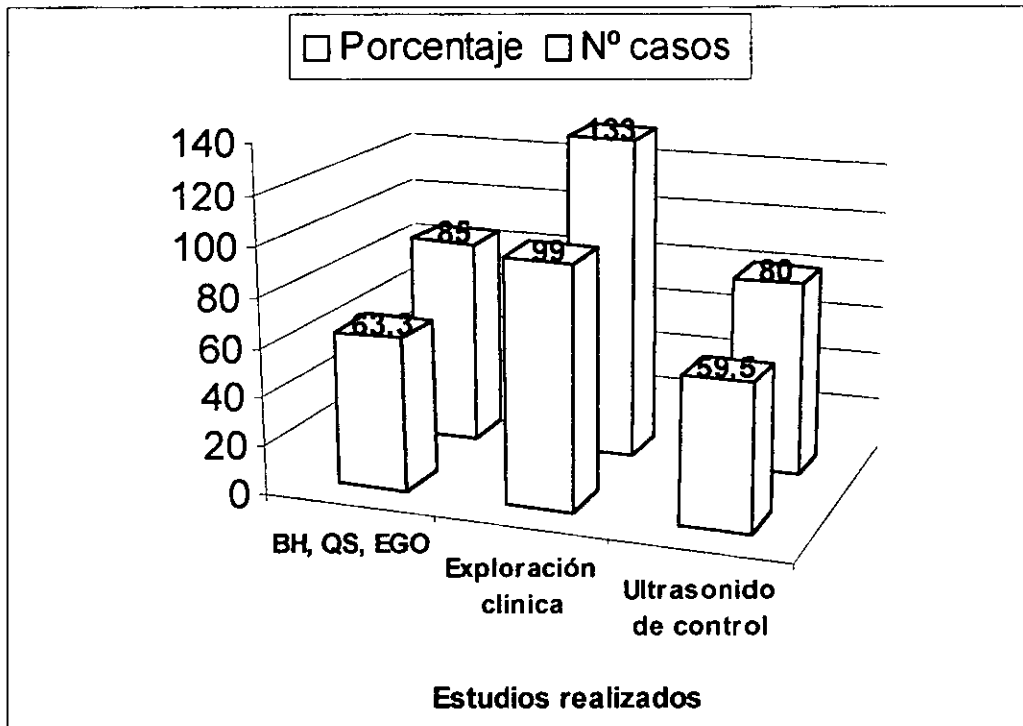
Mecanismo de transmisión	N° casos	Porcentaje
Higiene	65	48.7
Transmisión sexual	44	32.8
Obesidad	10	7.4
Flora normal	10	7.4
Diabetes	4	3
TOTAL:	133	99



FUENTE: Expedientes de los Servicios de Consulta Externa de Ginecología y de la unidad de Medicina Familiar ISSSTE-Puebla de enero a diciembre de 1999.

GRAFICA N° 9
MUJERES GESTANTES CON VULVOVAGINITIS
DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTUDIOS REALIZADOS

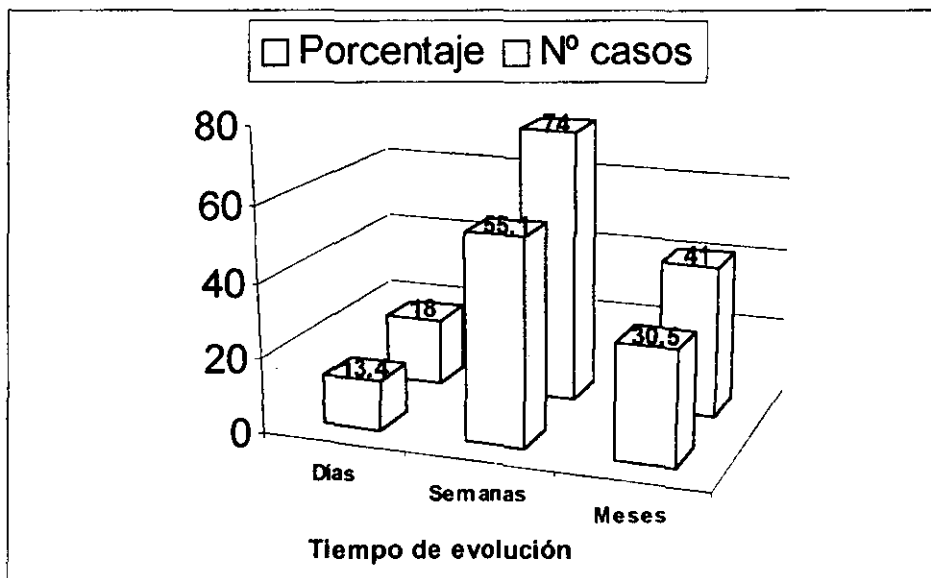
Estudios	Nº casos	Porcentaje
BH, QS, EGO	85	63.3
Exploración clínica	133	99
Ultrasonido de control	80	59.5



FUENTE: Expedientes de los Servicios de Consulta de Ginecología y Medicina General de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE-Puebla, de enero a diciembre de 1999.

GRÁFICA N° 10
MUJERES GESTANTES CON VULVOVAGINITIS
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EVOLUCIÓN EN CUANTO A SU APARICIÓN

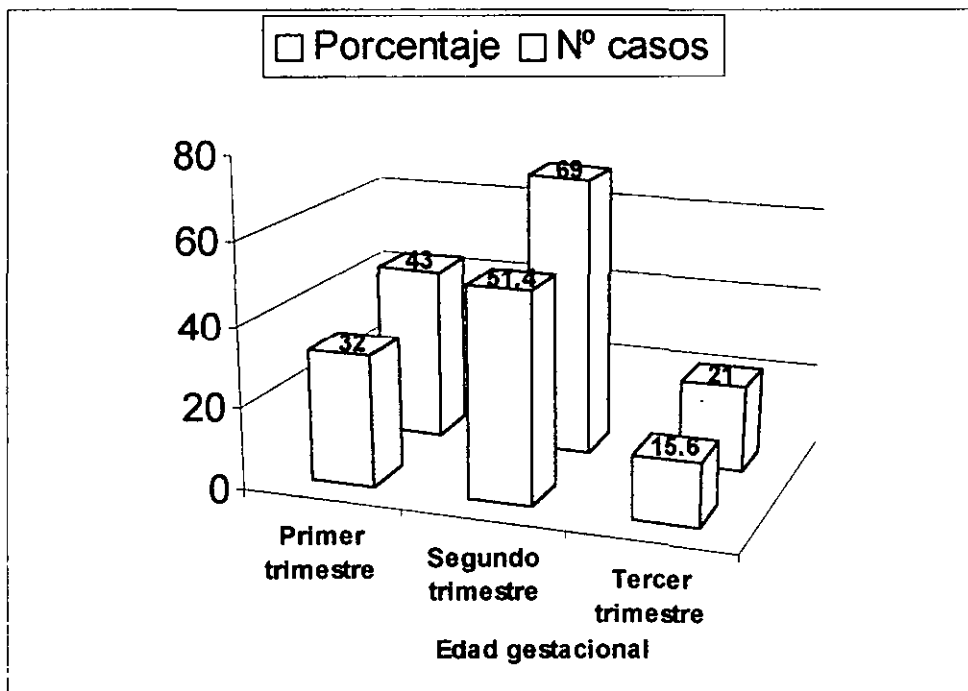
Tiempo de evolución	Nº casos	Porcentaje
Días	18	13.4
Semanas	74	55.1
Meses	41	30.5
TOTAL:	133	99



FUENTE: Expediente de los Servicios de Consulta de Ginecología y Medicina de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE-Puebla, de enero a diciembre de 1999.

GRÁFICA N° 11
MUJERES GESTANTES CON VULVOVAGINITIS
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD GESTACIONAL

Edad gestacional	Nº casos	Porcentaje
Primer trimestre	43	32
Segundo trimestre	69	51.4
Tercer trimestre	21	15.6
TOTAL:	133	99

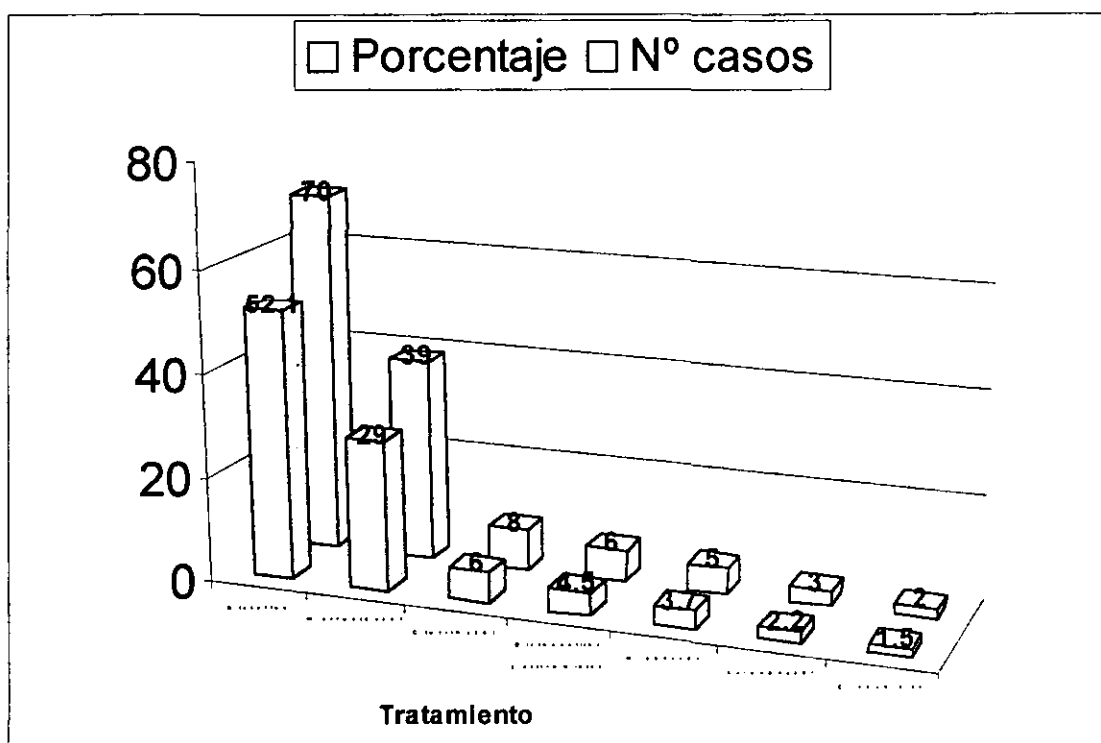


FUENTE: Expediente de los Servicios de Consulta de Ginecología y Medicina de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE-Puebla, de enero a diciembre de 1999.

GRÁFICA N° 12

MUJERES GESTANTES CON VULVOVAGINITIS DISTRIBUCIÓN SEGÚN TRATAMIENTO UTILIZADO

Tratamiento	N° casos	Porcentaje
Nistatina	70	52.1
Metronidazol	39	29
Clotrimazol	8	6
Dicloxacilina y eritromicina	6	4.5
Miconazol	5	3.7
Ketoconazol	3	2.2
Clindamicina	2	1.5
TOTAL:	133	99

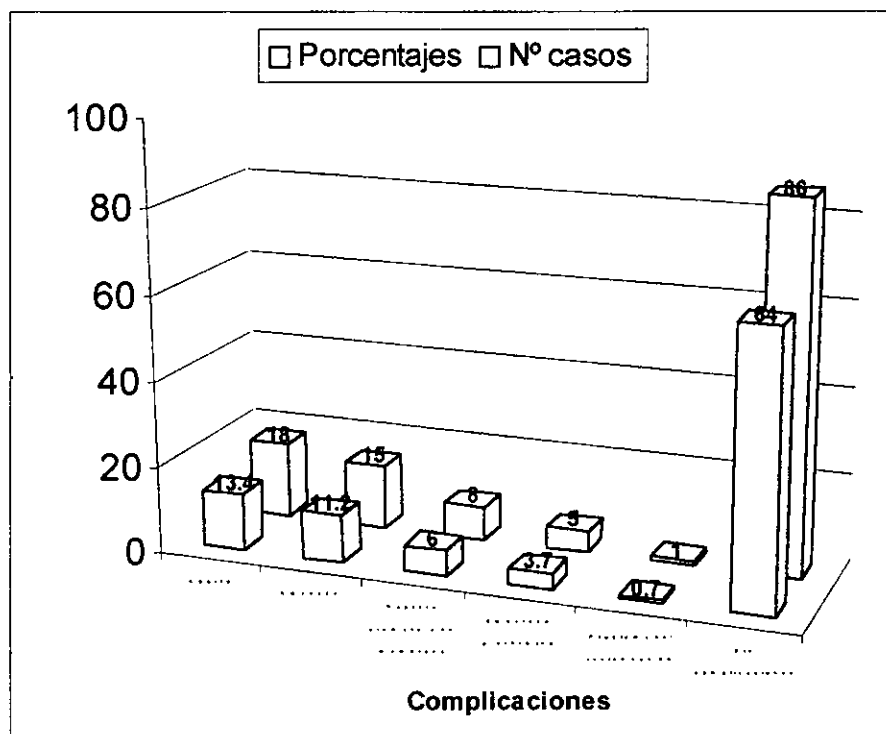


FUENTE: Expedientes de los Servicios de Consulta Externa de Ginecología y Medicina de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE-Puebla, de enero a diciembre de 1999.

GRÁFICA N° 13

MUJERES GESTANTES CON VULVOVAGINITIS DISTRIBUCIÓN SEGÚN COMPLICACIONES

Complicaciones	Nº casos	Porcentajes
Aborto	18	13.4
Amenaza	15	11.2
Ruptura prematura de membrana	8	6
Embarazo pretérmino	5	3.7
Problema del recién nacido	1	0.7
Sin complicaciones	86	64
TOTAL:	133	99



FUENTE: Expedientes de los Servicios de Consulta Externa de Ginecología y Medicina de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE-Puebla, de enero a diciembre de 1999.

VIII. DISCUSIÓN

En la bibliografía revisada en *Am J Obstet Gynecol*¹, *Journal of Clinical Microbiology*², refieren las estadísticas de EUA que hay una mayor prevalencia por la infección de *Chlamydia trachomatis*, en comparación con la literatura mexicana y por los estudios realizados a las pacientes podemos decir que el cuadro clínico de las pacientes, prevalecen los factores socioeconómicos y culturales, repercute la prevalencia de candidiasis en la mujer embarazada, tomando en cuenta que hay otros agentes causales pero son en menor porcentaje.

Por lo tanto, de los 1068 pacientes que acudieron a la Consulta Externa de Ginecología y Medicina General se pudieron captar 133 casos de vulvovaginitis en mujeres embarazadas, siendo un porcentaje alto en aquellas mujeres de 21 a 30 años correspondiendo al 49.9% y el menor de 41-45 años representando el 6.7%.

Uno de los problemas que pudieron ocurrir en este tipo de pacientes es que acuden tardíamente al control prenatal ignorando que la enfermedad puede llegar a complicaciones durante y después de la gestación. La importancia de esta patología es que aún con las medidas preventivas, como pláticas a las pacientes, incluso hablar con las parejas continúa siendo problema, las paciente aún con cultura se observa más indiferencia, se observa que los médicos de primer contacto con la paciente, no le da importancia a la vulvovaginitis, no explora cada una de ellas, y tal vez no sabe el tratamiento que se debe de dar, a veces no se tiene a una enfermera junto para que el médico explore a la paciente, la misma paciente no tiene confianza al médico, hay mucha recurrencia de vulvovaginitis en una sola paciente, no cambian hábitos, el médico familiar no hace un seguimiento de la paciente.

¹ Hillis, SD y Owen LM; "Recurrent Chlamydal infections increase the risks of hospitalization for ectopic pregnancy and pelvic inflammatory disease" en *Am J Obstet Gynecol*, 1997; 89:556-560.

² Holst, E y Rossel, GA; "Vaginosis and vaginal microorganisms in idiopathic premature Labor and Associations with Pregnancy Outcome" en *Journal of Clinical Microbiology*, 1994; 32: 176-186.

IX. CONCLUSIONES

En este estudio se concluye:

1. Que la muestra representativa estuvo constituida por 133 pacientes
2. La infección predominante, es la causada por hongos que corresponde al 67%, en comparación a otro tipo de vulvovaginitis.
3. Se encontró predominancia en las mujeres de edad comprendida entre 21 a 30 años gestantes
4. se observó que la vulvovaginitis en mujeres gestantes predominó las que se dedican a labores del hogar
5. El síntoma predominante de las mujeres gestantes con vulvovaginitis fue el prurito
6. El signo más frecuentes en un 99% de las mujeres gestantes con vulvovaginitis fue la secreción vaginal, con mal olor, de color blanco.
7. Según el mecanismo de transmisión más frecuente fue la mala higiene seguida de infección por transmisión sexual.
8. El diagnóstico fue realizado en el mayor porcentaje por la exploración clínica.
9. La edad gestacional en que predominó la vulvovaginitis fue en el segundo trimestre de embarazo.
10. El tratamiento más utilizado fue la nistatina representado por el 52.1%
11. De las mujeres gestantes con vulvovaginitis el 64% no presentó complicación por la patología, en un 13.4% la complicación fue el aborto en el primer trimestre de embarazo.

Estas infecciones son uno de los problemas de salud más frecuentes y complejos, en estudios controlados en México se ha observado que los padecimientos más frecuentes son candidiasis, vaginosis bacteriana y la tricomoniasis, lo cual coincide con los reportes internacionales al respecto. Se

sugiere para el médico de primer contacto debe investigar enfermedades concomitantes como la diabetes, regular la administración de corticosteroide o de terapia inmunodepresora así como modificar la dieta, los hábitos higiénicos y el vestido.

Es importante saber si la candidiasis fue obtenida antes del embarazo o durante el embarazo. También si la paciente está en edad reproductiva controlar adecuadamente cualquier clase de flujo transvaginal.

Orientación higiénica que debe de dar el médico familiar a su paciente.

- En ningún caso se recomienda el uso de lavados vaginales
- Procurar el baño diario con aseo genital con jabón perfumado
- No usar detergentes ni sustancias microbidas
- En infecciones residivantes siempre debe incluirse el estudio de la pareja.
La higiene personal es muy importante ante este tipo de infecciones
- Utilizar ropa de algodón no estrecha
- Evitar la humedad y el empleo rutinario de toallas sanitarias y tampones vaginales.
- Abstenerse de tener relaciones sexuales durante el tratamiento.

X. BIBLIOGRAFÍA

1. Jones HW, Bumnet W. Enfermedades Benignas de Vulva y Vagina. En: *Tratado de Ginecología de Novack*. 11th Baltimore Ed: Interamericana 1996: 507-509.
2. Gary Cunningham FC, Macdonald Paul, F. Gant N. Enfermedades de transmisión sexual. En: *Obstetricia Williams* 4th Barcelona Ed: Mossan 1996: 1277-1292.
3. Méndez I, Namihira D. Infecciones Cervicovaginales, *Infectología* 1997; 17: 459-461.
4. López O, Parra I. Tratado de la Candidiasis Vaginal. *Clinic Invest. Gin. Obst.* 1994; 2:24-32.
5. Krzeminska JE, Bodey GP. Vulvovaginitis por Candida. *Infectología* 1995; 15:262-269.
6. Rodríguez RA, Matute DC. Infecciones Cervicovaginales Nuevos Enfoques. *Infectología* 1996; 16: 47-50.
7. Sobel JD, Foro S, Force RW. Vulvovaginitis Candidiasis epidemiología, Diagnostic and therapeutic Considerations. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 178: 203-211.
8. Willard M. Vulvovaginitis Diagnóstico y Tratamiento. *Mundo Médico* 1995; 19: 45-49.
9. Arredondo GJ. Infecciones Perinatales. *Enfermedades, Infecciones y Microbiología* 1994; 14: 17-19.
10. Pliourd MD. Práctica Guía para Diagnóstico y Tratamiento Vaginitis. *Meds Intern* 1997; 02: 1-10.
11. Vikner SM, Ergin T. Tratamiento de Vaginitis. *Gynecol Obstet* 1996; 52: 43-47.

12. Mondragón CH. Alteraciones Vaginales. En: *Ginecología Básica Ilustrada*. 2th Ed. Trillas 1995: 195-207.
13. Flecher A, Fridmon L. Actividad Sexual y Parto Prematuro. *Infectología* 1995; 21:310-314.
14. David M; Hedí C. Vulvovaginitis en Adolescentes y Adultos *Laborat Center Disease Central* 1995; 21: 1-3.
15. Vivian AL. Vaginosis Bacteriana. *Infectología* 1995; 15:527-530.
16. Rivera RL, Quintero TM Prevalencia de Vaginitis y Vaganosis Bacteriana. *Ginecol Obstet Mex* 1996; 64: 26-35.
17. Tierney LA, Papakis M. Ginecología. En: *Diagnóstico Clínico y Tratamiento* 1998. 13th Minesota Ed: Manual Moderno 1997: 687-700.
18. Winton DJ, Eron IJ, Infecciones Cervicovaginales. *Infectología* 1997; 17: 459-461.
19. Ledger WE, Gardner HL. Vaginosis Vaginitis *Infectología* 1994; 15: 214-216.
20. Blanco ME Infección Intrauterina y Parto Prematuro *Infectología* 1996; 16: 530-531.
21. Decherney A, Pernoll M. Enfermedades Benignas de la Vulva y Vagina. En: *Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstetricia* 7th Ed. Manual Moderno 1997: 869-880.
22. Tidwell HB, Lushbaug W. A Double Blind Placebo-Controlled Trial of Single-Dose Intravaganl versus single dose Oral Metronidazole in the Treatment of Trichomona Vaginitis. *The Journal of Infections Diseases* 1994; 170: 242-246.
23. Steven SW, Steven RL, Polaneczky M. Detection of Chlamydia Trachomatis and Trichomonas vaginalis by polymerasa chain reaction in introital specimens from Pregnant Women. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 165-167.

24. Acosta CB, Chlamydia Trachomatis como factor de riesgo de complicaciones en el embarazo. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología* 1996; 16: 142-145.
25. Hillis SD, Owen LM, Marchbanks AP. Recurrent Chlamydia infections increase the risks of hospitalization for ectopic pregnancy and pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 89: 556-560.
26. Steven SW, Khalid MS, Gregory SN y col. Unsuspected Chlamydia Trachomatis infection and in vitro, fertilization outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176:1208-1214.
27. Numazaki K, Niida Y, Chiba S. Antigen detection of Chlamydia Trachomatis from the endocervix is not enough for screening of perinatal complications. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 951-952.
28. Castellano ME, Nacio RM, Hirata VC y col. *Enfermedades transmitidas sexualmente*. Libro 4 Ginecología PAC GO-1. 1th Ed. México 1997: 9-26.
29. Holst E, Rossel GA, Anderch B. Bacterial Vaginosis and Vaginal Microorganisms in idiopathic premature Labor and Associations with Pregnancy Outcome. *Journal of Clinical Microbiology* 1994; 32: 176-186.
30. Pellicano M, Castellano A. Vulvovaginitis ad reproduction. *Clin Exp. Obstet Gynecol* 1995; 22: 51-65.
31. Newton E, Piper J. Bacterial Vaginosis and Intraamniotic Infection. *Am J. Obstet Gynecol* 1996; 176: 672-677.
32. Thorsen P, Jeune B, Inye PJ y col. Few Microorganisms associated with bacterial Vaginosis constitute the pathologic core. A Population –based Microbiologic study among 3596 pregnant women. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 178: 580-587.
33. Mc Donald H. Bacterial Vaginosis in pregnancy and Efficacy of Short- Course oral Metronidazole Treatment. *Obstet Gynecol* 1994, 84: 343-348.
34. Majeroni AB. Bacterial Vaginosis An Update. *American Family Physician* 1998; 57: 1281-1285.