

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
"GABRIEL MANCERA"

IMSS

24

MICROORGANISMO PATOGENO MAS COMUN AISLADO
EN PACIENTES CON CERVICOVAGINITIS EN
DERECHOHABIENTES ADSCRITAS A LA UMF No. 28

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DR. FRANCISCO JAVIER CAMPOS SANCHEZ

290277

ASESOR DE TESIS: DR. JULIO ALBERTO SPINDOLA RUIZ

MEXICO, D.F.

2001



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.

**MICROORGANISMO PATÓGENO MAS COMUN AISLADO
EN PACIENTES CON CERVICOVAGINITIS EN
DERECHOHABIENTES ADSCRITAS A LA UMF No 28**

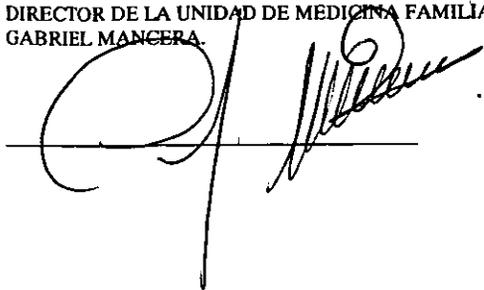
**INVESTIGADOR RESPONSABLE: DR FCO JAVIER
CAMPOS SÁNCHEZ.**

**DIRECCIÓN: AUGUSTO RODIN No 420 DEPTO.503
INSURGENTES MIXCOAC.MÉXICO DF.**

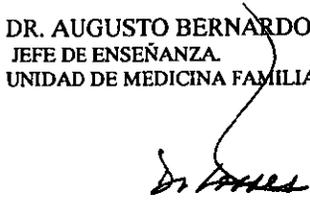
**ASESOR: DR JULIO ALBERTO SPINDOLA RUIZ.
MEDICO FAMILIAR UMF 28.**

AUTORIZACIONES

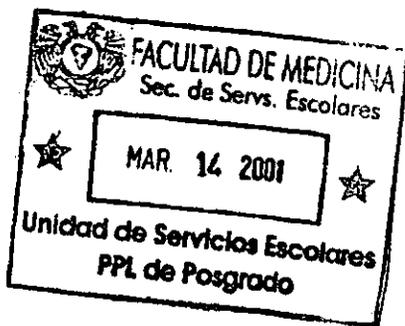
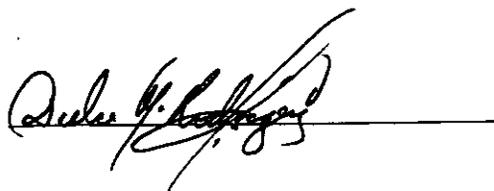
DR JOSE ANTONIO RODRÍGUEZ COVARRUBIAS
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.28
GABRIEL MANCERA.



DR. AUGUSTO BERNARDO TORRES SALAZAR
JEFE DE ENSEÑANZA.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28

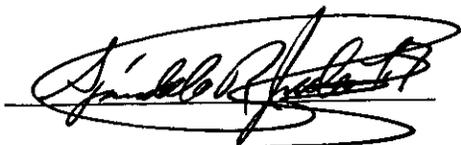


DRA. DULCE MARIA RODRÍGUEZ VIVAS
COORDINADOR ADJUNTO DEL CURSO DE
ESPECIALIDAD UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No28.

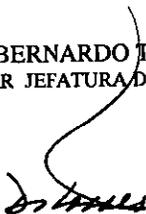


ASESORES

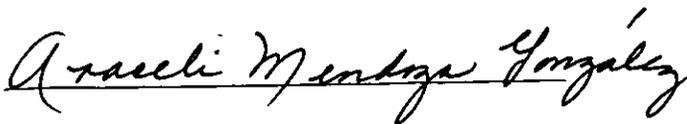
DR. JULIO ALBERTO SPINDOLA RUIZ.
MEDICO FAMILIAR. UMF 28
ASESOR.



DR. AUGUSTO BERNARDO TORRES SALAZAR.
MEDICO FAMILIAR JEFATURA DE ENSEÑANZA UMF 28.
CO-ASESOR.



BIOLOGA. ARACELI MENDOZA GONZALES.
LABORATORIO DE ANÁLISIS CLINICOS UMF 28.
CO-ASESOR.



AGRADECIMIENTOS:

DR. MOISÉS OCAMPO TORRES.
MAESTRIA EN CIENCIAS. COLEGIO DE LA FRONTERA SUR .CHIAPAS.
ORIENTACIÓN Y APOYO ESTADÍSTICO.

DRA. ROSA CARMINA DIAZ MORFIN.
RESIDENTE MEDICINA FAMILIAR TERCER AÑO.
CAPTURA DE DATOS.

DEDICATORIAS

Con todo mi amor y agradecimiento a :

MI HIJA.

MI ESPOSA.

MIS PADRES.

MIS HERMANOS.

INDICE

1.-AUTORIZACIONES.	
2.-ASESORES.	
3.-AGRADECIMIENTOS	
4.-DEDICATORIAS.	
5.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
6.-ANTECEDENTES	2
7.-JUSTIFICACION	8
8.-OBJETIVOS	10
9.-HIPOTESIS	11
10.-DISEÑO DE ESTUDIO, POBLACIÓN O UNIVERSO DE TRABAJO	12
11.-CRITERIOS DE SELECCIÓN	13
12.-DESCRIPCION DE VARIABLES	14
13.-DESCRIPCION OPERATIVA DE LAS VARIABLES	15
14.-MATERIAL Y METODOS	17
15.-TAMAÑO DE MUESTRA	18
16.-ANALISIS ESTADÍSTICO	19
17.-RESULTADOS	20
18.-DISCUSIONES	27
19.-CONCLUSIONES	28
20.-BIBLIOGRAFIA	29

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA :

¿Es la *Candida* sp el microorganismo más común aislado en pacientes con cervicovaginitis en derechohabientes adscritas a la UMF28?

ANTECEDENTES:

Las infecciones de la vagina pueden ser extremadamente problemáticas y causar innumerables molestias, complicaciones menores como un flujo asintomático, o la presencia de parto pretermino, productos de bajo peso, sangrado en el primer trimestre del embarazo, corioamnioitis, endometritis, enfermedad pélvica inflamatoria, infecciones del tracto urinario, celulitis en cicatriz quirúrgica y displasia cervical.

Se ha observado que los sangrados en el primer trimestre del embarazo se incrementan en pacientes con diagnóstico de vaginosis, bacteriana, *T.vaginalis*, *C.trachomatis* y las combinaciones de estas infecciones genitales. También se observó que un diagnóstico a tiempo y un tratamiento adecuado puede evitar las complicaciones obstétricas y ginecológicas. (2,4).

Las enfermedades no malignas de vagina y cérvix constituyen problemas clínicos frecuentes, los síntomas de la vaginitis son las manifestaciones más frecuentes que las pacientes comunican a sus médicos, el flujo vaginal es una de las causas más comunes por las que consultan a médicos en la práctica privada en los E.U. (15,17).

La leucorrea es un signo clínico que presenta uno de los motivos más comunes de la consulta ginecológica, en sí misma no constituye una enfermedad sin embargo su presencia puede ser debida a la expresión de cambios endocrinos, inflamatorios infecciosos o la mezcla de los tres. En la mujer sana el flujo vaginal está constituido por agua, células epiteliales, electrolitos, proteínas, carbohidratos, ácidos grasos orgánicos y microorganismos. Este trasudado proviene de secreciones de la vulva a partir de glándulas sebáceas de Bartholin, de Skene, de la pared de la vagina, cérvix, cavidad endometrial y trompas de Falopio.

La flora bacteriana normal puede modificarse, diversos factores como la edad, costumbres sexuales, hábitos higiénicos y tipo de ropa, lesiones y alteraciones en la estructura del aparato genital debido al uso de antisépticos e irrigaciones vaginales, uso de toallas sanitarias, tampones, consumo de anticonceptivos hormonales o de barrera y por la administración de antibióticos sistémicos o locales, los cambios hormonales metabólicos y en la respuesta inmune que se produce en la mujer embarazada modifican la flora microbiana cervicovaginal y la convierten en huésped más vulnerable para la adquisición de algunas infecciones a ese nivel, durante el embarazo, empleo de los hormonales orales y diabetes mellitus se ha asociado mucho la candidiasis vaginal.

En un estudio realizado en la clínica de Enfermedades de Transmisión sexual del Instituto Nacional de Perinatología reportan que la asistencia de pacientes con diagnóstico de cervicovaginitis correspondió a un 22.5% del total de consulta otorgada en el 84, observando un incremento importante de esta patología. (8,9).

Las vulvovaginitis son trastornos frecuentes en las mujeres e incluyen una variedad de problemas desde enfermedades infecciosas (p.ej.), vaginosis bacteriana, vaginitis por candida, trichomonas, clamidia trachomatis, problemas que se relacionan con la etapa de la vida como vaginitis prepuberal, vaginitis atróficas de posmenopáusicas y distrofias vulvares. (14,15).

En cuanto a la etiología de la infección cervicovaginal en pacientes embarazadas y no embarazadas se realizó un estudio en 1989 prospectivo en ambos tipos de pacientes, derivadas de la consulta externa del Instituto Nacional de Perinatología, se investigo la presencia de siete microorganismos específicos *Cándida sp*, *Gardnerella vaginales*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Streptococcus del grupo B*, *Ureaplasma urealyticum*, *Trichomonas vaginales* y *Chlamidia trachomatis* los microorganismos aislados con mayor frecuencia fueron *Cándida sp* (31.6%), *Garnerella vaginalis* (27.7%), *Ureaplasma urealyticum* (15.8%), *Chlamidia trachomatis* (9%). En el 99 en el --hospital Manuel Gea González de SSA. E donde se realizó un estudio para probar la eficacia de una asociación de medicamentos ,se hicieron exudados cervicovaginales y aislaron microorganismos con una incidencia similar al estudio de 1989 INP mencionado anteriormente -, reportando en primer lugar la presencia de Vaginitis mixta. En segundo lugar vaginosis por *gardnerella*, en tercer lugar *Candidiasis* y *Mobiluncus*. en cuarto lugar *Tricomoniasis*, *Estreptococo sp*, *Estafilococo sp*. *E. coli*. (8,10,22).

La importancia de conocer la flora bacteriana con la que nuestros pacientes están cursando generalmente, nos ayuda anticiparnos a los problemas a los que nos enfrentamos en este caso al revisar a una paciente que presenta sintomatología cervicovaginal, antes de tener los resultados por el exudado, ya podemos sospechar sobre que microorganismos pudieran estar ocasionando el problema, y que si por algún motivo no contamos con el estudio, adecuado basarnos en la clínica y los estudios reportados anteriormente, de esta forma nosotros los médicos de primer nivel de atención podríamos ofrecer mejor manejo al paciente cuando se presenta a la consulta.

Mobiluncus sp, es uno de los microorganismos descritos asociados a la presencia de vulvovaginitis inespecífica y se ha detectado la presencia de *mobiluncus sp* en canal cervical, al conocer este dato nos hace pensar que al enfrentarnos a una cervicitis recurrente no sólo debemos de sospechar en *chlamidia trachomatis* como organismo único en este sitio anatómico,. En 1992 en un estudio realizado en Cuernavaca Morelos, se aislaron en cervix y vagina *C.Trachomatis* en primer lugar, *T.vaginalis* en segundo lugar y *C.albicans* en tercer lugar. (10,14).

En muchas publicaciones mencionan la presencia de una gran diversidad de flora sin embargo, la mayoría de los investigadores consideran al lactobacilo de Doderlein como el microorganismo normal predominante, en vagina, y se agregan a este, *Streptococcus hemolíticos alfa y beta*, *streptococcus faecalis*, microorganismos de clasificación anaerobia como *Bacteroides*, *Peptostreptococcus*, *veionella*, además a los anteriores se menciona a *Klebsiella*, *Escherichia coli*, *Mycobacterium smegmatis*. (12,22).

Los flujos mucoides claros con algunos leucocitos, células epiteliales y un pH menor de 4.5 se consideran normales, en general las características de la diferenciación de las secreciones vaginales, se debe valorar lo siguiente: el aspecto normal de una secreción es flocosa, no se acumula en el introito o la horquilla posterior, una secreción anormal se manifiesta de la siguiente forma, es homogénea simulando que se vertió una taza de leche en la cúpula vaginal, el pH normal de la vagina es de 3.5 a 4.5, el olor de la secreción no debe ser, ni oler a pescado, los lactó bacilos superan en número a otras bacterias y en caso de-

sucedan lo contrario, la flora normal es anormal, el contenido celular de la secreción normalmente en las células epiteliales planas son más numerosas que los leucocitos, una relación invertida sugiere vaginitis por trichomonas, gonorrea, chlamidia tracomatis u otras enfermedades de transmisión sexual endocervicales. Las células clave son de tipo epitelial, con un borde mal definido por la presencia de bacterias. Las células epiteliales "sucias", tienen bacterias encima no en el borde, es posible que identifiquen otros microorganismos patógenos vaginales como tricomonas, mobiluncus sp e hifas de levaduras. (12,22,15).

Las infecciones e infestaciones más frecuentes en nuestro medio son: Trichomoniasis, es la enfermedad que se adquiere con más frecuencia por contacto sexual, el agente causal es un protozoo móvil denominado Trichomona vaginalis, aunque sólo afecta el aparato genital y no se conoce infestación aparente diseminada se sabe que la cervicitis crónica por trichomona puede causar atipias celulares, dificultando la interpretación citológica se ha informado que un 40% de los esposos de mujeres infectadas con tricomonas son portadores de este germen en la uretral sin saberse en realidad si su presencia es secundaria a un coito con una mujer infectada o a la inversa, su frecuencia es mayor en la mujer adulta y embarazada, menos en la climatérica, los síntomas principales son leucorrea, dolor vaginal, ardor y a menudo prurito, la leucorrea es generalmente espumosa amarillo grisácea, fétida y con un pH alcalino, el dolor y el ardor vaginal son producidos por la irritación de la secreción existe ocasionalmente dispareunia muy acentuada, haciendo prácticamente imposible el coito, a la exploración encontramos escoriación, vulvar marcada, hiperemia, edema, papilas agrandadas con puntos hemorrágico (manchas como fresas), en vagina y cérvix, la sintomatología puede acentuarse inmediatamente antes y después de la menstruación cuando el pH es aún más alcalino, hay casos reportados en que la trichomona está presente sin causar sintomatología, el diagnóstico definitivo se hace por la observación directa del parásito al microscopio en caso de ser negativo mediante el cultivo, es importante realizar el diagnóstico diferencial con las demás afecciones que producen leucorrea y con el carcinoma epidermoide por los cambios que ocurren en la citología vaginal, en un análisis comparativo de los métodos previos se obtuvieron los siguientes resultados de certeza diagnóstica, examen clínico 27%, gota en fresco 65%, frotis con diluentes trichomoniasicos 69%, naranja de acridina 57% y cultivo 100% por se concluye que en los casos en que los otros métodos son negativos el cultivo, a pesar de resultar caro y tedioso es indispensable para un diagnóstico correcto, la deficiencia estrogénica traumas e irritantes causan alcalinidad vaginal y esto favorece a la trichomona. (2,16).

Candidiasis(moniliasis). Provocada por un hongo del grupo de las levaduras, la candida albicans, se encuentra normalmente en la piel y el intestino desde donde infecta a la vagina, es más frecuente en diabéticas, en pacientes con mal estado general, aquellas tratadas con antibióticos de amplio espectro y anticonceptivos orales, se menciona que estos últimos alteran el metabolismo de la glucosa, facilitando la vaginitis moniliasica, parece ser que uno de los mecanismos de transmisión es el contacto sexual, ya que la frecuencia más elevada del padecimiento se relaciona con los años de mayor actividad sexual entre los 16 y los 30 años de edad, además se ha encontrado candida en cultivos de uretra en cónyuges de mujeres infectadas, en otros caso se observa balanitis. También se dice que la infestación por candida se origina cuando se altera el equilibrio biológico de la vagina como sucede en el embarazo, en la diabetes

mellitus, cuando utilizan antimicrobianos de amplio espectro, anticonceptivos hormonales, corticoesteroides e inmunosupresores.

Evolución y diagnóstico: se presenta generalmente aguda y crónica, involucrando la vulva, vagina y región perianal se manifiesta con secreción blanca con aspecto de leche cortada, generalmente se acompaña de prurito permanente, hay maceración moderada y cuando se desprende la secreción adherida a la mucosa se acompaña la mayoría de las veces de sangrado en capa, la vagina y el cervix presentan una coloración rosa o roja con presencia de manchas blancas ocasionalmente existe un olor avinagrado y el pH es alcalino, o bien se mantiene ácido. Aunque la sintomatología descrita debe sugerir el diagnóstico, este se debe confirmar mediante examen microscópico de los hongos, tinción de Gram. y el diagnóstico definitivo es proporcionado por el cultivo en medio saborau o de Nickerson,

Jack D. Sobel hacen una mención en una revisión bibliográfica que mencionan acerca de que el 80-90% de los episodios de vulvovaginitis son originados por candida, también han descrito la incorporación de una especie más de candida que es la glabrata, y que ambas especies pueden presentar casos de infecciones vaginales recurrentes. en un estudio prospectivo realizado en el Instituto Nacional de Pediatría en 1997 se agruparon 96 pacientes con diagnóstico cervicovaginal de las cuales 22 de 96 (22.9%) tuvieron candidiasis vaginal, y se verifico la utilidad del examen en fresco con una sensibilidad de el 100%, por lo tanto aplicado a la población mexicana es una nueva expectativa que podríamos llevar a cabo, para el diagnóstico de candidiasis, siendo esta una prueba confiable. (5,7,9).

INFECCIONES VULVOVAGINALES INESPECIFICAS:

Se denomina así a la vulvovaginitis que no es causada por haemophilus, candida (monilias), trichomona, o gérmenes etiológicos de padecimientos venéreos, en nuestro medio esta clase de infecciones es causada por enterobacterias (escherichia coli, klebsiella, Proteus, etc). Pseudomona, floribacteriana coccoide, etc. El síntoma principal es la leucorrea que puede estar acompañada de prurito vulvar o vaginal, ardor- vulvovaginal, dispareunia, disuria, polaquiuria, en realidad síntomas comunes de cualquier tipo de infecciones por lo que es obvio que para realizar un diagnóstico es necesario efectuar un cultivo del exudado cervicovaginal con antibiograma. (16)..

VAGINITIS POR HAEMOPHILUS VAGINALIS.

Provocado por gérmenes patógenos cuyo hábitat normal no es la vaginales un bacilo pequeño, pleomorfo no móvil que se tiñe en forma variable con tinción de Gram., aunque su virulencia es baja causa de vaginitis, se ha aislado en uretra masculina, por lo que se supone que el contagio puede ser por contacto sexual, la sintomatología se caracteriza por leucorrea escasa, menos irritante, en ocasiones se presenta ardor y prurito y muy raramente provoca dispareunia, a la exploración encontramos exudado blanco grisáceo, adherente, a la pared vaginal, el enrojecimiento y la vulvitis son leves, el olor es menos fétido que en la trichomona cursando con un pH vaginal de 5 a 5.5, generalmente se ha

observado asociado al hipoestrogenismo, por lo que en el embarazo y el hiperestrogenismo protege algo contra la infección, el diagnóstico se confirma por el examen en fresco, por el frotis teñido con el método de Gram. y el cultivo en medio de "agar chocolate" (16).

VAGINOSIS BACTERIANA: Denominada anteriormente por *Gardnerella*, se desconoce la etiología precisa de la infección, la característica de estas pacientes que tienen concentraciones mucho mayores de anaerobios por mililitro de líquido vaginal que las normales, en forma reciente se relacionó un nuevo anaerobio *Mobiluncus* sp con la enfermedad, *Gardnerella vaginalis* se consideraba antes el agente etiológico de la enfermedad de ahí el nombre anterior de vaginitis por *Gardnerella*, pero en esta enfermedad no suele caracterizarse por una respuesta inflamatoria con el aumento de leucocitos, por ello el nombre de vaginosis en lugar de vaginitis. La incidencia se relaciona más con mujeres de edad reproductiva, los síntomas son, la mayor parte de las pacientes sintomáticas manifiestan un olor a pescado o fétido y pueden tener mayor cantidad de flujo, puede haber secreción homogénea en el introito, al igual que en las paredes vaginales, fácil de retirar de las paredes vaginales, como si hubieran vertido un recipiente con leche dentro de la vagina, cursa con un pH mayor de 4.5, el diagnóstico se realiza por microscopio, las células epiteliales por lo general superan en número a los leucocitos en la preparación en fresco, y las bacterias del fondo superan en número a los lactó bacilos que en forma normal están presentes, además en casi la mitad de las pacientes se observa un bacilo bacteriano curvo muy móvil (*Mobiluncus*), las células clave son prominentes en esta enfermedad, pero no todas las células epiteliales tienen que ser de este tipo para hacer el diagnóstico, el cultivo vaginal puede aislar de un 40 a un 60% en mujeres normales por lo que no es muy recomendable. Otra de las pruebas para diagnosticar la vaginosis bacteriana es el contraste de Gram., que es un método objetivo y reproducible, con una sensibilidad de 62 a 100% y con un valor predictivo de 76 a 100%, el contraste de Gram. sobre el fluido vaginal, se ha utilizado desde 1965, aunque la relación entre el contraste y el diagnóstico clínico se ha establecido recientemente, en un artículo de estudio ultra estructural que revisan vaginosis bacteriana relación de la flora vaginal con células epiteliales de vagina, con diferente tratamiento comentan la clasificación hecha por Mazzulli y cols en 1990 y Nugent y col en 1991 reportaron que los tres morfotipos bacterianos con mayor grado de reproductibilidad son los lactó bacilos (bacilos Gram. positivos), *Gardnerella* y bacteroides (pequeños bacilos Gram. negativos a Gram. variable) y *Mobiluncus* (bacilos curvos gram negativos a Gram. variables) ..Estos tres morfotipos bacterianos se utilizaron para desarrollar un sistema de diagnóstico para la vaginosis bacteriana (actualmente conocida también como vaginosis poli microbiana), que va de 0 a 10 puntos, este procedimiento estandarizado tiene una excelente correlación con los signos clínicos y los resultados del cultivo vaginal, en este procedimiento se categorizar la flora vaginal como: a) normal cuando predominan los lactó bacilos . b) intermedia al encontrarse una mezcla de la flora vaginal y c) vaginosis bacteriana con la pérdida de lactó bacilos. (11, 12),

En una revisión de reporte de casos realizada el 20 de abril de 1994

En EU, Dr. Robert J. y cols. Refieren 10 casos reportados con diagnóstico de amibiasis genital posterior a un viaje o residencia temporal en la ciudad de México, en donde este microorganismo es endémico, los pacientes presentaban una vulvovaginitis severa ulcerativa, necrotizante afectando cérvix en un 70% de los casos, con el antecedente de haber contraído previamente una amebiasis intestinal durante su viaje, (6)..

JUSTIFICACION:

Las infecciones de cérvix y vagina causan innumerables complicaciones si estas no se detectan a tiempo y se instala un tratamiento en base al diagnóstico establecido previamente, dentro de las complicaciones más severas se menciona parto pretermino, ruptura prematura de membranas, corioamnioitis, endometritis, se incrementa el riesgo de infecciones post operatorias, displasia ,(1,2).

Otro de los problemas que una cervicovaginitis puede causar es el sangrado en el primer trimestre del embarazo Janice I. Y cols. En 1999 reportaron que las infecciones del tracto genital femenino incrementan en el primer trimestre del embarazo el sangrado trasvaginal, seguido por el parto pretermino, incrementando así la morbi-mortalidad neonatal, y un aumento excesivo de gastos en salud . (4).

El flujo vaginal es una de las causas más comunes por las que consultan a médicos, por lo tanto el diagnóstico en el consultorio debe ser certero bien enfocado basándose en la sintomatología y signología encontrados en la exploración física y el interrogatorio del paciente, para posteriormente comprobar el diagnóstico emitido con el laboratorio, para llevar a cabo esto debemos de conocer las manifestaciones clínicas de la patología y los microorganismos más comúnmente presentes en nuestra población (5,8,9,20)..

Es importante mencionar que nosotros los médicos del primer nivel de atención nos enfrentamos a una población femenina de edades variables, estratos socioeconómicos diversos, niveles de escolaridad múltiples, por lo tanto debemos conocer que no todos los problemas de cervicovaginitis se originan después de un contacto sexual, con una persona infectada, si no que también se producen por cambios hormonales como en las embarazadas, en las menopausicas, y después de la utilización de antibióticos quizás mal indicados ,los cuales alteran la flora vaginal normal, que ayuda a combatir a las infecciones cervicovaginales como los lacto bacilos . (5,8,11,17).

En los últimos años las enfermedades transmitidas sexualmente se han expandido las infecciones genitales, durante el embarazo se debe tener una vigilancia estrecha y prioridad al rubro de mujeres embarazadas y más en países en desarrollo como el nuestro en un estudio de la ciudad de México en el INPER mencionan que un 48% de pacientes gestantes con infección genital se presentaron a la consulta en el tercer trimestre, con un promedio de sintomatología de durante 8.4 meses, y sólo un 6.8% de pacientes gestantes se presentaron en el primer trimestre. lo que significa una mínima parte, se debe realizar una educación más insistente de los riesgos que pueden correr al no-acudir a consulta externa con su Medico Familiar el cuidado del embarazo implica inicialmente conocer la morbi-mortalidad del feto, recién nacido y de la madre, identificando los factores de riesgo, como son las infecciones del trato genital en las cuales se puede tener una intervención oportuna realizando una real medicina preventiva. (19).

Por lo tanto es indispensable conocer el problema de infecciones vaginales en las diferentes etapas de la vida por las que pasa la mujer, conociendo los riesgos catastróficos que esta patología representa como los mencionados anteriormente que van desde un flujo vaginal asintomático hasta la mortalidad del producto gestante o una displasia del aparato genital, las cuales con un diagnóstico certero y un tratamiento oportuno se pueden evitar.

OBJETIVO GENERAL.

OBJETIVO GENERAL: Conocer el microorganismo patógeno, más común en pacientes con diagnóstico de cervicovaginitis, aislado en el laboratorio de la UMF No 28, pacientes adscritas a esta unidad.

Detectar si hay relación con la edad, gestas, anticoncepción, y el tratamiento utilizado previo al estudio.

HIPÓTESIS

La *Cándida* sp (31.6%) es el microorganismo más común aislado en pacientes con cervicovaginitis en derechohabientes adscritas a la UMF 28.

DISEÑO DE ESTUDIO

Estudio: Observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo.

POBLACION O UNIVERSO

Se incluirán a las pacientes con el Dx de cervicovaginitis, captadas en el laboratorio de la unidad, dentro del periodo Enero—Mayo 2000, Exceptuando aquellas pacientes con sospecha de Chlamydia T. Ya que esta detección se realiza en hospitales de segundo y tercer nivel.

Derechohabientes femeninas adscritas a la UMF 28 con cervicovaginitis a las que se les solicitó exudado y cultivo vaginal.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Derechohabientes femeninas adscritas a la UMF 28 con cervicovaginitis que acudan a realización de exudados vaginales, con tratamiento o sin tratamiento previo.

Pacientes en edad fértil con vida sexual activa..

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN :

Pacientes femeninos que acudan con diagnóstico diferente al de Cervicovaginitis, con vida sexual activa.

Pacientes femeninos menores de 18 años de edad, nubil.

DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

VARIABLES DEPENDIENTES: Microorganismo más común aislado.

VARIABLES INDEPENDIENTES: Edad de las pacientes, gestas, método anticonceptivo utilizado, tratamiento previo.

DESCRIPCIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE : Microorganismo más frecuente

DEFINICION CONCEPTUAL: El microorganismo que se aisló más frecuentemente en pacientes con diagnóstico de cervicovaginitis .

DEFINICION OPERATIVA : La captación de la información se realizara a través del resultado del cultivo vaginal y de esta manera ordenarlos por frecuencia.

Escalas de medición : Ordinal.

VARIABLE INDEPENDIENTE :

EDAD.

DEFINICION CONCEPTUAL . : Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento

DEFINICION OPERATIVA : Años transcurridos desde el nacimiento.

ESCALA DE MEDICION : Escala de razón u ordinal.

GESTAS.

DEFINICION CONCEPTUAL : Numero de veces en que tuvo acción un embarazo.

DEFINICION OPERATIVA : Se clasificaran por grupos 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9,10.

ESCALA DE MEDICION : Escala de razón u ordinal

METODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO.

DEFINICION CONCEPTUAL: Dícese de los métodos y productos que pueden impedir la fecundación de manera temporal y reversible.

DEFINICION OPERACIONAL: Anticonceptivos utilizados:

- DIU.
- HORMONALES ORALES.
- HORMONALES INYECTABLES.
- SALPINGOCLASIA.
- PRESERVATIVO
- GEL
- NINGUNO

ESCALA DE MEDICION: Categórica ordinal.

TRATAMIENTO PREVIO.

DEFINICION CONCEPTUAL: Conjunto de prescripciones que el médico ordena que siga el enfermo para su mejoría y curación.

DEFINICION OPERACIONAL: Se captará a través de la forma de muestreo.

ESCALA DE MEDICION: Categórica nominal.

MATERIAL Y METODOS

UBICACIÓN : UMF 28. "GABRIEL MANCERA" área de laboratorio.

Se captaron 204 pacientes, del sexo femenino que fueron enviadas al laboratorio de la unidad para exudado y cultivo cervicovaginal, con dx de cervicovaginitis, en el periodo comprendido de Enero a Mayo 2000.

TAMAÑO DE MUESTRA :

Se calculó con fórmula para proporciones de universo (N) de 204, en el programa de EPIDAT 2.0 de la OPS, una proporción en la población (P) de 0.45% y una precisión (d) 0.5%, con un tamaño de muestra de 204 pacientes.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó un programa de cómputo para la realización de método estadístico.

Se contractaron resultados de contraste χ^2 , la información se analizó y se capturó mediante el programa SPSS versión 8.

RESULTADOS

En este trabajo se aisló al germen patógeno más común, que participa en las pacientes de la UMF 28, diagnosticadas como cervicovaginitis, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

En la grafica No 1, se muestra el rango de edad, el cual la mayoría de las paciente se encontró entre 20y más de 35, predominando el último rango de edad, probablemente se debe a la población que maneja la unidad en este rubro no hay relación entre germen patógeno o no ocasional.

En la grafica No. 2 se analiza la distribución de numero de embarazos resultando con mayor incidencia pacientes con uno y dos embarazos sin relación significativa en este estudio para los fines planteados, tomando en cuenta que la población es de un medio socioeconómico medio-alto, con escolaridad promedio de técnico-profesional, por lo cual el índice de embarazos no es alto.

En la grafica No 3 se revisa el numero de pacientes que utilizaron o no método anticonceptivo, resultando un 62% sin método y en un 38% con método, esto se relaciona probablemente con la edad promedio de las participantes, pero no hay relación importante en la participación del germen patógeno.

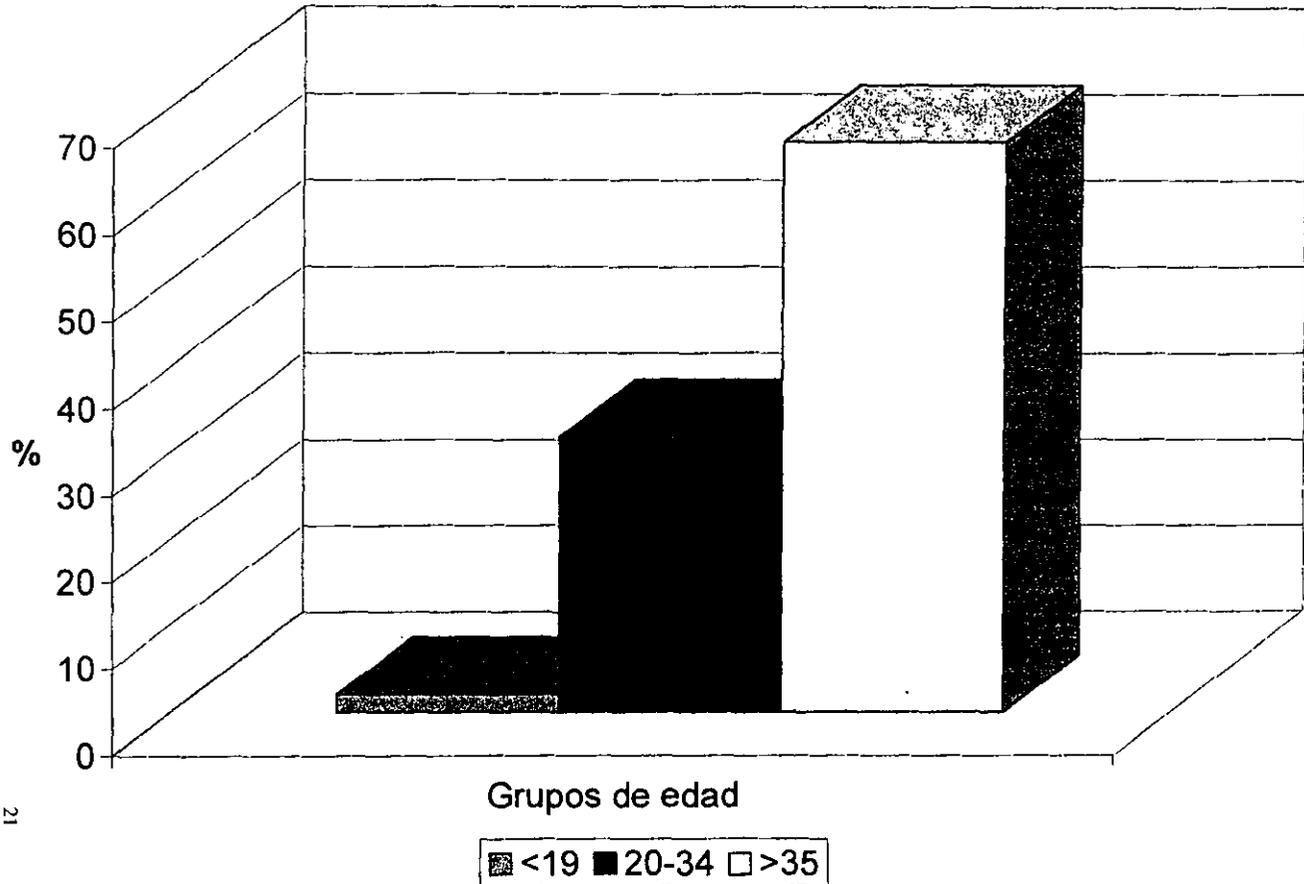
En la grafica No 4 estudiaremos el tipo de anticonceptivo más utilizado, la resultante fue salpingoclasia en primer lugar, posteriormente le sigue el DIU, y en tercer lugar hormonales, por lo que no condiciona el método a cervicovaginitis.

En la grafica No 5 se interrogo sobre tratamiento previos a la toma de muestra y nos indica, que un 64% no recibió tratamiento y el 36% si, esto probablemente fue indicado empíricamente, y obviamente no fue acertado ya que la paciente continuó con la sintomatología vaginal y fue necesario el apoyo de laboratorio.

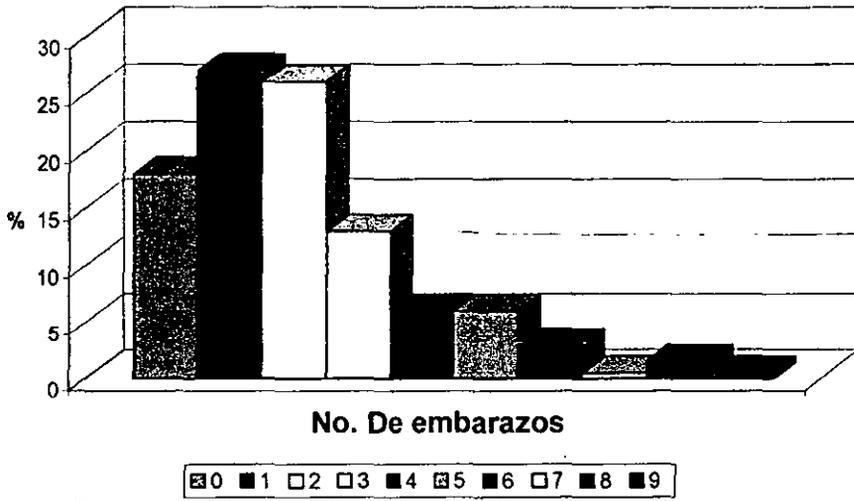
En la grafica No 6 se observa si se aislaron gérmenes patógenos o no y la ilustración nos indica que en un 59% de las pacientes estuvo la presencia de germen patógeno, el resto 41% no se aisló germen patógeno, en 204 pacientes se aplico el estudio y solo en 199 se aisló germen, en 5 pacientes no se aisló ningún tipo de germen.

El conteo final de el germen más común no fue posible graficar debido a su gran numero de gérmenes participantes, pero es importante que dentro de los primeros lugares de gérmenes en orden de incidencia se aislaron staphilococcus coagulasa negativo(primer lugar). E.coli (en segundo lugar) y Cândida albicans (tercer lugar), estos datos coincide con publicaciones anteriores tanto en el extranjero como en población nacional.

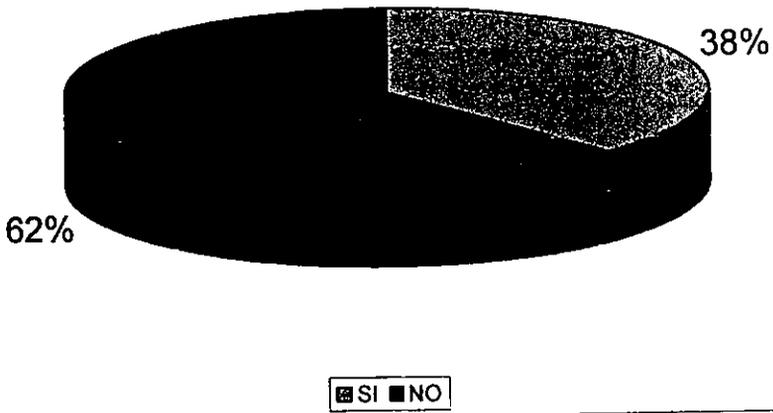
Gráfica 1.- Distribución por grupos de edad



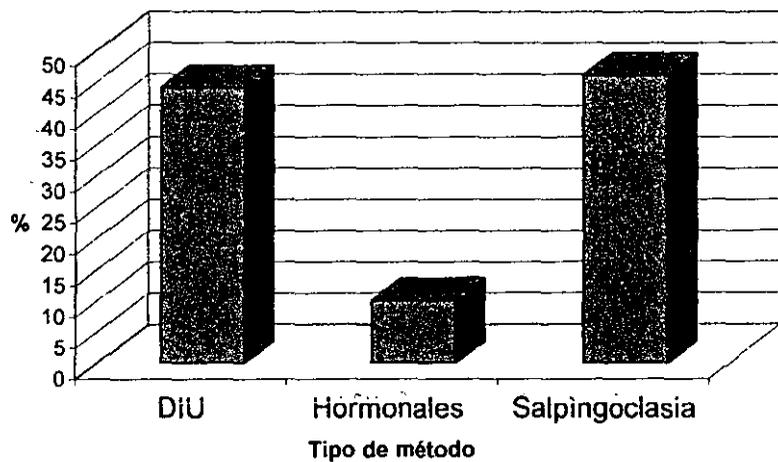
Gráfica 2.- Distribución por número de embarazos



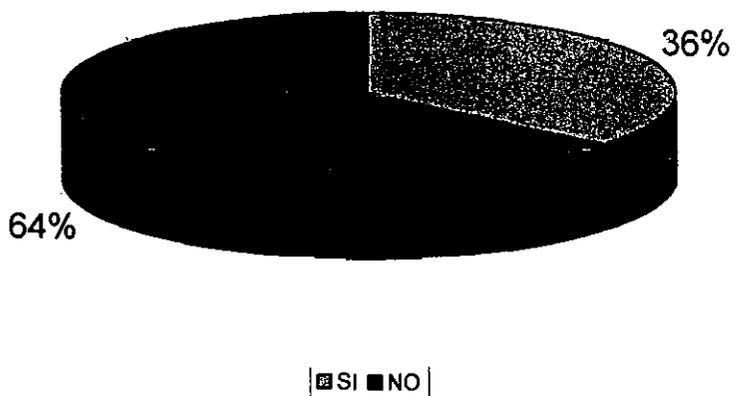
Gráfica 3.- Uso de métodos anticonceptivos



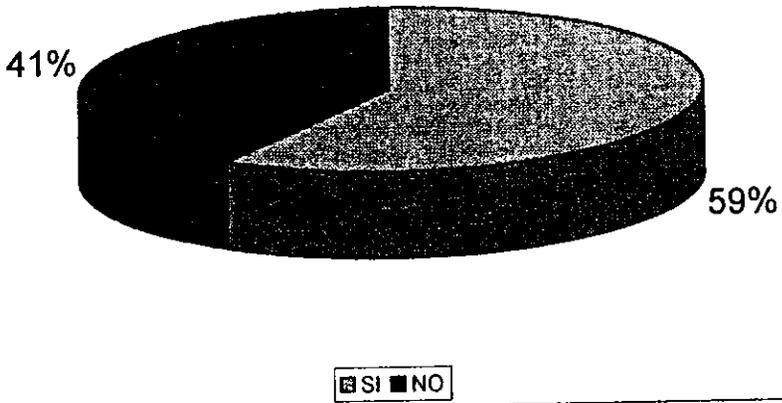
Gráfica 4.- Proporción por tipo de método usado



Gráfica 5.- Tratamiento previo



Gráfica 6.- Pacientes con germen patógeno aislado



DISCUSIÓN

El estudio realizado nos indica que es posible determinar el germen patógeno más común que ocasiona cervicovaginitis en nuestra población femenina, obviamente relacionando los datos obtenidos con la clínica, y la sintomatología de la paciente, se podría aplicar también de acuerdo a los resultados, el examen en fresco a las pacientes de cervicovaginitis, ya que reduce el costo y tiempo, como lo menciona en su estudio realizado anteriormente en el Instituto Nacional de Perinatología, por el Dr. Gerardo Casanova R y cols. En donde se realizó este estudio para diagnosticar *Cándida albicans*, con una sensibilidad del 100%, y especificidad del 94.8%. En el estudio realizado en la UMF 28 se determinó como anteriormente se menciona que la mayoría de las participantes, presentaron gérmenes patógenos aislados, y que los gérmenes principales fueron *Staphylococcus Coagulans* negativo en primer lugar, *E. coli* en segundo lugar y *Cándida albicans* en tercer lugar, esto coincide con las publicaciones previas de Dra. Ma de Lourdes E Narciso Reyes y cols. (8). Con el estudio de Dr. Gerardo Casanova Román y cols. (9). Con el trabajo de el Dr. Ricardo Figueroa Damián cols. (19). y por último con las publicaciones de Dr. José Antonio Sereno C, (20). Dr. Eduardo Gutiérrez Valverde cols. (21). y Dra. Ma Guadalupe Fabián San Miguel y cols. (22), en todos ellos se menciona la incidencia de *Cándida albicans* como germen que más comúnmente figura en sus resultados estando siempre en los tres primeros lugares de incidencia, como en nuestro estudio por ello la importancia de conocer el germen más común en nuestra población para mejorar la atención al paciente.

En los resultados de esta investigación el tratamiento previo no modifica el orden de frecuencia o aparición del germen frecuentemente aislado, en especial *Cándida albicans* sp.

Recordemos la importancia de prevenir o actuar a tiempo en estas infecciones, se podría evitar complicaciones graves como, amenazas de aborto, partos prematuros, infecciones de repetición por mal tratamiento, e incluso en el ámbito psicosocial de la mujer el cual se ve afectado en este tipo de infecciones, nosotros como médicos especialistas en Medicina Familiar estamos al frente en el primer nivel de atención y que es el primer contacto con el paciente por lo tanto nuestro deber no es únicamente curar sino también prevenir, orientar, informar por lo tanto es importante adelantarnos a la patología para una mejor prevención y que mejor que conociendo a los gérmenes que pudieran afectar a nuestros pacientes en control.

CONCLUSIONES.

Al revisar nuestros resultados obtenidos en este estudio, nos damos cuenta que el contenido concuerda con estudios nacionales e internacionales, que *Cándida albicans* aunque no se obtuvo como primer lugar de resultantes, ocupó el segundo lugar de germen patógeno más comúnmente aislado, en los estudios anteriormente realizados nos indica que este germen siempre se mantiene oscilando en los tres primeros lugares, al observar la edad de las pacientes que predomina de los 20 y más de 35 años de edad nos damos cuenta que en el primer rango es la etapa en la que más frecuente las relaciones sexuales, y en el segundo rango se debe a un papel de germen oportunista y por disminución en la producción de estrógenos, en cuanto la segunda grafica es importante que el numero más afectado con germen patógeno no utiliza ningún método anticonceptivo seria interesante diseñar algún estudio enfocado a si las personas que utilizan preservativo con sus parejas presentan este germen?. En la ilustración No 5 nos llamo la atención que un 64% de las pacientes no recibieron tratamiento sólo el 36%, pero esto se contradice en la grafica 6 en donde nos muestra que en un 41% se aislaron gérmenes patógenos, por lo tanto el 64% de las pacientes que no recibieron tratamiento medico se mantuvieron con la sintomatología cervicocaginal hasta que el laboratorio mostrara el germen, probablemente la calidad de atención no sea la adecuada, desgraciadamente este estudio no lo indica con precisión, por su diseño inicial pero seria importante realizar un estudio diseñado a la calidad de atención de las pacientes que acuden a esta unidad , lo más importante de este estudio es que nos es útil porque conociendo la flora patógena que predomina en nuestra población cautiva es posible realizar un mejor diagnóstico, por lo tanto una mejor elección de tratamiento y obviamente esto nos lleva a una consulta con calidad la cual se refleja en la salud de nuestra paciente y la prevención a tiempo de complicaciones mayores como la posibilidad de un embarazo, que este no tenga complicaciones de abortos o partos prematuros, además de mejorar la esfera psicosocial de nuestra población femenina .

BIBLIOGRAFIA

1. -John D. Davis, MD, Erin E Connor, MD, Penny Clark, PD, Edward J. Wilkiso, M and Patrick Duff, MD. Correlation between cervical cytologic results and Gram stain as diagnostic test for bacterial vaginosis. Am J Obstet Gynecol. Sep 1997, 177:3:532-35.
2. Lippincott Williams and Wilkins Inc .Current Evaluation and Management of Vulvovaginitis. Clinical Obstetrics and Gynecology 1999, 42:02:184-195.
3. Paulo Giraldo, MD Andreas Neueuer, MD, Irina L. Korneeva, MD, Ph Ayrton Ribeiro-Filho MD, Jose A Simoes, MD and Stevens S. Witkin Ph D. Am J. Obstet. Gynecol. 1999, March: 180, 03: part I : 524-29.
4. Janice I. French, CNM, Ms James A. Mcgregor, MD, CM, Deborah Draper, PhD Ruth Parker, CNM, MNS and John Mcfee, MD, MSPH. Gestational bleeding, bacterial vaginosis, and common reproductive tract infections: risk for preterm birth and benefit of treatment. vol 93, no. 5, Part 1 may 1999, :715-724.
5. Jack D Sobel, MD Reviw Article Vaginitis. The new Englan Journal of Medicine. December , 1997, 337:26, : 1896-1903.
6. Robert J. Citronberg and Jeffery D Semel. Severe Vaginal Infection with Entamoeba Histolytica in a Woman Who Recently Returned From Mexico: Case Report and Review. Clinical Infections Diseases 1995, 20:700-2.
7. AM Geiger, B Foxman, J D Sobel. Chronic Vulvovaginal candidiasis: characteristics of women with Cándida albicans, C. glabrata and no candida. genitourin Med 1995, 71:304-307.
8. Dra. ma. Lourdes E. Narcio Reyes* dr Fortino Solórzano Santos* Dr José Luis Arredondo García* DR Ernesto Calderón Jaimes* Tec I Lab. Magdalena Beltrán Zúñiga. Etiología de la infección cervicovaginal en pacientes embarazadas y no embarazadas. Ginecología y Obstetricia de México. 1989, 57:41-46.
9. Dr. Gerardo Casanova R. Dra ma. de Lourdes E. Narcio R. Dr F Javier Ortiz I. Dra. Magdalena Beltrán Z. Dr. Ernesto Castelazo M. Utilidad del examen en fresco para el diagnóstico de candidiasis vaginal. Ginecología y Obstetricia de México. 1997, 65:87-91.
10. Dr. Alberto Alvarado G (+) Dr. Salvador Gaviño A. (+). Itraconazol+Secnidazol* cápsulas Vs óvulos vaginales Acetonido de fluocinolona 0.50mg, Nistatina 100,000U y Metronidazol 500mg en el tratamiento sintomático de la vaginitis. Ginecología y Obstetricia de México. 1998, 66:173-178.
11. Biol. Ernestina Flores Rivera* Dr. Gerardo Casanova Román Tec Magdalena Beltrán, Biol. Marco A. González J. Dra. Hilda Villegas C. Vaginosis bacteriana. Relación de la flora vaginal con las células epiteliales de vagina, con diferente tratamiento. Estudio ultraestructural. Ginecología y obstetricia de México. mayo 1997, 65:182-190.
12. Dr. José Luis Arredondo, Dr Francisco Higuera, Dra. Ma. Lourdes N, Dr Gerardo Casanova, Lab Magdalena Beltrán. Nuevas alternativas en el tratamiento de la vaginosis bacteriana. Ginecología y Obstetricia de México 1994, 62:226-234.
13. DR Guillermo Diaz. B.P. Dra. Elsa Diaz L. Dr. Jorge Francisco Servín R. Frecuencia de Chlamydia trachomatis en el cervix de pacientes embarazadas en control prenatal. Ginecología y Obstetricia de México. febrero, 1997, 65:48-51 .
14. Gabriela Echániz A , Q.F.B. Ernesto Calderón J. MC. Noemi Camalia B. Biol. Aurelio Cruz V. MC. Rodolfo Gatica M. MC. Prevalencia de infección cervicovaginal por chlamidia Trachomatis En población Femenina de la ciudad de Cuernavaca Morelos. Salud Publica De México. Mayo -Junio. 1992, 34, 3:343-348.
15. Thomas G. Stovall. M.D. , Robert L. Summitt, Jr. , M.D., Charles R.B. Beckmann, M.D., M.H. P.E. Frank W. Ling IMD. Manual clínico de ginecología 2ª ed. Interamericana Mc Graw-Hill Cap. 6 pp. 116-131
16. Dr. José Saénz Gómez Urquiza Memoria del curso teórico para médicos generales, La ginecología diaria en el consultorio. Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia. Marzo, 1981: pp.53-67.

ESTA TESIS NO F
SALIR DE LA BIBLIOTECA

17. Facultad de medicina UAEM . infomed. Reporte Peróxido de Hidrógeno-producto por lactobacilos en la adquisición de infecciones vaginales *The Journal Infectious Disease* 1996,74:1058-63.
18. DR .Rafael Buitrón G. F. Dr. Francisco Gonzalo Butron L. Dr. Guillermo Oropez. R. Dr. Raúl Romero C. Estudio comparativo para evaluar la eficacia y seguridad de metronidazol y secnidazol en presentación de óvulos para el tratamiento de tricomoniasis vaginal. *Ginecología y Obstetricia, de México* noviembre 1997,65:487-491.
19. Dr. Ricardo Figueroa Damian, Dra Lourdes Narciso R. Dr. Gerardo Casanova R. Frecuencia de Enfermedades transmitidas sexualmente en pacientes en control prenatal. *Ginecología y Obstetricia de México* abril. 1994,62:93-97.
20. Dr. José A Sereno C. Dr. Carlos Ricalde B. Dr. Javier De la Cabada. Dr. Alberto Vázquez. Frecuencia de diferentes patógenos como causa de vaginitis en México. Estudio multicentrico. *Ginecología y obstetricia de México*. Mayo 1990,58:128-132.
21. Dr. Eduardo Gutiérrez V. Dra. Blanca I Conde M. Dr Javier Méndez G. Dr. Jorge Liendo Romero . Infecciones e Infestaciones Vaginales diagnosticadas por citología,. *Ginecología y obstetricia de México* DIC 1971,187:619-625.
22. ma. Guadalupe Fabián San Miguel, MC, Alejandro González Perez, MC, Alejandro Tellez, MIP. Enrique Rodríguez P. LAB. Lariza Hernandez, Lab. Tiburcio Garcia, Lab. Luis Felipe Cortes Tec Citólogo. La combinación itraconazol/secnidazol en el tratamiento de la vaginitis/vaginosis. *Medicina interna México* 1999,152)56-60.