

40 11226



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



IMSS

CONGRUENCIA CLÍNICO-DIAGNÓSTICO
TERAPÉUTICA DE LA CERVICOVAGINITIS
EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No. 80

TESIS

QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE:

Medicina Familiar

PRESENTA:

Roberto Contreras Ceballos

ASESOR DE TESIS:

M. EN C. OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ

Morelia, Mich.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Mayo 2002



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.

DEDICATORIA

A MI ESPOSA

VIDELIA LARA SALDAÑA

A MIS HIJOS

LUIS FERNANDO CONTRERAS LARA
AXEL ROBERTO CONTRERAS LARA

AGRADECIMIENTOS

A LOS PROFESORES POR SUS ENSEÑANZAS OTORGADAS PARA MI FORMACIÓN COMO MÉDICO FAMILIAR.

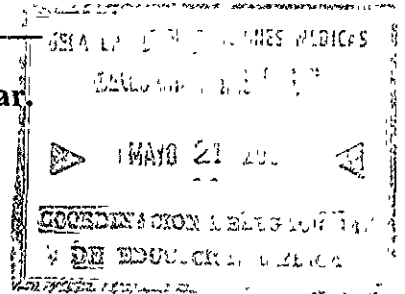
A LA DRA OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ ASESORA DE LA TESIS POR EL TIEMPO QUE COMPARTIO, SU APOYO INCONDICIONAL Y SU PERSEVERANCIA EN LA SUPERACION ACADÉMICA, LO QUE HIZO POSIBLE LA REALIZACIÓN DE ESTE PROYECTO DE TESIS.

AL PERSONAL DE ESTA GRAN INSTITUCIÓN QUE ES EL SEGURO SOCIAL, POR LA DISPONIBILIDAD QUE TUVIERON PARA QUE YO LLEVARA A CABO LA ELABORACIÓN DE MI TESIS.

**CONGRUENCIA CLINICO-DIAGNOSTICO-TERAPEUTICA DE LA CERVICOVAGINITIS
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.80**

**Jurado evaluador de la Tesis que para obtener la Especialidad en Medicina Familiar
sustentó el C. Roberto Contreras Ceballos, el día 15 de mayo del 2001.**


DRA. MA. DEL REFUGIO VALENCIA ORTIZ.
Profra. Titular de la Residencia en Medicina Familiar.



DR. VALENTÍN ROA SANCHEZ
Profr. Adjunto de la Residencia en Medicina Familiar.


DR. JAVIER RUÍZ GARCÍA.
Coord. Médico de Educación e Investigación de la UMF N° 80


M. en C. CLETO ÁLVAREZ AGUILAR.


DRA. MARÍA DEL SOCORRO URIBE DÍAZ.

**SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.**


M. en C. OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ.
Asesora de la Tesis.

CONGRUENCIA CLÍNICO-DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICA DE LA CERVICOVAGINITIS EN LA UMF N° 80. DE MORELIA, MICH.

RESUMEN

Antecedentes Las enfermedades inflamatorias del cérvix uterino, vagina y vulva ocupan la 16 causa en demanda de la consulta en la UMF No 80 Morelia Michoacán, y ocurren en un 45%, se ha mencionado como posible causa de la recurrencia a un diagnóstico y tratamiento inadecuados

Objetivo: Evaluar la congruencia clínico diagnóstica y terapéutica de la cervicovaginitis, identificar los agentes etiológicos más frecuentes, identificar los factores demográficos que se relacionan con estas enfermedades

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal y observacional. Se estudiaron 119 pacientes con edades entre 17 y 60 años, con diagnóstico de cervicovaginitis, con vida sexual activa, no embarazadas, sin periodo menstrual. Se les aplicó una encuesta que incluyó antecedentes sociodemográficos, ginecoobstétricos, sintomatología. Se realizó exploración ginecológica con especuloscopia y se les hicieron los siguientes estudios de laboratorio: prueba del pH, prueba del hidróxido de potasio, observación en fresco, observación con tinción de Gram, cultivo y exudado vaginal. Una vez analizadas las encuestas y estudios de laboratorio se diagnosticaron como vaginitis por candida, vaginitis por tricomona y vaginosis bacteriana y se contrastó con lo asentado en el expediente clínico y con el tratamiento prescrito por el médico tratante. El análisis estadístico se realizó con estadística descriptiva para variables demográficas y análisis de correlación parcial para establecer la correlación clínico diagnóstico y diagnóstico terapéutico.

Resultados: De las 119 pacientes 25 no acudieron a saber resultados de laboratorio. De las 94 restantes 22 se diagnosticaron de primera intención como vaginitis por candida y recibieron tratamiento adecuado 6 (27%), 1 con diagnóstico de vaginitis por tricomona que no recibió tratamiento y 39 con vaginosis bacteriana de las cuales 8 (20%) recibieron tratamiento adecuado, 32 pacientes resultaron sanas de las cuales el 50% recibió tratamiento, en forma general se observó un 31% de certeza terapéutica. Una vez obtenidos los resultados de laboratorio fueron enviados a los médicos tratantes quienes prescribieron un tratamiento adecuado al 77% de las pacientes con vaginitis por candida, al 74% de las pacientes con vaginosis bacteriana y se les dio tratamiento al 56% de las pacientes sanas, en términos generales se otorgó tratamiento adecuado después de analizar los resultados de laboratorio al 68% de las pacientes.

Conclusiones. La vaginosis bacteriana fue la infección vaginal predominante. No hubo congruencia clínico- diagnóstico – terapéutica. No se encontraron variables demográficas de mayor peso con respecto al diagnóstico. El 69% de las pacientes que acuden con problemas de cervicovaginitis y que reciben tratamiento con base a la experiencia clínica son tratadas en forma inadecuada. El 32% de las pacientes con diagnóstico de cervicovaginitis apoyado en estudios de laboratorio reciben tratamiento inadecuado.

ANTECEDENTES

Las enfermedades inflamatorias del cérvix uterino, vagina y vulva (cervicovaginitis) son las más frecuentes dentro de la práctica clínica cotidiana, tanto en el primer nivel de atención como en los servicios de gineco-obstetricia. Hoy en día se reconoce que son de los padecimientos infecciosos que causan más problemas emocionales y pérdidas económicas.

La incidencia creciente de las infecciones del cérvix uterino, vagina y vulva está relacionada, entre otros factores, con los cambios en el estilo de vida y particularmente con la conducta sexual de la población, así como con la selección natural o inducida de sus agentes causales; ello obliga a los médicos que atienden estos padecimientos a conocer los factores de riesgo más frecuentes en su ámbito de trabajo, para realizar acciones de prevención primaria, secundaria y de rehabilitación en las mujeres afectadas y sus parejas a fin de reducir la frecuencia y gravedad de las complicaciones descritas y limitar su extensión por contagio.¹

La vaginitis puede ser producto de diversas enfermedades no relacionadas entre sí que se acompañan de síntomas comunes y tienen orígenes distintos, es un padecimiento que por lo general es local y benigno, pero que puede ser de difícil erradicación si no se hace un diagnóstico preciso, se ha visto que si se usan solo criterios diagnósticos, el 20% de los casos serán mal determinados, y en 15% a 20% de los casos coexisten dos infecciones.

En los E U A Los síntomas atribuibles a estas enfermedades son causa de más de 10 millones de visitas de pacientes al consultorio médico anualmente.²

En la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) estas enfermedades se encuentran dentro de los 12 principales motivos de demanda de atención en medicina familiar (sistema único de información, subsistema 27 motivos de demanda de atención en consulta externa IMSS, 1995).

Las infecciones vaginales más comunes son. la vaginosis bacteriana, la vaginitis por candida y la vaginitis por tricomona. De las mujeres estadounidenses que padecen infección genital, 45% presentan vaginosis bacteriana, 25% moniliasis y 25% tricomoniasis. *Trichomonas vaginalis* y *Cándida albicans* son conocidas por lo tanto como los agentes etiológicos más comunes que causan vaginitis.³

La forma más frecuente de vaginitis en los Estados Unidos es la vaginosis bacteriana. Se pueden encontrar bacterias anaerobias en menos del 1% de la flora vaginal de las mujeres normales; sin embargo, en las mujeres con vaginosis bacteriana la concentración de bacterias anaerobias lo mismo que de *Gardnerella vaginalis* y de *Mycoplasma hominis*, es 100 a 1000 veces más elevada que en las mujeres normales y además estas últimas no suelen tener lactobacilos.

No se sabe lo que desencadena el trastorno de la flora vaginal normal, se ha postulado que desempeña una función la alcalización repetida de la vagina que se produce con el coito frecuente o con el empleo de duchas vaginales; una vez que desaparecen los lactobacilos productores de peróxido de hidrógeno es difícil restaurar la flora vaginal normal siendo entonces muy frecuente la recurrencia de la vaginosis bacteriana ⁴

Es común que se confunda un flujo fisiológico con una vaginitis. Los flujos mucoides claros con algunos leucocitos y células epiteliales y un pH menor de 4.5 se consideran normales. Dentro de la flora bacteriana normal se incluyen estreptococos, lactobacilos, bacilos de Duodera, difteroides, klebsiella y Escherichia coli. La flora bacteriana vaginal aunada a la barrera mecánica que representa el epitelio plano estratificado y no queratinizado de la vagina son muy eficientes en la mujer adulta y en condiciones normales le proporcionan una alta resistencia a las infecciones locales.

La etiología de estas infecciones está relacionada con la edad, la higiene, los hábitos personales, el uso de medicamentos como son antibióticos de amplio espectro, citostáticos, corticosteroides, antivirales y antifúngicos así como con enfermedades sistémicas como la diabetes mellitus, que causan alteraciones en el ecosistema vaginal ⁵

Numerosos estudios han demostrado correlación positiva entre la vaginosis bacteriana y otras enfermedades, por ejemplo las mujeres que experimentan vaginosis bacteriana tienen alto riesgo de sufrir enfermedad inflamatoria pélvica, mientras que las mujeres embarazadas con vaginosis bacteriana están en peligro de rotura prematura de membranas ⁶, parto prematuro ⁷, corioamnionitis ⁸ y endometritis subsecuente a operación cesárea ⁹

El diagnóstico clínico en la mayoría de las enfermedades cérvico-vaginales y vulvares de origen infeccioso se basa en dos ejes fundamentales: 1) los factores de riesgo existentes en cada caso particular y 2) las características de la leucorrea así como la sintomatología vulvovaginal que la acompaña.

La manifestación más frecuente de estas infecciones es la leucorrea, cuyas características se pueden asociar con el agente causal de la infección, el prurito y la sensación de quemazón no siempre son síntomas de vulvovaginitis sino que pueden ser datos clínicos de dermatitis atípica así como de otras enfermedades primarias de la piel ¹⁰

La vaginitis se divide en dos clases: 1) específicas, originadas por tricomonas vaginalis, candida albicans y neisseria gonorrhoeae 2) inespecíficas o vaginosis bacteriana, causadas por gardnerella vaginalis, Mycoplasma hominis y Mobiluncus

I) VAGINITIS ESPECIFICAS

Vaginitis por tricomona

La tricomoniasis es la forma más común de enfermedad sexualmente transmitida de origen parasitario que afecta a hombres y mujeres de todo el mundo. Se ha reportado una estimación anual de 180 millones de personas afectadas en el planeta por esta parasitosis. En los Estados Unidos de Norteamérica se reportan tres millones de casos nuevos por año.

El agente causal es la tricomona vaginalis, que es un parásito flagelado anaerobio con capacidad de generar hidrógeno que al combinarse con el oxígeno crea un ambiente anaerobio. La tasa de transmisión sexual es elevada, 70% de los varones contraen la enfermedad después de un solo contacto con una mujer infectada. La vaginitis por tricomona suele acompañarse de vaginosis bacteriana, que se puede diagnosticar hasta en un 60% de las pacientes con vaginitis por tricomona.¹¹

Habitualmente se manifiesta por leucorrea de inicio reciente, semilíquida, muy abundante, espumosa, en ocasiones es fétida, verde o amarillenta, que se acompaña de ardor vaginal, disuria y dispareunia.

En la exploración vaginal además de la leucorrea con las características descritas, la superficie vaginal y del exocérnix se encuentran intensamente hiperémicos y con puntillero hemorrágico y eritema; frecuentemente existe inflamación e hiperemia vulvar especialmente de labios mayores y menores.¹²

En el laboratorio el estudio de aminas frecuentemente es positivo. Al microscopio con solución salina se observan polimorfonucleares, flora mixta y movilidad de tricomonas en un 60%. El examen de hidróxido de potasio al 10% negativo y el pH es de 5 a 6.¹³

El tratamiento para la vaginosis por tricomona son los nitroimidazoles, uno de los más utilizados en México es el metronidazol (1-hidroxietil-2-metil-5-nitroimidazol). El metronidazol es activo contra muy diversos protozoos parásitos anaerobios y bacterias anaerobias. Tiene acción tricomonocida directa. Las formas sensibles de *T. vaginalis* son destruidas por menos de 0.05 µg/ml del fármaco en un medio anaeróbico. El metronidazol posee actividad antibacteriana contra todos los cocos anaerobios y bacilos gramnegativos anaerobios, incluidas especies de *Bacteroides* y bacilos grampositivos esporógenos anaerobios.

El metronidazol es clínicamente eficaz en la tricomoniasis, amibiasis y giardiasis, y en diversas infecciones causadas por bacterias anaerobias obligadas como especies de *Bacteroides*, Además de la *Gardnerella vaginalis*.

El mecanismo de acción de los nitroimidazoles se refleja en la toxicidad selectiva que poseen contra microorganismos anaerobios o microaerófilos y por células anóxicas o hipóxicas. Las primeras investigaciones definieron que el metronidazol inhibe la síntesis de DNA existente en este último microorganismo.

Una vez ingerido el compuesto por lo común se absorbe de manera completa y rápida, y aproximadamente una hora después de ingerir una sola dosis de 500mg se obtienen concentraciones plasmáticas de 10 µg/ml, aproximadamente. La vida media del metronidazol en plasma es de unas ocho horas. El metronidazol penetra adecuadamente a los líquidos y tejidos corporales que incluyen secreciones vaginales, líquido seminal, saliva y leche materna. El hígado es el órgano principal en que se metaboliza, y tal función explica más del 50% de la desaparición del metronidazol a nivel sistémico.

El metronidazol cura infecciones de vías genitales causadas por *Trichomona Vaginalis* en mujeres y varones, en un gran porcentaje de casos. El régimen terapéutico preferido es la administración de 2 g por vía oral como dosis única.¹⁴ Otro régimen es tomar 250mg tres veces al día durante siete días, o bien un óvulo vaginal de 500mg durante diez días.¹⁵

El secnidazol es otro de los nitroimidazoles disponible, se administra en óvulos de 500mg cada 24 h durante 7 días y a la pareja sexual se le da tratamiento sistémico con secnidazol en presentación de tabletas 500mg por la mañana y un gr por la noche del mismo día por un día.¹⁶

Vaginitis por candida

Se estima que hasta el 75% de las mujeres experimentan por lo menos una crisis de candidiasis vulvovaginal durante su vida, casi el 45% de las mujeres experimentaran 2 o más crisis por año. Por fortuna, muy pocas se verán plagadas por una infección crónica recurrente. *Candida Albicans* es la causa de 85% a 90% de las infecciones vaginales por levaduras. El embarazo y diabetes se acompañan de una disminución cualitativa de la inmunidad mediada por células que ocasiona una incidencia más elevada de la candidiasis.¹⁷ El uso reciente de antibióticos de amplio espectro o de corticoesteroides también favorecen la candidiasis vulvovaginal. En ocasiones es manifestación de diabetes clínica o subclínica, lo que ocasiona la resistencia al tratamiento o las recaídas.

El síntoma más común es el prurito vulvovaginal de gran intensidad y de inicio reciente acompañado de leucorrea escasa, puede haber disuria terminal secundaria a inflamación del meato uretral.

La inspección vaginal con espejo muestra leucorrea escasa, blanca, espesa, de aspecto cremoso o grumoso adherente al epitelio vaginal y exocervical los cuales se encuentran hiperémicos, frecuentemente hay signos de rascado vulvar.¹⁸

Laboratorio: La prueba de aminas es negativa Al microscopio se observan pseudohifas en un 40% El pH es de 4.0- 4.5

El tratamiento para la vaginitis por candida es con antimicóticos azólicos que incluyen dos clases generales que son los imidazoles y los triazoles Ambos comparten el mismo espectro y mecanismo de acción contra los hongos

Imidazoles. clotrimazol, miconazol, ketoconazol, econazol, butoconazol, oxiconazol y sulconazol

Triazoles. terconazol, itraconazol y fluconazol

Los azoles como grupo han tenido actividad eficaz contra *Candida albicans*, *Candida tropicalis*, *Candida glabrata*, y hongos de la tiña en seres humanos

El principal efecto de los imidazoles y los triazoles, a las concentraciones que se alcanzan durante el uso sistémico, es la inhibición de la esteroil 14- α -desmetilasa en los hongos, que es un sistema de enzimas que dependen del citocromo P450 de microsomas. Estos metilesteroles pueden alterar la disposición íntima (empacamiento) de las cadenas acil de fosfolípidos y con ello alterar las funciones de algunos sistemas enzimáticos de la membrana como ATPasa y enzimas de los sistemas de transporte, y de este modo inhibir la proliferación de los hongos. Uno de los imidazoles más utilizados es el ketoconazol oral que es muy efectivo en el tratamiento de diversas micosis superficiales y sistémicas. La absorción del ketoconazol oral varía de una persona a otra. Se necesita un medio ácido para que se disuelva el fármaco y por ello la biodisponibilidad disminuye extraordinariamente en personas que ingieren fármacos de bloqueo de receptores H₂-histaminérgicos como cimetidina, ranitidina o famotidina. La ingestión de alimentos no tiene efecto en la concentración plasmática máxima del medicamento su concentración en líquido vaginal es similar al del plasma por otro lado llega eficazmente a los queratinocitos. En el tratamiento de la vulvovaginitis por candida la dosis habitual es de 400mg orales al día durante cinco días

Los triazoles guardan relación muy estrecha con el ketoconazol, uno de los más representativos es el itraconazol, se administra por vía oral y tiene menos efectos adversos que el ketoconazol, y su espectro de actividad es más amplio. Los valores sanguíneos de itraconazol varían notablemente entre uno y otro pacientes y, en personas en ayuno, disminuye más de 50% y también en quienes tiene menor acidez gástrica o que portan SIDA avanzado. El itraconazol se metaboliza en hígado aunque la hepatopatía leve no cambia el catabolismo del medicamento. Aplicación terapéutica en dosis habitual de 200mg/día en candidiasis vaginal¹⁹

Las dosis de los imidazoles son: el clotrimazol es muy útil en el tratamiento de la candidiasis vaginal, la dosis recomendada es una tableta vaginal de 100 mg por siete días²⁰

También se utiliza el tratamiento combinado a base de itraconazol 200 mg (33 3mg) Secnidazol 166 6 mg en cápsulas cada 12 hrs por tres días, Nistatina óvulos de 100,000 U aplicar uno cada 24 hrs por 10 días ²¹

II) VAGINITIS INESPECIFICA (VAGINOSIS BACTERIANA)

La vaginosis bacteriana es causada por la asociación de diferentes bacterias, bacilos y cocobacilos Gram negativos y en algunos casos cocos Gram positivos El mobiluncus sp es uno de los microorganismos recientemente descritos asociados a la vulvovaginitis inespecífica; aunque la mayoría se debe ha infección por Gardnerella vaginalis o chlamydia trachomatis solas o en combinación con microorganismos anaerobios y en ocasiones con enterobacterias como Escherichia coli; con menor frecuencia obedecen a Neisseria, Myclopasma o Ureaplasma En estudios de vulvovaginitis inespecífica se ha aislado Mobiluncus sp hasta en 27 3%, Gardnerella vaginalis en 21 3% y otros anaerobios en 21 3%, todos estos gérmenes son de transmisión sexual ²²

La vaginosis bacteriana, no es considerada como una vaginitis, sino como una alteración microecológica de la flora vaginal que ocasiona leucorrea y la paciente no refiere molestias vaginales o las presenta muy discretas, como ardor y prurito ²³ y como característica importante se encuentra la falta de inflamación en la mucosa

Los criterios clínicos más importantes para diagnosticar este padecimiento son: fluido transvaginal fétido abundante homogéneo y grisáceo o blanquecino, con olor característico a pescado Puede cursar asintomática hasta el 50% de las pacientes afectadas La observación con espejo vaginal confirma las características de la leucorrea y no se identifican cambios inflamatorios o se aprecia una hiperemia exocervical y vaginal muy leve; frecuentemente hay historia de cronicidad ²⁴

Los estudios de laboratorio más utilizados para el diagnóstico de vaginosis inespecífica son:

a) pH de la secreción vaginal. este es determinante para orientar al diagnóstico etiológico De acuerdo al pH se han identificado diferentes gérmenes, por ejemplo el bacilo de Duoderlain se encuentra al pH normal 3 8 a 4 4, la candidiasis 4 0-4 5, tricomoniasis de 5-6 0 ⁵, mientras que en la vaginosis bacteriana se observa un pH mayor de 4 5 esto es debido a la disminución o pérdida de especies de lactobacilos que intervienen en la degradación de glucógeno a ácido láctico y en la producción de peróxido de hidrógeno; igualmente se ha observado que el pH muy elevado afecta la unión adecuada de los lactobacilos a las células epiteliales vaginales recubiertas de fibronectina ²⁵

b) Volatilización de aminos y ácidos grasos. En esta prueba se percibe el olor "aminado" obtenido de agregar hidróxido de potasio al 10%, y que se debe a la presencia de putrescina, cadaverina y trimetilamina y niveles relativos de succinato y lactato así como prolina aminopeptidasa ²⁶

También se utiliza el tratamiento combinado a base de itraconazol 200 mg (33 3mg) Secnidazol 166 6 mg en cápsulas cada 12 hrs por tres días, Nistatina óvulos de 100,000 U aplicar uno cada 24 hrs por 10 días ²¹

II) VAGINITIS INESPECIFICA (VAGINOSIS BACTERIANA)

La vaginosis bacteriana es causada por la asociación de diferentes bacterias, bacilos y cocobacilos Gram negativos y en algunos casos cocos Gram positivos. El *Mobiluncus sp* es uno de los microorganismos recientemente descritos asociados a la vulvovaginitis inespecífica; aunque la mayoría se debe a infección por *Gardnerella vaginalis* o *Chlamydia trachomatis* solas o en combinación con microorganismos anaerobios y en ocasiones con enterobacterias como *Escherichia coli*; con menor frecuencia obedecen a *Neisseria*, *Mycoplasma* o *Ureaplasma*. En estudios de vulvovaginitis inespecífica se ha aislado *Mobiluncus sp* hasta en 27 3%, *Gardnerella vaginalis* en 21 3% y otros anaerobios en 21 3%, todos estos gérmenes son de transmisión sexual ²²

La vaginosis bacteriana, no es considerada como una vaginitis, sino como una alteración microecológica de la flora vaginal que ocasiona leucorrea y la paciente no refiere molestias vaginales o las presenta muy discretas, como ardor y prurito ²³ y como característica importante se encuentra la falta de inflamación en la mucosa.

Los criterios clínicos más importantes para diagnosticar este padecimiento son: fluido transvaginal fétido abundante homogéneo y grisáceo o blanquecino, con olor característico a pescado. Puede cursar asintomática hasta el 50% de las pacientes afectadas. La observación con espejo vaginal confirma las características de la leucorrea y no se identifican cambios inflamatorios o se aprecia una hiperemia exocervical y vaginal muy leve; frecuentemente hay historia de cronicidad ²⁴

Los estudios de laboratorio más utilizados para el diagnóstico de vaginosis inespecífica son:

a) **pH de la secreción vaginal.** Este es determinante para orientar al diagnóstico etiológico. De acuerdo al pH se han identificado diferentes gérmenes, por ejemplo el bacilo de *Döderlein* se encuentra al pH normal 3 8 a 4 4, la candidiasis 4 0-4 5, tricomoniasis de 5-6 0 ⁵, mientras que en la vaginosis bacteriana se observa un pH mayor de 4 5 esto es debido a la disminución o pérdida de especies de lactobacilos que intervienen en la degradación de glucógeno a ácido láctico y en la producción de peróxido de hidrógeno; igualmente se ha observado que el pH muy elevado afecta la unión adecuada de los lactobacilos a las células epiteliales vaginales recubiertas de fibronectina ²⁵

b) **Volatilización de aminas y ácidos grasos.** En esta prueba se percibe el olor "aminado" obtenido de agregar hidróxido de potasio al 10%, y que se debe a la presencia de putrescina, cadaverina y trimetilamina y niveles relativos de succinato y lactato así como prolina aminopeptidasa ²⁶

c) **Identificación de “células clave”:** son células epiteliales cubiertas por abundantes bacterias adheridas a sus bordes de las que la especie predominante es la *Gardnerella vaginalis*, presente de 70% hasta 92% en mujeres con vaginosis bacteriana²⁴ Algunos estudios como el de Scott T y col demuestran que la *Gardnerella vaginalis* se adhiere a las células McCoy y a las células epiteliales de la vagina a través de una cubierta de filamentos delgados, pero cuando se adhiere a los eritrocitos la unión esta mediada por fimbrias. La adhesión al tejido es importante para la sobrevivencia y crecimiento bacterianos, porque se reducen algunos mecanismos de defensa del huésped como es el contacto con enzimas extracelulares de potencial nocivo y anticuerpos locales²⁷

d) **Tinción de Gram.** Es otra de las pruebas para diagnosticar la vaginosis bacteriana es un método objetivo y reproducible, con una sensibilidad de 62 a 100% y con un valor predictivo de 76 a 100% (15) Mazzulli y col (1990) y Nugent y col en 1991 reportaron que los tres morfotipos bacterianos con mayor grado de reproducibilidad son los lactobacilos (bacilos largos Gram positivos), *Gardnerella* y bacteroides (pequeños bacilos Gram negativos a Gram variable) y *Mobiluncus* (bacilos curvos Gram negativos a Gram variables)²⁸ Estos tres morfotipos bacterianos se utilizaron para desarrollar un sistema de diagnóstico para la vaginosis bacteriana (actualmente conocida también como vaginosis polimicrobiana, este procedimiento categoriza la flora vaginal como: a) Normal cuando predomina los lactobacilos, b) Intermedia al encontrarse una mezcla de la flora vaginal y c) Vaginosis bacteriana con la pérdida de lactobacilos²⁹

Para el tratamiento de la vaginosis bacteriana se utilizan diferentes agentes antimicrobianos, el que ha demostrado ser más potente, confiable y clínicamente utilizado contra una variedad de patógenos es la clindamicina, actúa inhibiendo la síntesis de proteína bacteriana por su acción sobre el ribosoma bacteriano. El antibiótico se une preferentemente a la unidad ribosomal 50S y afecta los procesos de iniciación del péptido señal este es el mismo sitio de unión ribosomal para la eritromicina y el cloranfenicol; sin embargo, la unión de uno de estos compuestos puede inhibir la acción de los otros, además se ha observado que ésta afecta la expresión de las adhesinas, la biosíntesis de la superficie del pili y de la fibronectina (glicoproteína presente en la superficie celular) reduciendo la adherencia bacteriana a las células epiteliales

En términos generales, la clindamicina posee acción in vitro contra neumococos, *Streptococcus pyogenes* y *Streptococcus viridans*. En bacterias como *Campilobacter jejuni*, *Campilobacter fetus*, *Campilobacter coli*, *Helicobacter pylory*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Gardnerella vaginalis* y *Bacteroides flagilis*, su actividad es significativa, así como en especies de *Chlamydia* y algunos protozoarios (e j especies de plasmodium y toxoplasma). Este antibiótico se ha probado en dosis orales 300mg dos veces al día por 7 días, con una tasa inicial de curación de aproximadamente el 94% y por vía intravaginal en concentraciones como 0.1%, 1%, 2%, esta última es la más efectiva (94 al 96%) y más utilizada. Se aplica una vez al día por 7 días

La clindamicina como cualquier otro antibiótico produce algunos efectos secundarios. El uso tópico de la clindamicina puede producir eritema, ardor, prurito y descamación de la piel. Se han descrito muy pocas reacciones adversas de la terapia con clindamicina tópica. Sin embargo, se han reportado efectos secundarios como dolor abdominal y desórdenes gástricos, después de la administración tópica y sistémica.^{30 32 33}

Es útil la combinación de metronidazol oral 500mg dos veces al día por siete días y fosfato de clindamicina crema al 2% intravaginal, una aplicación diaria por siete días.³¹

Clindamicina 300mg BID siete días y Metronidazol 500,Mg dos veces al día por siete días.³³

JUSTIFICACIÓN

Las cervicovaginitis son un grupo de enfermedades de alta frecuencia y son causa de morbilidad materno infantil en un alto porcentaje

En la población amparada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) estas enfermedades se encuentran dentro de los 12 principales motivos de demanda de atención en medicina familiar (sistema único de información, subsistema 27 motivos de demanda de atención en consulta externa, IMSS, 1995)

En el IMSS en Michoacán se reportó como la 16va causa de consulta en 1999

En la unidad de medicina familiar N° 80 en 1999 se atendieron un total de 3,811 consultas por cervicovaginitis, de las cuales fueron de primera vez 2,137 y 1,674 subsecuentes; lo que resulta en un 2% de las consultas dadas en esta unidad

Los criterios de diagnóstico clínico no están definidos, se requiere de un estudio que permita conocer si los datos clínicos reportados en la literatura concuerdan con lo reportado por la paciente de acuerdo a su diagnóstico y si el tratamiento prescrito es eficaz

Se han dado a conocer en la literatura estudios, tanto en el ámbito nacional como internacional enfocados a la etiología diagnóstico y tratamiento, además de los factores sociodemográficos contribuyentes a la cervicovaginitis. En nuestro medio se carece de información sobre la cervicovaginitis con relación al diagnóstico, respuesta terapéutica y recurrencia

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La alta frecuencia y recurrencia de las cervicovaginitis en la consulta externa de los Servicios de Medicina familiar del IMSS, pueden ser el resultado de un diagnóstico y tratamiento inadecuados. En un estudio retrospectivo realizado en 1998 se evidenció que el tratamiento otorgado a este tipo de padecimientos es de regular a inadecuado³⁰. Algunos de los factores que influyen en el problema son: falta de información a la pareja sobre la enfermedad, nivel socioeconómico bajo, apoyo por laboratorio limitado, falta de medicamentos, desconocimiento de la enfermedad, falta de tiempo para un buen interrogatorio y exploración física con lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Existe congruencia clínico-diagnostico-terapéutica de las cervicovaginitis?

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar la congruencia clínico-diagnostico-terapéutica de la cervicovaginitis en la UMF N° 80 Morelia Mich

Objetivos Específicos

- 1 Identificar los factores etiológicos mas frecuentes de la cervicovaginitis
- 2 Identificar los factores sociodemográficos que se relacionan con la cervicovaginitis

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal y observacional en la Unidad de Medicina Familiar No 80, de Morelia Mich, durante el periodo comprendido de enero a marzo de 2001. Se incluyeron 119 pacientes femeninas entre 18- 60 años de edad, con vida sexual activa y con diagnóstico de cervicovaginitis que acudieron voluntariamente al servicio

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La alta frecuencia y recurrencia de las cervicovaginitis en la consulta externa de los Servicios de Medicina familiar del IMSS, pueden ser el resultado de un diagnóstico y tratamiento inadecuados. En un estudio retrospectivo realizado en 1998 se evidenció que el tratamiento otorgado a este tipo de padecimientos es de regular a inadecuado³⁰. Algunos de los factores que influyen en el problema son: falta de información a la pareja sobre la enfermedad, nivel socioeconómico bajo, apoyo por laboratorio limitado, falta de medicamentos, desconocimiento de la enfermedad, falta de tiempo para un buen interrogatorio y exploración física con lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Existe congruencia clínico-diagnostico-terapéutica de las cervicovaginitis?

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar la congruencia clínico-diagnostico-terapéutica de la cervicovaginitis en la UMF N° 80 Morelia Mich

Objetivos Específicos

- 1 Identificar los factores etiológicos mas frecuentes de la cervicovaginitis
- 2 Identificar los factores sociodemográficos que se relacionan con la cervicovaginitis

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal y observacional en la Unidad de Medicina Familiar No 80, de Morelia Mich, durante el periodo comprendido de enero a marzo de 2001. Se incluyeron 119 pacientes femeninas entre 18- 60 años de edad, con vida sexual activa y con diagnóstico de cervicovaginitis que acudieron voluntariamente al servicio

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La alta frecuencia y recurrencia de las cervicovaginitis en la consulta externa de los Servicios de Medicina familiar del IMSS, pueden ser el resultado de un diagnóstico y tratamiento inadecuados. En un estudio retrospectivo realizado en 1998 se evidenció que el tratamiento otorgado a este tipo de padecimientos es de regular a inadecuado³⁰. Algunos de los factores que influyen en el problema son: falta de información a la pareja sobre la enfermedad, nivel socioeconómico bajo, apoyo por laboratorio limitado, falta de medicamentos, desconocimiento de la enfermedad, falta de tiempo para un buen interrogatorio y exploración física con lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Existe congruencia clínico-diagnostico-terapéutica de las cervicovaginitis?

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar la congruencia clínico-diagnostico-terapéutica de la cervicovaginitis en la UMF N° 80 Morelia Mich

Objetivos Específicos

- 1 Identificar los factores etiológicos mas frecuentes de la cervicovaginitis
- 2 Identificar los factores sociodemográficos que se relacionan con la cervicovaginitis

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal y observacional en la Unidad de Medicina Familiar No 80, de Morelia Mich, durante el periodo comprendido de enero a marzo de 2001. Se incluyeron 119 pacientes femeninas entre 18- 60 años de edad, con vida sexual activa y con diagnóstico de cervicovaginitis que acudieron voluntariamente al servicio

de la consulta externa y quienes fueron enviadas al laboratorio. Previo consentimiento informado, se les aplicó un cuestionario para obtener datos socioeconómicos, antecedentes ginecoobstétricos, comportamiento sexual y sintomatología actual (Anexo N° 1). No se incluyeron pacientes embarazadas, en periodo menstrual ni las que estuvieran usando algún medicamento vaginal.

Metodología y procedimientos:

Una vez llenado el cuestionario se tomó la muestra colocando a la paciente en posición ginecológica, empleando un espejo vaginal desechable sin lubricante, anotando en el cuestionario los hallazgos clínicos encontrados. Se obtuvo la secreción de los sacos laterales y posteriores de la vagina por medio de hisopos de algodón estériles. Un primer hisopo se colocó en un tubo de ensayo con solución salina isotónica a temperatura ambiente para el cultivo; y en una laminilla se aplicó una gota de la mezcla obtenida para el estudio en fresco y para la identificación al microscopio a un aumento 40X, de levaduras, trichomonas vaginalis y de "células guía".

Para establecer el diagnóstico de moniliasis se consideró la presencia de tres o más levaduras por campo (identificadas por sus características morfológicas). El diagnóstico de tricomoniasis se realizó por la presencia de trichomonas vaginalis (caracterizándose por su movilidad típica en tirabuzón y presencia de flagelos en extensión). Para el diagnóstico de vaginosis bacteriana se procedió a medir el pH de las secreciones obtenidas por medio de tira reactiva (SIGMA), signo positivo superior a 4.5. Para valorar la producción de aminas (putrescina y cadaverina) se le aplicó al tubo de ensayo dos gotas de hidróxido de potasio (KOH) al 10%, considerando la prueba de aminas positiva cuando apareció un olor característico a "pescado", aminado. También se realizó la identificación de "células guía", apreciándose estas, como células epiteliales granulosas, con gran cantidad de bacterias cocobacilares adheridas a su superficie, lo cual impide observar con claridad los bordes; así mismo se tomó en cuenta la presencia de secreción vaginal fina, homogénea. Para emitir el diagnóstico de vaginosis bacteriana era indispensable que estuvieran presentes tres de los cuatro criterios mencionados. Un segundo hisopo se utilizó para las preparaciones teñidas por la técnica de Gram. Las cuales se observaron al microscopio a 100X, permitieron ratificar la observación de levaduras y disminución de la flora lactobacilar normal.

Una vez obtenidos los datos de la encuesta y el laboratorio se establecieron los diagnósticos de vaginitis por candida, vaginitis por tricomonas y vaginosis bacteriana y se contrastaron con los diagnósticos emitidos por los médicos tratantes, posteriormente se correlacionó el diagnóstico obtenido del análisis de la encuesta y los resultados de laboratorio con el tratamiento establecido por los médicos tratantes tanto antes como después de haber analizado los resultados del laboratorio.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva para variables demográficas y análisis de correlación parcial para establecer la correlación clínico diagnóstico y diagnóstico terapéutica



RESULTADOS

El 1% de la población que acude a la consulta de Medicina Familiar lo hace por un problema de cervicovaginitis. De las 119 pacientes encuestadas 64 (54%) no recibieron tratamiento de primera intención sino que fueron enviadas a exámenes de laboratorio, y de estas 64 pacientes 25 (21%) no acudieron a su cita para evaluación con resultados de laboratorio, de estas 19 pacientes con infecciones de cervicovaginitis, 2 cursaron con vaginitis por tricomona, 11 con vaginitis por candida y 6 con vaginosis bacteriana. Las 55 pacientes restantes (46%) recibieron tratamiento de primera intención y a la vez fueron enviadas al laboratorio.

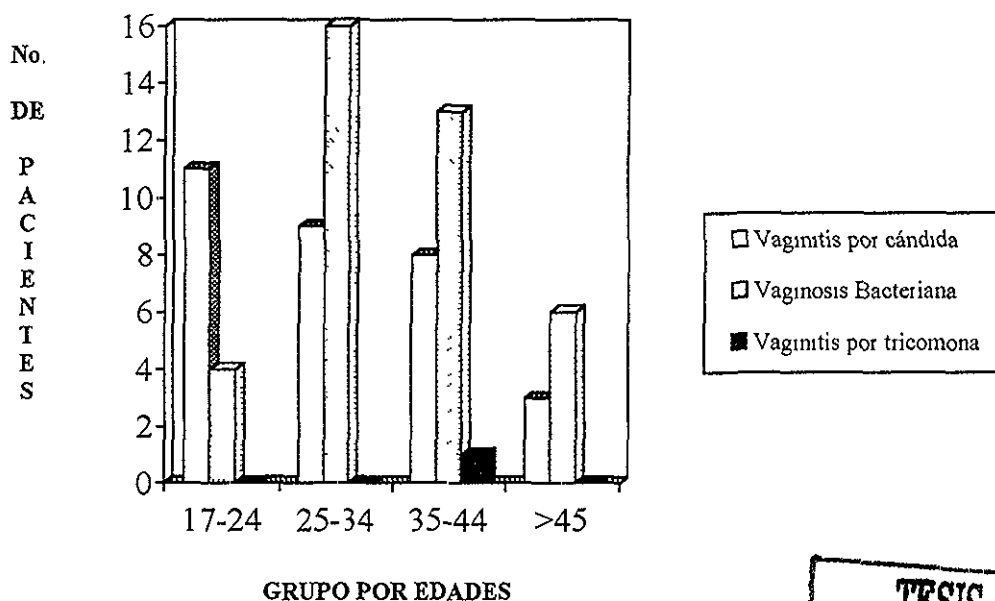
Los diagnósticos asentados en el expediente clínico fueron muy diversos y la sintomatología referida fue muy escasa, como puede verse en la tabla N° 1. La exploración física se realizó en el 12 % de las pacientes, y no se encontró correlación clínico diagnóstica.

TABLA N° I. DIAGNÓSTICOS Y SINTOMATOLOGÍA ASENTADOS EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO DE PACIENTES DE LA UMF N° 80 CON DIAGNÓSTICO DE CERVICOVAGINITIS.

| Síntoma / Diagnóstico | Dolor pélvico | Ardor vaginal | Prurito | Dispareunia | Leucorrea | | |
|--------------------------|---------------|---------------|-----------|-------------|-----------|-----------|-----------|
| | | | | | Amarilla | Blanca | Fétida |
| Cervicovaginitis crónica | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 |
| Cervicovaginitis | 4 | 0 | 13 | 7 | 14 | 7 | 9 |
| Candidiasis vaginal | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Cervicitis bacteriana | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Vaginosis | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Vaginitis | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| Leucorrea | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Vaginitis Inespecífica | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Cervicovaginitis Mixta | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Tricomona Vaginal | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Vulvovaginitis | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Gonorrea | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Otros | 1 | 1 | 4 | 1 | 5 | 1 | 3 |
| Total | 7 | 2 | 24 | 8 | 20 | 14 | 12 |

La vaginitis por *Candida* fue la más frecuente presentándose en 16 casos (17%), mientras que la vaginitis por *Tricomona* es una patología muy poco frecuente se encontró solamente un caso

El rango de edades de la población estudiada fue de 17-59 años de edad, se distribuyeron en cuatro grupos etareos, el mayor numero de pacientes estuvo entre las edades de 25-34 años que corresponden al 53 5%, y los grupos más afectados fueron entre los 25 y 44 años, no hubo diferencias significativas en cuanto a la presentación de determinada patología por grupos de edad como se observa en la figura No 1



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

FIGURA N° 1. EDAD POR GRUPOS ETÁREOS DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE VAGINITIS POR CÁNDIDA, VAGINITIS POR TRICOMONA Y VAGINOSIS BACTERIANA.

Las variables demográficas reportaron lo siguiente: el mayor numero de pacientes fue de un nivel socioeconómico medio, con un total de 72 pacientes (76 4%); la ocupación predominante fue el hogar con 71 pacientes (75 5%), con relación al estado civil 84 pacientes eran casadas (89%), la escolaridad promedio fue de primaria, no se encontraron variables demográficas de mayor peso con respecto a los diagnósticos emitidos lo que puede atribuirse a la homogeneidad de la muestra. Tabla No II

TABLA II VARIABLES DEMOGRAFICAS DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE
CERVICOVAGINIGIS DE LA UMF NO 80

| Nivel Socioeconómico | No. de Pacientes | % | Vaginitis por candida | % | Vaginosis bacteriana | % | Vaginitis por tricomonas | % | Sana | % |
|----------------------|------------------|------|-----------------------|-----|----------------------|------|--------------------------|-----|------|------|
| Bajo | 22 | 23.4 | 3 | 31 | 7 | 7.4 | 0 | 0 | 12 | 12.7 |
| Medio | 72 | 76.4 | 19 | 20 | 32 | 34 | 1 | 1.1 | 20 | 21.2 |
| Ocupación | | | | | | | | | | |
| Hogar | 71 | 75.5 | 19 | 20 | 28 | 28 | 1 | 1.1 | 23 | 24.4 |
| Obrera | 4 | 4.2 | 1 | 1.1 | 2 | 2.1 | 0 | 0 | 1 | 1.1 |
| Empleada | 13 | 13.8 | 1 | 1.1 | 7 | 7.4 | 0 | 0 | 5 | 5.3 |
| Secretaria | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1.1 |
| Edo. Civil | | | | | | | | | | |
| Casada | 84 | 89.4 | 20 | 21 | 36 | 38 | 1 | 1.1 | 27 | 28.7 |
| Viuda | 3 | 3.2 | 1 | 1.1 | 1 | 1.1 | 0 | 0 | 1 | 1.1 |
| Divorciada | 2 | 2.1 | 0 | 0 | 1 | 1.1 | 0 | 0 | 1 | 1.1 |
| Unión Libre | 3 | 3.2 | 1 | 1.1 | 1 | 1.1 | 0 | 0 | 1 | 1.1 |
| Soltera | 2 | 2.1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2.1 |
| Escolaridad | | | | | | | | | | |
| Analfabeta | 1 | 1.06 | 0 | 0 | 1 | 1.1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Primaria Incompleta | 11 | 11.7 | 3 | 3.1 | 7 | 7.4 | 0 | 0 | 1 | 1.1 |
| Primaria Completa | 31 | 32.9 | 9 | 9.5 | 9 | 9.5 | 1 | 1.1 | 12 | 12.7 |
| Secundaria | 26 | 27.6 | 7 | 7.4 | 10 | 10.6 | 0 | 0 | 9 | 9.5 |
| Preparatoria | 7 | 7.45 | 0 | 0 | 3 | 3.4 | 0 | 0 | 4 | 4.2 |
| Nivel Técnico | 10 | 10.6 | 1 | 1.1 | 5 | 5.3 | 0 | 0 | 4 | 4.2 |
| Profesional | 8 | 8.5 | 2 | 2.1 | 4 | 4.2 | 0 | 0 | 2 | 2.1 |

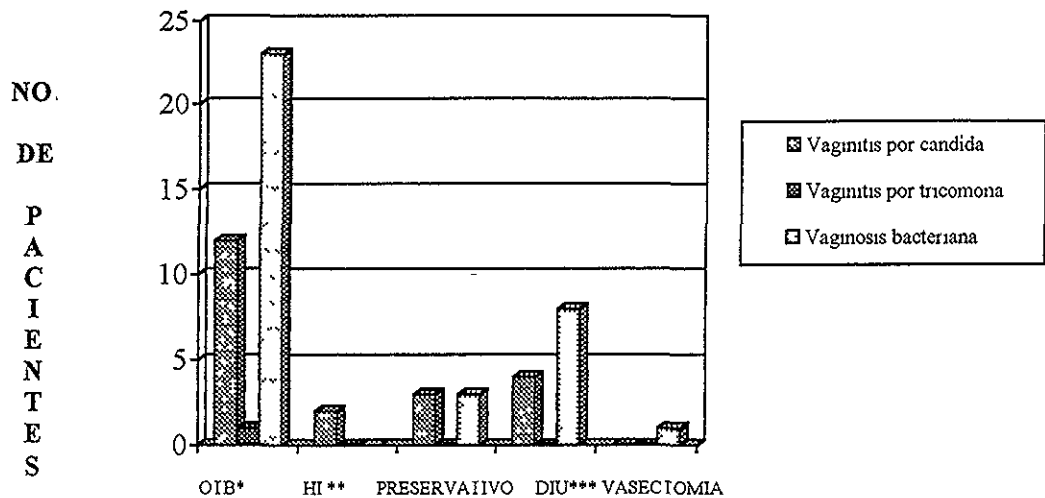
Los antecedentes ginecoobstetricos se resumen en la tabla N° III, como se observa el mayor número de pacientes afectadas inició la vida sexual a temprana edad, y la patología de mayor presentación en este grupo de pacientes fue la vaginosis bacteriana. El número de embarazos, partos y abortos no influyó en este grupo de pacientes.

TABLA N° III. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CERVICOVAGINITIS DE LA UMF. NO. 80

| Variable | No | % | Vaginitis por cándida | | Vaginitis por tricomona | | Vaginosis bacteriana | | Sana | |
|----------------|----|------|-----------------------|------|-------------------------|-----|----------------------|------|------|------|
| | | | N | % | n | % | N | % | n | % |
| IVSA* | | | | | | | | | | |
| 12-15 | 13 | 13.8 | 4 | 4.2 | 1 | 1.1 | 4 | 4.2 | 4 | 4.2 |
| 16-18 | 38 | 40.4 | 7 | 7.4 | 0 | 0 | 20 | 21.2 | 11 | 11.7 |
| 19-24 | 32 | 28.7 | 8 | 8.5 | 0 | 0 | 12 | 12.7 | 11 | 11.7 |
| 25-30 | 10 | 10.7 | 3 | 3.1 | 0 | 0 | 3 | 3.1 | 4 | 4.2 |
| > de 30 | 1 | 1.1 | 1 | 1.1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1.1 |
| Gestas | | | | | | | | | | |
| 0 | 2 | 2.1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1.1 | 1 | 1.1 |
| 1-3 | 52 | 55.3 | 15 | 15.9 | 0 | 0 | 14 | 14.8 | 23 | 24.4 |
| 4-6 | 35 | 37.2 | 7 | 7.4 | 0 | 0 | 22 | 23.4 | 6 | 6.3 |
| >7 | 5 | 5.3 | 0 | 0 | 1 | 1.1 | 2 | 2.1 | 2 | 2.1 |
| Para | | | | | | | | | | |
| 0 | 20 | 21 | 4 | 4.2 | 0 | 0 | 6 | 6.3 | 10 | 10.6 |
| 1-3 | 47 | 50 | 14 | 14.8 | 0 | 0 | 16 | 17.0 | 17 | 18 |
| 4-6 | 23 | 24.4 | 4 | 4.2 | 0 | 0 | 15 | 15.9 | 4 | 4.2 |
| >7 | 4 | 4.2 | 0 | 0 | 1 | 1.1 | 2 | 2.1 | 1 | 1.1 |
| Abortos | | | | | | | | | | |
| 0 | 70 | 74.5 | 17 | 18.0 | 1 | 1.1 | 27 | 28.7 | 27 | 28.7 |
| 1-2 | 23 | 24.4 | 5 | 5.3 | 0 | 0 | 11 | 11.7 | 11 | 11.7 |
| >4 | 1 | 1.1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1.1 | 1 | 1.1 |
| Cesárea | | | | | | | | | | |
| 0 | 63 | 67.0 | 14 | 14.8 | 1 | 1.1 | 27 | 28.7 | 21 | 22.3 |
| 1 | 16 | 17.0 | 5 | 5.3 | 0 | 0 | 8 | 8.5 | 3 | 3.1 |
| 2 | 5 | 5.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 5.3 |
| 3 | 10 | 10.6 | 3 | 3.1 | 0 | 0 | 4 | 4.2 | 3 | 3.1 |

*IVSA: Inicio de vida sexual activa.

En las pacientes cuyo método de planificación familiar fue la OTB o DIU la vaginosis bacteriana se reportó con mayor frecuencia, y en quienes utilizaron hormonales inyectables fue más frecuente la vaginitis por candida (Figura N° 2)



METODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Figura N° 2. Métodos de planificación familiar utilizados por las pacientes con diagnostico de cervicovaginitis de la UMF No 80 en relación con el diagnostico de vaginitis por candida, Por Tricomona y Vaginosis Bacteriana.

*HI: hormone inyectables.
** OTB: Obliteración tubaria bilateral.
***DIU: dispositivo intrauterino

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Los síntomas referidos en la encuesta y asociados a los diagnósticos de vaginitis por cándida, vaginitis por tricomona y vaginosis bacteriana se presentan en la tabla N° IV

TABLA N° IV. SÍNTOMAS REFERIDOS AL INTERROGATORIO DE LAS PACIENTES ENCUESTADAS DE LA UMF N°80, ASOCIADOS CON INFECCIONES VAGINALES

| Diagnósticos Síntomas | Vaginitis por cándida | | Vaginitis por tricomona | | Vaginosis bacteriana | | Sana | |
|--------------------------|-----------------------|------|-------------------------|-----|----------------------|------|------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Dispareunia | 17 | 77.3 | 0 | 0 | 23 | 62.3 | 20 | 21.2 |
| Disuria | 11 | 50.0 | 1 | 100 | 21 | 53.8 | 13 | 13.8 |
| Prurito | 17 | 77.3 | 1 | 100 | 30 | 76.9 | 19 | 20.2 |
| Ardor Vaginal | 19 | 86.4 | 1 | 100 | 30 | 76.9 | 20 | 21.2 |
| Flujo fétido | 4 | 18.4 | 1 | 100 | 23 | 59.0 | 8 | 8.5 |

Los síntomas más comunmente reportados en estas enfermedades fueron la dispareunia prurito y ardor vaginal, sin que se halla identificado un grupo de síntomas específicos para cada diagnóstico

Los datos de la exploración ginecológica se presentan en la tabla N° V Como puede observarse los datos de la exploración ginecológica aunados a la sintomatología orientan más a un diagnóstico etiológico que si se utilizan solamente los síntomas, el flujo blanco, grumoso y el eritema se asocian a vaginitis por cándida, mientras que el flujo blanco homogéneo se presentó con mayor frecuencia en la vaginosis bacteriana El caso diagnosticado como tricomoniasis presento eritema, puntilleo hemorrágico, friabilidad y lesión cervical como se describe en la literatura

TABLA N° V DATOS OBIENIDOS A LA EXPLORACION FISICA ASOCIADOS CON INFECCIONES VAGINALES.

| Variable | Vaginitis por cándida | | Vaginitis por tricomona | | Vaginosis bacteriana | | Sana | |
|-----------------------|-----------------------|------|-------------------------|-----|----------------------|------|------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Flujo Blanco | 21 | 95.5 | 1 | 100 | 28 | 87.5 | 28 | 29.7 |
| Flujo Amarillo | 1 | 4.5 | 0 | 0 | 5 | 12.8 | 3 | 3.1 |
| Flujo grumoso | 16 | 72.2 | 0 | 0 | 16 | 41.0 | 22 | 23.4 |
| Flujo Homogéneo | 6 | 27.3 | 1 | 100 | 22 | 56.4 | 10 | 10.6 |
| Eritema | 15 | 68.2 | 1 | 100 | 28 | 71.8 | 21 | 22.3 |
| Puntilleo Hemorrágico | 4 | 18.2 | 1 | 100 | 8 | 20.5 | 5 | 5.3 |
| Friabilidad | 7 | 31.8 | 1 | 100 | 11 | 28.2 | 6 | 6.3 |
| Lesión Cervical | 10 | 45.5 | 1 | 100 | 20 | 51.3 | 14 | 14.8 |

El pH de las secreciones vaginales orientó al diagnóstico, como puede verse en la tabla N° VI, el pH de 4.0 se presentó con mayor frecuencia en las pacientes con vaginitis por *Candida* y un pH de 5.0 se presentó en pacientes con vaginosis bacteriana.

TABLA N° VI. pH DE LA SECRECIÓN VAGINAL DE LAS PACIENTES EVALUADAS DE LA UMF No. 80

| Vaginitis por <i>Candida</i> | | Vaginitis por <i>Trichomona</i> | | Vaginosis bacteriana | | Sana | |
|------------------------------|----|---------------------------------|----|----------------------|----|------|----|
| pH | n* | pH | n* | pH | n* | pH | n* |
| 4 | 11 | 4 | 0 | 4 | 5 | 4 | 8 |
| 5 | 7 | 5 | 0 | 5 | 17 | 5 | 17 |
| 6 | 4 | 6 | 1 | 6 | 14 | 6 | 6 |
| 7 | 0 | 7 | 0 | 7 | 3 | 7 | 1 |

*n: número de pacientes

La prueba del hidróxido de potasio (KOH) fue positivo en 34 casos, 30 de los cuales (32%) correspondieron a la vaginosis bacteriana; resultó negativa en 60 casos de los cuales 21 correspondieron a vaginitis por *Candida*.

TABLA N° VII. RESULTADOS DE LA PRUEBA DEL HIDRÓXIDO DE POTASIO DE LAS PACIENTES EVALUADAS DE LA UMF. No. 80

| Prueba del HOK | Vaginitis por <i>Candida</i> | Vaginitis por <i>Trichomona</i> | Vaginosis bacteriana | Sanas |
|----------------|------------------------------|---------------------------------|----------------------|-------|
| Positivo | 1 | 1 | 30 | 2 |
| Negativo | 21 | 0 | 9 | 30 |

Los resultados del exudado vaginal se muestra en la tabla No VIII, aunque este estudio tiene mayor especificidad para el diagnóstico de vaginitis por tricomona, se identificaron 10 casos con vaginitis por cándida, y 20 de vaginosis bacteriana

TABLA VIII RESULTADOS DEL EXUDADO DE LAS PACIENTES CON INFECCIONES VAGINALES DE LA UMF No 80

| Diagnostico | Etiología | Numero | % |
|-------------------------|---------------------|--------|------|
| Vaginitis Por Candida | Candida | 10 | 10.6 |
| Vaginitis Por Tricomona | Tricomona vaginalis | 1 | 1.1 |
| Vaginosis Bacteriana | Cocobacilos gram(-) | 16 | 17 |
| | Cocobacilos gram(+) | 4 | 4.2 |
| Sana | Cocobacilos gram(+) | 1 | 1.1 |
| | Normal | 12 | 12.7 |

Los resultados del cultivo se presentan en la tabla no IX Este estudio es específico para diagnosticar vaginosis bacteriana y vaginitis por cándida, se reportaron 12 casos de vaginitis por cándida y 19 de vaginosis bacteriana

TABLA N° IX RESULTADOS DEL CULTIVO DE PACIENTES CON INFECCIONES VAGINALES DE LA UMF No. 80

| Diagnostico | Etiología | Numero | % |
|-----------------------|-----------------------|--------|------|
| Vaginitis Por Candida | Candida Albicans | 12 | 54.5 |
| Vaginosis Bacteriana | Gardnerella vaginalis | 10 | 25.6 |
| | E. coli | 5 | 12.8 |
| | Bacilo Difteroides | 2 | 5.1 |
| | Staphylococcus aureus | 1 | 2.6 |
| | Normal | 1 | 2.6 |
| | Total | 19 | |
| Sana | Staphylococcus aureus | 1 | 1.1 |
| | Normal | 16 | 17 |

El tratamiento prescrito de primera intención fue como sigue: en la vaginitis por candida de 22 pacientes diagnosticadas clínicamente solamente a 6 (27%) se les prescribió tratamiento, el único caso de vaginitis por tricomona no recibió tratamiento, de las 39 pacientes diagnosticadas por vaginosis bacteriana solamente 8 (20%) fueron tratadas en forma adecuada, 32 pacientes resultaron sanas y se prescribió tratamiento a 16 pacientes (50%) En forma general de 94 pacientes evaluadas solamente 64 (68%) recibieron un tratamiento adecuado (Figura No 3)

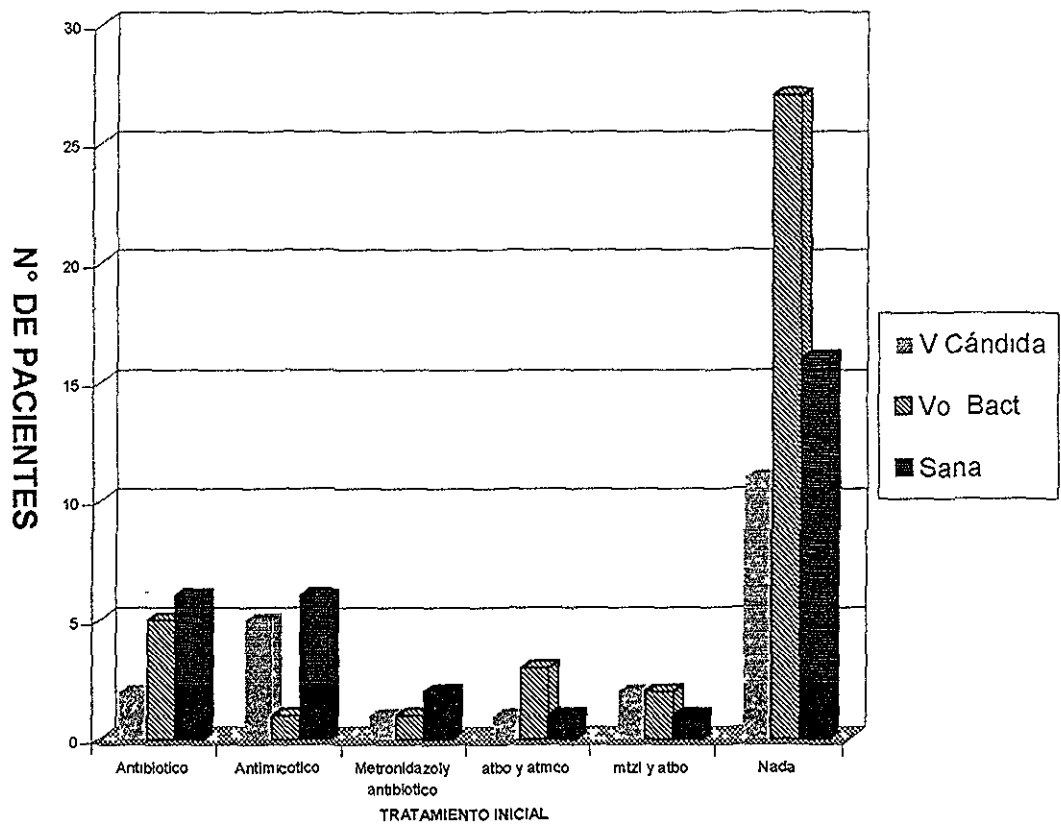


FIGURA N° 3. TRATAMIENTO INICIAL PRESCRITO A LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CERVICOVAGINITIS

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Una vez obtenidos y analizados los resultados de laboratorio se prescribió tratamiento de segunda intención. En la vaginitis por candida de 22 pacientes diagnosticadas clínicamente y apoyados con los resultados de laboratorio se prescribió tratamiento adecuado a 17((77%), el único caso de vaginitis por tricomona se trato en forma inadecuada, de las 39 pacientes con diagnosticadas como vaginosis bacteriana solamente 29 fueron tratadas en forma adecuada (74%), 32 pacientes resultaron sanas y se prescribió tratamiento a 14 (56%), en forma general de 94 pacientes evaluadas solamente 64 (68%) recibieron un tratamiento adecuado (Figura No 4)

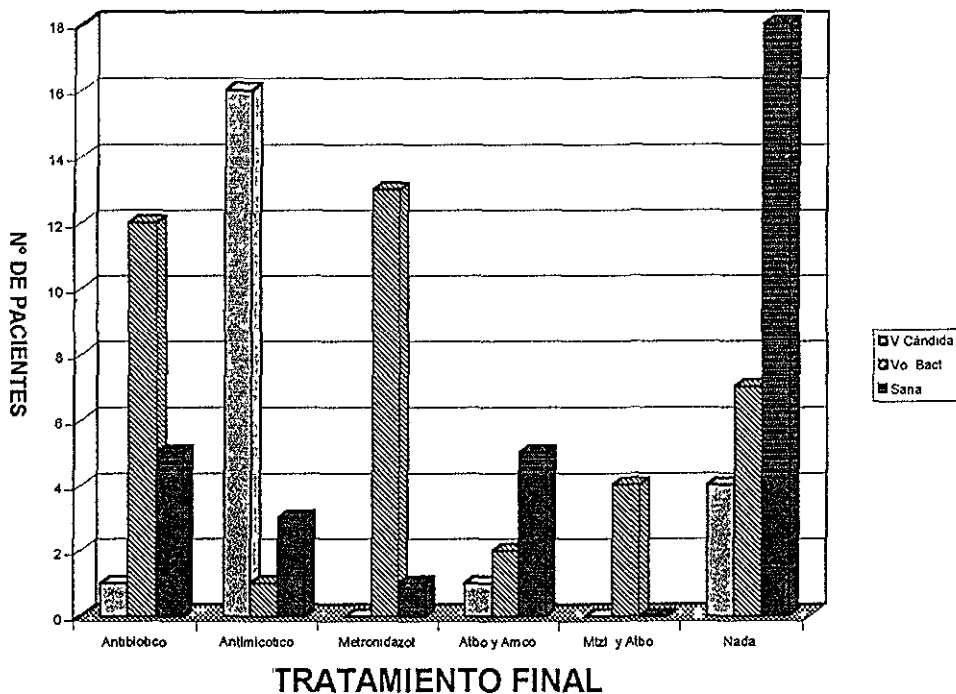


FIGURA N° 4 TRATAMIENTO PRESCRITO POR LOS MÉDICOS TRAJANTES UNA VEZ QUE ANALIZARON LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CERVICOVAGINITIS.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo fue el de evaluar la concordancia clínico, diagnóstico y terapéutica de la cervicovaginitis en la UMF No 80 Morelia Michoacán

Las infecciones cervicovaginales encontradas en orden de frecuencia fueron vaginosis bacteriana, moniliasis y tricomoniasis. Estos resultados son acordes con un estudio realizado en 1998 en esta misma unidad de medicina familiar, en el que se encontró a la vaginosis bacteriana como la más frecuente³⁴

En el 34% de las pacientes el diagnóstico final fue sano, esto puede ser debido a la falta de información sobre el flujo fisiológico y patológico las pacientes, es por ello que es fundamental la participación del laboratorio para realizar un diagnóstico preciso, rápido y de bajo costo, además un buen interrogatorio y exploración ginecológica

Con respecto al tratamiento el uso de nistatina en óvulos fue el de mayor uso sin tenerse como el de mejor efectividad, la nitrofurazona óvulos ocupó el segundo lugar en prescripción, medicamento que no está considerado como alternativa en vaginosis bacteriana y el metronidazol óvulos que tiene excelentes resultados en la vaginosis bacteriana y en la vaginitis por tricomonas ocupó el tercer lugar

Para el control y prevención de las infecciones vaginales, es fundamental motivar a las mujeres a que acudan a la consulta de medicina familiar o ginecológica, para que reciban información de higiene genital y se les realicen exámenes ginecológicos y de laboratorio específicos periódicamente, ya que a través de ellos se detectan las infecciones vaginales que pasan inadvertidas y que son frecuentes, evitando así complicaciones que pueden llegar a ser graves. No obstante, cuando se carece del apoyo del laboratorio, es necesario la instalación del tratamiento adecuado con la sintomatología y las características de la secreción transvaginal encontradas en la exploración ginecológica, este criterio está siendo empleado en diferentes países en vías de desarrollo

CONCLUSIONES

- 1 La vaginosis bacteriana fue la infección vaginal predominante
- 2 No hubo correlación clínico- diagnóstico – terapéutica
- 3 No se encontraron variables demográficas de mayor peso con respecto al diagnóstico
- 4 El 69 % de las pacientes que acuden con diagnóstico de cervicovaginitis y que reciben tratamiento de primera intención son tratadas en forma inadecuada
- 5 El 32 % de las pacientes que son diagnosticadas como cervicovaginitis con base al cuadro clínico y estudios de laboratorio reciben tratamiento inadecuado

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Velasco MV, Pozoz CJ, Cardona PJ. Enfermedades Infecciosas del Cérvix Uterino, Vagina y Vulva: prevención, diagnóstico tratamiento Rev Med IMSS 1999; 37(3): 185-191
 - 2 Wiesenfeld HC, Macio IPA. The infrequent use of office-based diagnostic tests for vaginitis Am J Obstet Gynecol 1999; 181 (1): 39-41
 - 3 Haefner HK. Current Evaluation and Management of Vulvovaginitis Clinical Obstet an Gynecol 1999; 42 (2). 184-195
 - 4 Rivera RL, Quiterio IM, Cruz VA, Conde GC Prevalencia de vaginitis y vaginosis bacteriana asociación con manifestaciones clínicas, de laboratorio y tratamiento Ginec Obst Mex 1996; 64 26
 - 5 James C Caillouette, Charles F Sharp; Grenith J Zimmerman and Subir Roy. Vaginal pH as a marker for bacterial pathogens and menopausal status Am J Obstet Gynecol 1997; 176. 1270-7
 - 6 Mc Gregor, James A; French Janice L, Seo Kyung Premature Rupture of Membranes and Bacterial Vaginosis Am J Obstet Gynecol 1993, 169 (2s). 463-466
 - 7 Joesoef, MR, Hillier, SL; Wiknjosastro, G Sumampouw, H ; Linnan, M ; Norojono, W, Idajadi, A ; Utomo, B Intravaginal clindamycin treatment for bacterial vaginosis: Effects on preterm delivery and low birth weight Am J Obstet Gynecol 1995; 173 (5): 1527-1531
 - 8 Gibbs, Ronald S. Chorioamnionitis and Bacterial Vaginosis Am J Obstet Gynecol 1993; 169 (2s): 460-462
 - 9 Boomgaard, Jantien J; Dekker, Karin S, van Rensburg, Elsabet, van den berg Corlia; Niemand, Illse; Bam Roosmarie H; Cronjé, Hendrik S. Vaginitis, cervicitis, and cervical length in pregnancy Am J Obstet Gynecol 1999, 181(4): 964-967
 - 10 Jack D Sobel: Vaginitis The New England Journal of Medicine 1997; 336(26) 1896-1903
 - 11 Donders, Gilbert G G; Bosmans, Eugene, Deersmaecker, Alfons; Vereecken, Annie Pharm; Van Bulck, Ben, Spitz, Bernard. Pathogenesis of abnormal vaginal bacterial flora Am J Obstet Gynecol 2000; 182 (4) 872-878
-
-

- 12 Rojas RL; Sarria PC; Sariago RI, Goicolea MA, Morales BE. Tricomoniasis en pacientes con patología del cuello uterino Rev Mex Patol Clin 1998; 45(3). 177-180
 - 13 Hill, Gale B: The Microbiology of Bacterial Vaginosis Am J Obstet Gynecol 1993; 169(2s): 450-454
 - 14 Tracy JW y Webster LI Jr Farmacos usados en la quimioterapia de infecciones causadas por protozoos Tripanosomiasis, leishmaniasis, amibias, giardiasis, tricomoniasis y otras infecciones por protozoos Capitulo 41 En Goodman y Gilman Las Bases Farmacológicas De La Terapéutica MCGRAW-HILL INTERAMERICANA
 - 15 Charles H LivengoodIII, James A McGregor, David E Soper, Edward Newton, and Jessica L Thomason Bacterial vaginosis Efficacy and safety of intravaginal metronidazole treatment Am J Obstet Gynecol 1994, 170 759-64
 - 16 Buitrón GFR, Butrón LF, Oropez RG Y Romero CR. Estudio comparativo para evaluar la eficacia y seguridad de metronidazol y secnidazol en presentación de óvulos, para el tratamiento de tricomoniasis vaginal Obst Mex 1997; 65 487
 - 17 Howard L Kent Epidemiology of vaginitis Am J Obstet Gynecol 1991; 168: 1168-76
 - 18 Geiger, A M, Foxman, B; Sobel, JD Chronic vulvovaginal candidiasis: Characteristics of women with Candida albicans, C glabrata and no candida Genitourinary Medicine 1995, 71(5): 304-307
 - 19 Bennett JE. Farmacos Antimicrobianos Fármacos antimicóticos Capitulo 49 En Goodman y Gilman Las Bases Farmacológicas De La Terapéutica MCGRAW-HILL INTERAMERICANA
 - 20 Sobel Jack D ; Brooker Doris, Stein, Gary E , Thomason, Jessica L ; Wermeling, Daniel P ; Bradley, Blake, Weinstein, Louis Single oral dose fluconazole compared with conventional clotrimazol topical therapy of candida vaginitis Am J Obstet Gynecol 1995; 17 2(4): 1263-1268
 - 21 Alvarado GA, Gaviño Ambriz Itraconazol + Secnidazol cápsulas Vs Óvulos vaginales Acetonido de Flucinolona 0.50mg, Nistatina 100,000 y Metronidazol 500mgr en el tratamiento sintomático de la vaginitis Ginec Obst Mex 1998; 66: 173
 - 22 VILLAS CH; GONZÁLES JM, FUENTES GS, Casanova RG, Beltran ZM, Flores RE Infección por Gardnerella vaginalis en parejas heterosexuales Estudio ultraestructural en células de descamación del epitelio estratificado Ginec Obst Mex 1995; 63: 139
-
-

- 23 FLORES RE, CASANOVA RG; BELTRAN M, González JMA, Villegas CH
Vaginosis Bacteriana Relación de la flora vaginal con las células epiteliales de
vagina, con diferente tratamiento Estudio ultraestructural Ginec Obst Mex 1997; 65.
182
- 24 David Aeschenbach, Sharon Hillier; Cathy Critchlow, Claire Stevens, Timothy
DeRouen, and King K Holmes Diagnosis and clinical manifestations of bacterial
vaginosis Am J Obstet Gynecol 1988; 158. 819-28
- 25 Hillier, Sharon I Diagnostic Microbiology of bacterial Vaginosis Am J Obstet
Gynecol 1993; 169(2s): 455-459
- 26 Macsween, Karen F; Ridgway, Geoffrey L ACP Broadsheet No 153, August 1998.
The laboratory investigation of vaginal discharge Journal of Clinical Pathology 1998;
51(8). 564-567
- 27 Jessica L Thomason, Sheldon M Gelbart, and Nancy J Scaglione Bacterial
vaginosis: Current review with indications for asymptomatic therapy Am J Obstet
Gynecol 1991; 165. 1210-1217
- 28 Donders, Gilbert G; Vereecken, Annie; Dekeersmaecker, Alfons, Van Bulck, Ben;
Spitz, Bwernad Wet mount microscopy reflects funcional vaginal lactobqacillary flora
better than Gram stain Journal of Clinical Pathology 2000; 53(4): 308-313
- 29 Ledger, William J Historical Review of the Treatment of Bacterial vaginosis Am J
Obstet Gynecol 1993; 169(2s): 474-478
- 30 Kapisunk-Unner JE, Sande MA, Chambers HF · Fármacos antimicrobianos :
Tetraciclínas, cloramfenicol, eritromicina y diversos antimicrobianos Cap 47 En .
Goodman y Gilman Las Bases Farmacológicas De La Terapéutica 9º Ed Vol II
McGraw Hill Interamericana ?
- 31 Paavonen, Jorma, Mangioni, Constantino; Martín, Maureen A ; Wajszczuk Charles
Vaginal Clindamycin and oral Metronidazole for bacterial Vaginosis: A Randomized
Trial 2000, 55(11). 691-692
32. J.A. Mcgregor, J.I. French, W. Jones, K. Milligan, P.J. McKinney. Patterson,
and R. Parker. Bacterial vaginosis is associated with prematurity and vaginal
fluid mucinase and sialidase: Results of a controlled trial of topical clindamycin
cream. Am J Obstet Gynrecol 1994; 170: 1048-1060.
- 33 Drugs and the reproductive system cap 13 In. Page, Curtis, Sutter, Walker, Hoffman
Integrated Pharmacology Ed Mosby 1997

- 34 Kasten, Mary Jo . Clindamicina, Metronidazole, and Chloramphenicol Symposium On Antimicrobial Agents-Part Xi (Mayo Clinic Proceedings 1999; 74. 825-833
- 35 Alvarez-Aguilar C, Del Val AMS Microorganismos más frecuentes en las cervicovaginitis, respuesta terapéutica Tesis de especialidad en Medicina Familiar IMSS 1998

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

ANEXO 1

HOJA DE ENCUESTA DEL PROYECTO

Nombre _____ Edad _____

No Afiliación _____ Procedencia _____

Edo Socioeconómico Bajo Medio Alto

Ocupación _____ Edo Civil _____

Escolaridad _____ Fecha de Consulta _____

AGO Menarca _____ Ritmo _____ IVSA _____ FUR _____

G _____ P _____ A _____ C _____

Panificación Familiar SI NO Cual _____

APNoP _____

APP _____

Diagnostico Previo _____

Sintomatología: Dispareunia SI NO

Disuria SI NO

Prurito Vulvar SI NO

Ardor SI NO

Exploración Ginecológica SI NO

Flujo Color Blanco SI NO Amarillo SI NO Verde SI NO

Características Homogéneo SI NO Grumoso SI NO Fétido SI NO

Eritema en Introito SI NO

Puntilleo Hemorrágico SI NO

Friabilidad SI NO

Lesión Cervial SI NO

Reporte de Laboratorio

Tricomoniasis *T. Vaginalis* (Caracterizándose por la presencia de flageló en extensión, movilidad típica en tirabuzón)

Candidiasis *Candida Albicans* (Presencia de 3 o mas levaduras por campo)

V Bacteriana (Presencia de células guía y disminución de la flora lactobacilar normal)