

42 11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



EJEMPLAR UNICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 4 CON MF, LOS MOCHIS, SIN.

INCIDENCIA DE CERVICOVAGINITIS EN MUJERES EMBARAZADAS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A

DR. CESAR DE LA COROMOTO BRANDT TORO

LOS MOCHIS, SINALOA, [REDACTED]

2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POST-GRADO

FACULTAD DE MEDICINA

INCIDENCIA DE CERVICOVAGINITIS
EN MUJERES EMBARAZADAS

TESIS ELABORADA PARA OBTENER
EL TITULO DE MEDICO FAMILIAR
POR

DR CESAR DE LA C BRANDT TORO.

ASESOR DE TESIS

DR CARLOS JULIO CASTELO RUELAS.

LOS MOCHIS, SINALOA, DIC. 1983.



3

DIRECTOR DE LA C.H.G.Z. # 4 DR. MACARIO ABAD MATZUDA.

JEFE DE ENSEÑANZA.

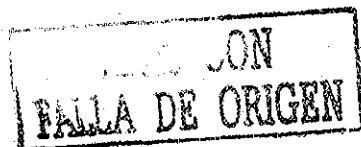
DR. OSCAR MORISHIGE MIYATA.

PROFESOR TITULAR DE LA I.M.F. DR. JOSE LUIS G. TRIANA FLORES.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

INTRODUCCION	4
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	7
GENERALIDADES	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
MATERIAL Y METODOS	22
RESULTADOS	25
DISCUSION	33
CONCLUSIONES	39
BIBLIOGRAFIA	42



INTRODUCCION

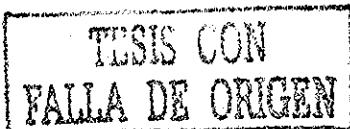
El embarazo se acompaña de un gran número de alteraciones en la respuesta del huésped a la infección y éstos cambios con toda probabilidad no dependen de un patrón biológico de protección del huésped materno contra gérmenes patógenos, siendo más probable que sean un reflejo de la necesidad de mantener un "injerto" de proteína extra - (feto-placenta) en el interior del útero durante los meses de gestación.

Estas diferencias en la respuesta del huésped son necesarias y esenciales para el mantenimiento del embarazo. Sin embargo, observaciones clínicas y de laboratorio indican que en algunos casos tales diferencias pueden disminuir la capacidad del huésped para responder a gérmenes patógenos potenciales. Existen pruebas en pro del concepto de una respuesta alterada del huésped; como lo indican los siguientes hechos:

Datos importantes de laboratorio muestran que la respuesta inmunológica materna se halla alterada durante el embarazo. Es factible que el conocimiento del sistema inmunológico de la madre mediante una valoración de las respuestas celular y humoral. La medición de las inmunoglobulinas

linas circulantes constituyen un excelente indicador de -
los factores humorales durante el embarazo. Se ha observa
do durante el embarazo disminución de los niveles de inmu
noglobulinas G, además de este cambio humorar se han re-
gistrado también cierto número de alteraciones de la fun
ción celular. Es justo señalar que se trata de variables.
Muchos de los cambios sugieren disminución de la competen
cia inmunológica y algunos son compatibles con el incre
mento en la respuesta a los antígenos, observándose dismi
nución del número de algunos linfocitos y también se apre
cia una respuesta inmunológica disminuida de los mismos.
Estos datos de laboratorio son compatibles con cierto gra
do de deficiencia inmunológica y apoyan el concepto de --
una mayor susceptibilidad a la infección.

El cuello uterino constituye una poderosa barrera --
contra el flujo hacia las vías genitales superiores de la
flora normalmente copiosa en la vagina de la mujer embar
zada. La observación clínica confirma rotundamente la ---
existencia de este efecto de barrera. Aunque en varios es
tudios en mujeres grávidas se obtienen cultivos endocervi
cales positivos para muchos gérmenes patógenos como por -
ejemplo: Neisseria Gonorrhea con frecuencia del 5 al 10%.



ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

Desde la primera publicación completa de Döderlein - en 1892, han aparecido un gran número de publicaciones -- que describe la flora microbiana de los genitales de la mujer. A pesar de todos estos estudios, posiblemente con base en ellos y aunque suene paradógico, es difícil decir lo que es la flora normal.

La flora normal puede considerarse como un grupo característico, pero variado de microorganismos que colonizan una zona dada de un huésped sin causar enfermedad. En algunos casos incluye microorganismos que se han considerado como patógenos oportunistas, que están en equilibrio con el huésped en forma tal que no originan enfermedad. - si éste permanece sano. Además algunos microorganismos rara vez aparecen, posiblemente en menos del 1% de la población; sin embargo, los pocos casos en que lo hacen son características del individuo y no atacan al huésped.

A pesar de la disparidad entre los estudios de la -- flora genital, los lactobacilos (también conocidos como bacilos de Doderlein), parecen ser bacilos predominantes- en el cuello uterino y la vagina de la embarazada sana y- de adultas no embarazadas. Casi todos los investigadores- han detectado la presencia de estos microorganismos en --

una cifra mayor del 70% de sus mujeres a pesar de que no usaron medios especiales para cultivo de los lactobacilos.

Bacilos de Doderlein es un término insatisfactorio para referirse a estos microorganismos gram positivos, catalasa negativos, no esporógenos en forma de bastón, pues existen muchas especies con una gran variedad de tipos de colonización, morfología y de diversas capacidades de fermentación. Ante la producción y tolerancia de la acidez alta por parte de los lactobacilos, se ha pensado que limitan la proliferación de otras bacterias en la vagina y con ello conservan las vías genitales en estado sano. También se han aislado del cuello uterino y de la vagina con frecuencia que van del 30 al 60% Staphylococos Epidermis; cocos gram positivos, catalasa positivos, coagulasa negativos. Difteroides; bacilos gram positivos, catalasa positivos, no esporógenos. Hurley y col. señalaron la presencia de estos microorganismos en porcentajes mayores en su población de mujeres embarazadas. Ambos son propios de la piel, y por esta razón, su aislamiento puede representar contaminación de los aplicadores cervicovaginales, si no se tiene el cuidado al tomar el material del cultivo. Sin embargo, han sido aisladas con frecuencia suficiente, para indicar que probablemente son especies autóctonas.

Hite y Col., observaron anaerobios en 16.4% en cultivos de mujeres normales antes del parto. Todos fueron cocos y se les identificó como estreptococos, micrococos o diplococos anaerobios.

Hunter y Long informaron haber aislado bacilos gram-negativos aeróbios de la vagina de 15.7% de mujeres sanas pero no aislaron cocos anaerobios.

White y Koontz no encontraron bacterias anaerobias en cultivos antes del parto, en su población de embarazadas, si bien emplearon algunas técnicas anaerobias. Hunley y col., señalaron estreptococos anaerobios en 21.7% y bacteroides en 5.4% de muestras vaginales altas, tomadas con aplicadores de embarazadas, indicando también que los cocos gram positivos son los anaerobios más frecuentemente aislados en el cuello uterino de la embarazada. Aislaron cocos en un 88% de 25 cultivos de material de mujeres en el primer trimestre del embarazo, que disminuyeron a 59% de 39 cultivos en aquellas en el tercer trimestre.



GENERALIDADES

Una fuente de infección para el feto la constituye - su paso a través del canal del parto en el momento del nacimiento, pudiendo originarse principalmente problemas -- oculares, acuñándose de ahí el término oftalmia neonatorum que se aplica a cualquier conjuntivitis aguda del recién nacido, además de infecciones del tracto respiratorio del neonato, es posible que se presenten por broncoaspiración; y diseminación a partir de este sitio.

La infección por *Neisseria Gonorrea* durante el embarazo debe preocupar mucho. Las embarazadas presentan mayor peligro de infección diseminada gonococcica - que se caracteriza por fiebre, poliartralgia migratorias, tenosinovitis, lesiones dérmicas y artritis séptica. La enfermedad inflamatoria pelviana, que se considera incompatible con el embarazo, ocurre en grávidas, por lo general durante el primer trimestre. Los niños nacidos de mujeres infectadas corren peligro de presentar conjuntivitis gonococcica, la cual se manifiesta en forma de secreción aguda, purulenta y copiosa, que empieza de los tres a cinco días después de nacer y que puede ocasionar ceguera del recién nacido.

Como parte integrante de la primera visita pre-natal

debe obtenerse material endocervical para someterlo a cultivo. Dado que el embarazo no protege contra la gonorrea, el procedimiento debe repetirse durante el tercer trimestre en embarazadas que provienen de zonas de alto riesgo, o que su hábitat predispone a su transmisión.

La *Clamidia Tracomatis* se transmite por vía sexual. El cuello uterino es el sitio más frecuente de infección en mujeres que a menudo son asintomáticas. La infección por *C. Tracomatis* durante el embarazo no entraña riesgo conocido para la mujer, pero expone al niño al peligro de conjuntivitis por inclusión y neumonía. La conjuntivitis por inclusión suele aparecer durante la segunda o tercera semana de vida. El microorganismo se adquiere al pasar por el conducto del parto. En aproximadamente 50% de las mujeres con signos de clamidiasis los hijos presentan conjuntivitis.

El diagnóstico de conjuntivitis por inclusión por *Clamidiasis* puede comprobarse al demostrar las células epiteliales con inclusiones intracitoplasmáticas en un frotis teñido con el método de Giemsa de material obtenido por raspado de la conjuntiva. Los niños nacidos de mujeres infectadas por *C. Tracomatis* también corren riesgo de presentar neumonías durante los meses segundo y terce-

ro de la vida. Estudios preliminares sugieren que 10 a -- 20% de los niños expuestos presentan neumonías clamidiásicas. La conjuntivitis no precede obligadamente a la neumonía.

El examen de embarazadas para buscar clamidias y el tratamiento antimicrobiana adecuado de aquellas que se -- descubren infectadas, con toda seguridad impediría la conjuntivitis y la neumonía por este parásito

La conjuntivitis purulenta aguda suele ser producida por el estafilococo, estreptococo, hemophylus influenzae, etc...

La infección vulvar y vaginal por Cándida Albicans - produce síntomas que dependen del grado de la lesión tisular. En casos poco graves el síntoma más común es el prurito. De hecho, cuando las mujeres se quejan de prurito, - habrán que sospechar la presencia de Cándida hasta que se compruebe lo contrario. Conforme evoluciona trastorno, -- aparecen ardor, adolorimiento, dispareunia y dolor con el simple roce o la micción. Este último síntoma llamado "diseuria vulvar" debe diferenciarse de la disurea uretral o- vesical. Muchas mujeres con ardor al orinar han sido tratadas con antibióticos ingeribles por un supuesta infec- -ción de vías urinarias, y por supuesto, estos fármacos --

han empeorada la Candidiasis.

En ocasiones la candidiasis vulvar puede ser tan intensa y con gran inflamación que abarca no solo los labios y el introito, sino también el Monte de Venus, los pliegues inguinales, los muslos y los glúteos. Las mujeres con infección por Cándida no se quejan del mal olor. En ocasiones describen la expulsión de "coagulos" blancos pero la secreción no es frecuente en la paciente típica.

Se han descrito casos de embarazadas a término con una colonización extraordinaria de la vagina; en estos casos, prácticamente todo el interior de la vagina está recubierta de coágulos verdes grisaceos de Cándida y hay una secreción acuosa fina que a veces se confunde con líquido amniótico. La prueba de Nitracina en la infección por Cándida genera resultados ácidos a diferencia del Ph alcalino del líquido amniótico, que sale en la rotura manifiesta de las membranas. Esta secreción acuosa puede ser el único síntoma en estas mujeres, porque muchas están solamente colonizadas sin que haya avanzado el proceso a la fase de infección. Estas mujeres relativamente asintomáticas, con embarazo a término, deben ser tratadas para evitar el "aigodoncillo" o moniliasis del neonato. Existe una clara relación entre la moniliasis vaginal materna y la oral infantil. La fuente materna parece ser el

medio primitivo principal de infección de los recién nacidos. Estos microorganismos son moradores habituales de la piel y de las mucosas oral, vaginal e intestinal y se instalan en el recién nacido durante su nacimiento.

Cándida Albicans puede cultivarse de la vagina en el 25% de las embarazadas cerca del término de la gestación. La candidiasis tiene probabilidades de recidiva y por esta razón, estudios de exudado cervicovaginal post-tratamiento son mandatorios. En el tratamiento de la candidiasis sigue siendo de gran utilidad de Nistatina, aunque en los últimos años se ha demostrado mayor eficacia con nuevos antimicóticos de amplio espectro como son el Miconazole, Clotrimazole y más recientemente, el Ketoconazole.

En las infecciones por Cándida se ha señalado la intervención de muchos factores del huésped, entre los más mencionados están: Diabetes, la administración de antibióticos sistémicos, embarazo, anticonceptivos orales. De mayor trascendencia ha sido la identificación reciente de la disminución de la inmunidad del huésped o la falta de anticuerpos selectivos para la Cándida.

En la infección por Trichomonas Vaginalis los signos clínicos son muy variables y de hecho es imposible predecir con exactitud cuáles mujeres sufren la infección, úni-

camente con base en el cuadro clínico. Ello contrasta netamente con la infección por Cándida, en la cual el síntoma característico es el prurito.

Los síntomas proteiformes de la vaginitis por Tricomonas provienen de la respuesta inflamatoria muy variable. En algunas mujeres no hay síntomas en absoluto. En mujeres con mínima o nula respuesta inflamatoria a pesar de la presencia de Tricomonas, la secreción puede ser el único síntoma. Conforme evoluciona la respuesta inflamatoria aumenta la secreción, así como el dolorimiento de la vagina, el goteo de sangre intermenstrual o después del coito. Al agravarse la inflamación también aumenta el trá sudado de las paredes vaginales, y estas mujeres en ocasiones se quejan de prurito, lo cual sugiere una infección por Cándida. Ello orienta a la necesidad de un diagnóstico microscópico y no simplemente al de tipo sintomático.

La Tricomonas se identifica en el 20 a 30% de las embarazadas, no obstante la infección es sintomática en un porcentaje mucho menor de pacientes. Se ha planteado el = interrogante de saber si la infección por Tricomonas predispone a las mujeres a la rotura prematura de membranas- y si muestran mayor tendencia a sufrir una infección bacteriana ascendente. No existen pruebas para confirmar la-

primera suposición a pesar de muchos estudios efectuados- sobre la causa de la rotura prematura de las membranas. El dato de que las mujeres indigentes muestran con mayor- facilidad una infección ascendente, puede reflejar el he- cho de que las bacterias patógenas son mucho más abundan- tes en este tipo de personas. La administración de anti- bióticos después de la rotura de membranas no evita las in fecciones ascendentes, y por tal razón, el médico se pre- gunta si la erradicación de los patógenos vaginales en -- forma sistémica sería útil para evitar las infecciones de tales características, en caso de que las membranas se -- rompieran en forma ulterior.

El Metronidazol es el único medicamento eficaz con- tra la *T. vaginalis*. La dosis recomendada es de 250 mg. - tres veces al día por siete días, o una sola dosis de 2 - gramos en un día. Siempre hay que tratar también al compa- ñero o consorte.

La teratogenicidad del Metronidazol solo se ha seña- lado por algunos estudios en que demostraron mutaciones - en bacterias, pero aún no en el humano o animales superio res. En general se prefiere no usarlo en el primer trimes- tre de la gestación y en los dos siguientes indicarlo so- lo en caso de no existir otra opción terapéutica.



la flora bacteriana del aparato reproductor femenino constituye un punto focal para el estudio de enfermedades infecciosas en obstetricia y ginecología, ya que se sabe que muchas infecciones pélvicas son debidas a bacterias propias del epitelio cervicovaginal. La flora de la vagina comprende una gran variedad de especies bacterianas, incluyendo organismos aerobios y anaerobios, según lo han revelado métodos microbiológicos modernos.

Estudios recientes indican la relación de infección cervicovaginal y el desarrollo de infecciones pélvicas posteriores a cirugía de los órganos genitales, sucesos traumáticos del aparato reproductor, incluyendo partos.

La leucorrea ocasiona irritación vulvar, prurito y ardor, que se exacerban al orinar y algunas infecciones del tracto urinario terminal proceden de infecciones ginecológicas como en el caso de la gonorrea, menos frecuente la uretra es invadida por tricomonas vaginales. El aparato urinario sufre alteraciones durante el embarazo y parto. Por lo tanto, después de éstos, generalmente queda marcado con modificaciones definitivas, si bien muchas de éstas son regresivas durante el puerperio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En el desarrollo del embarazo la mujer cursa con cierto déficit en la respuesta inmune, que induce a un riesgo de infección para el binomio madre-feto. El final del embarazo tiene mayor importancia en este sentido, dado que de existir infección cervicovaginal en el momento del paso del producto a través del canal del parto, éste puede contraer varios tipos de infección, como son los problemas oculares por *Neisseria Gonorrea* y *Clamidia Trachomatis* principalmente, infecciones del tracto respiratorio y de ahí al resto del organismo y la moniliasis del aparato digestivo; por el lado materno se tiene riesgo mayor de Infección de Vías Urinarias, Rotura prematura de Membranas, Corioamnionitis y Endometritis post-parto; dando como secuela Inflamación Pélvica Crónica y las molestias sintomáticas de cada infección.

Se debe señalar que algunas infecciones bacterianas como la sífilis son infectantes en el feto hasta el segundo trimestre del embarazo y que toda la gama de lesiones y malformaciones son previsibles en mujeres sospechosas con observación en campo obscuro del exudado de las lesiones.

Por lo antes anotado, se efectuó el presente estudio

en forma retrospectiva con la finalidad de determinar la incidencia, manejo y seguimiento de esta patología a nivel de Medicina Familiar en la población derechohabiente del I.M.S.S.



MATERIAL Y METODOS.

El universo de estudio se tomó de la hoja de control e informe de consulta externa (Forma 4-30-6) en forma retrospectiva y al azar, seleccionando por nombre, número de afiliación, número de consultorio y turno de consulta a la cual pertenecían (AC o BD) a mujeres embarazadas pertenecientes al régimen ordinario, adscritas a los diferentes consultorios de Medicina Familiar, de la Unidad de Medicina Familiar Número 37 de Los Mochis, Sinaloa y que cumplieron su control pre-natal en el periodo comprendido desde el 10 de Enero de 1982, hasta el 31 de Diciembre de 1982.

El Universo constó de 2060 pacientes, de los cuales se analizaron un total de 702 expedientes, lo que representa un 34.07% del total, considerándose una muestra representativa. La meta era revisar el 100% del universo, lo cual no fue posible debido a diferentes causas.

a.- Pacientes dados de baja.

b.- Expedientes fuera del archivo por tener el paciente consulta en otras especialidades.

c.- Pacientes que fueron cambiados de consultorios.

d.- Expedientes depurados.

e.- Coincidio la época en que se estaba realizando

una confronta (métodos de investigación de vigencias de los derechohabientes), por lo tanto, no se encontraron aquellos expedientes que no tenía tarjeta de adscripción a la clínica.

f.- Archivos que se encontraban desorganizados, no -
había secuencia progresiva con respecto a los números de afiliación, lo que también dificultó en-
contrar algunos expedientes.

De los 702 expedientes analizados, se obtuvieron 128 pacientes que acusaban datos clínicos o de laboratorio de cervicovaginitis, representando el 18.23%. Se recolecta-
ron y agruparon las variables que influyen sobre la pato-
logía en estudio, distribuyéndose por grupos de edad, nú-
mero de gestaciones, número del trimestre de presentación
síntomas y datos de laboratorio, así como conducta tera-
péutica. los datos se agruparon en forma de gráficas y ta
blas.

RESULTADOS

En la distribución por grupos de edad, (Fig. 1) se puede observar que de 128 pacientes que presentaron patología cervicovaginal; 56 correspondían al grupo de 15 a 24 años, representando el 43.75%; 55 pacientes al grupo de 25 a 34 años, representando el 42.96% y disminuyendo a 16 pacientes en el grupo de 35 a 44 años con un 12.50%. Es muy demostrativa la figura número 1 al hacer patente el mayor porcentaje de incidencia (87.71%) en las mujeres menores de 34 años.

La incidencia de patología cervicovaginal en relación al número de embarazos (Fig. 2) muestra mayor número de casos (39), lo cual corresponde al 30.46% en las segundigestas; en las primigestas el 21.09% (27 casos); tercigestas con el 18.75% (24 casos), y el resto de los casos fue disminuyendo conforme el número de embarazos era mayor.

De los 128 pacientes, en solo 89 casos se consignó en la historia clínica leucorrea, lo que equivale al 69.53%, el resto no presentó este síntoma cardinal de la enfermedad, bien sea por falta de importancia, pudor de la embarazada, o por falta de interrogatorio dirigido por el médico y que además no se efectúa examen genital en la

consulta pre-natal. En la Fig. 3 se agrupan los casos de leucorrea en relación al trimestre de aparición o descubrimiento, encontrando 36 casos (40.45%) en el segundo trimestre, 31 casos (34.83% en el tercer trimestre y el resto (24.72%) en el primer trimestre.

La tabla I muestra el número de exudados cervicovaginales solicitados en relación al número de casos con leucorrea. De 89 pacientes que presentan leucorrea en el transcurso de su embarazo, solo a 37 pacientes se les realizó exudado cervicovaginal, representando el 41.57%. A los 52 pacientes restantes que corresponden al 58.43%, no se les solicitó dicho estudio a pesar de cursar con leucorrea y por lo tanto fueron tratadas sintomáticamente en base a la clínica. Si tomamos al total de la muestra (128 casos) tratados como infección cervicovaginal, observamos que el porcentaje de pacientes en que se solicitó el exudado cervicovaginal es muy bajo, correspondiendo a un 28.90%.

Es importante hacer notar que 27 pacientes recibieron tratamiento como cervicovaginitis, debido a que el examen general de orina mostró presencia de levaduras y también que en ningún caso, ya sea con examen cervicovaginal o sin él, que recibieron tratamiento, fue solicitado exudado cervicovaginal de control.

De los 37 casos en que se efectuó exudado cervicovaginal, el gérmen más frecuente fue la Monilia, con 21 casos (56.75%) siendo la Trichomonas Vaginalis el segundo en frecuencia con 17 casos (45.94%), Cocos Gram Positivos 14 casos (37.83%), y Estaphylococos Epidermis 10 casos (27.02%); los casos restantes se agruparon con baja incidencia en otros microorganismos como son; Bacilos Gram Negativos 5 casos, Bacilos Gram Positivos, Cocos Gram Negativos y Hemophylus Influenzae con 1 caso (Tabla 2).

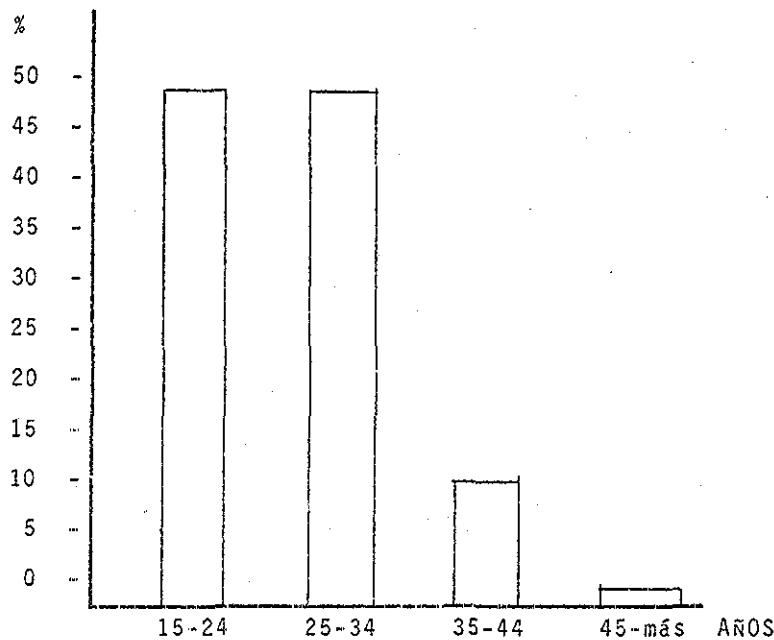
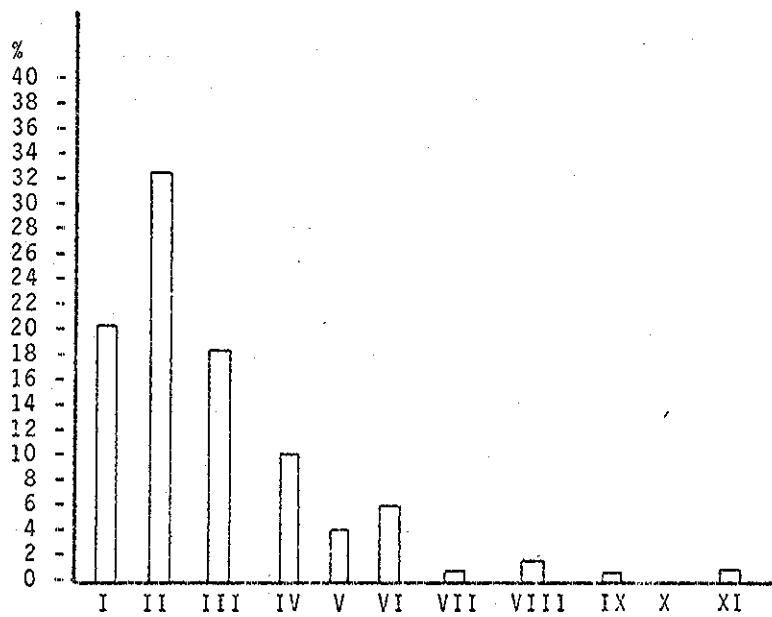


FIGURA 1
DISTRIBUCION POR EDADES EN 128 PACIENTES
CON INFECCION CERVICOVAGINAL.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA



No. GESTACION

FIGURA 2
INCIDENCIA DE PATOLOGIA CERVICOVAGINAL EN
RELACION AL NUMERO DE EMBARAZOS.

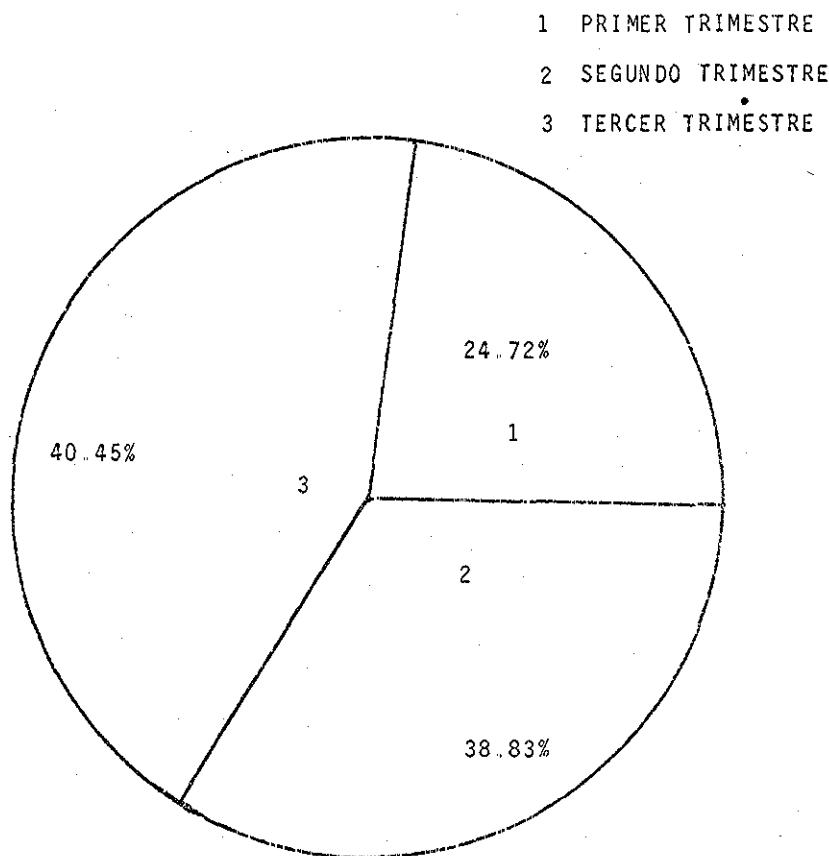


FIGURA 3
NUMEROS DE CASOS DE LEUCORREA SEGUN EL
TRIMESTRE DE EMBARAZO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 1 - Número de Exudados Cervicovaginales solicitados en 128 pacientes.

	LEUCORREA	OTROS SINTOMAS	TOTAL
	89 (69.53%)	39 (30.47%)	128
SI	37 (28.90%)	0 (00.00%)	37
NO	52 (40.62%)	39 (30.47%)	91

TABLA 2 - Tipo de gérmenes encontrados en 37 muestras de Exudados Cervicovaginales.

GERMENES	NUMERO	%
MONILIAS	21	56.75
TRICOMONAS	17	45.94
COCOS GRAM +	14	37.83
COCOS GRAM -	1	2.70
ESTAFILOCOCOS EPIDER.	10	27.02
BACILOS GRAM +	1	2.70
BACILOS GRAM -	5	13.51
HEMOPHYLUS	1	2.70
OTROS	5	13.51



DISCUSION.

En el embarazo hay una deficiencia inmunológica que apoya el concepto de una mayor predisposición a la infección, y en nuestro estudio se pudo verificar que la embarazada puede ciertamente alojar microorganismos de virulencia significante en su flora cervical y vaginal, ya que de 702 pacientes embarazadas, 128 (18.23%), presenta infección cervicovaginal.

Con respecto a la edad se puede observar que se presenta mayor incidencia en mujeres menores de 34 años, ésto es debido a que es muy pequeño el número de mujeres embarazadas por encima de esta edad; además las mujeres en edad joven presentan más vida sexual activa y por lo tanto, están más propensas a contraer infecciones que se transmiten por vía sexual, influye también, aunado a ésto el hecho de que los cónyuges presentan relaciones sexuales extramaritales, muy frecuente en los estratos socio-económicos bajos. Tiene mucha relación la trascendente función que brinda el programa de Planificación Familiar.

Con respecto al número de gestas, nuestra patología estudiado se presenta más frecuentemente en segundigestas en comparación con las primigestas, y es debido a que estas últimas acuden menos a la consulta de control pre-

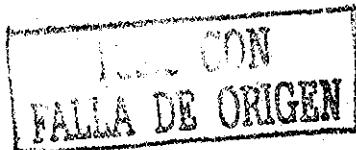
natal, bien sea por inexperiencia propia, desinterés o -- por falta de orientación por parte del Médico Familiar; - observándose también que la incidencia de cervicovaginitis disminuye a medida que aumenta el número de embarazos.

El síntoma cardinal fue leucorrea, se presenta en 89 casos (69.53%), en el resto 39 casos (30.46%), no se consigna este dato en la historia clínica por falta de importancia, pudor de la embarazada o por falta de interrogatorio dirigido por parte del Médico Familiar. Otro número insignificante de pacientes acusaban síntomas como prurito, dispareunia y otros.

De las 89 pacientes que presentaron leucorrea, solo a 37 (28.90%) se les solicitó Exudado Cervicovaginal, al resto 52 pacientes (58.42%) a pesar de cursar con leucorrea no se les solicitó dicho estudio, y por lo tanto, fueron tratadas de acuerdo a la signología clínica, siendo mal tratadas y agravándose su sintomatología. Es de hacer notar que aunque la flora vaginal sea más benigna durante el embarazo, ésto no debe considerarse una indicación para no realizar el Exudado Cervicovaginal en las embarazadas. En 27 pacientes se informó levaduras en su examen general de orina, representando el 21.09%, no contaban con Exudado Cervicovaginal y fueron tratadas como infección Cervicovaginal. En ninguno de los casos se contó con Examen de control.

En relación a la aparición o descubrimiento de leucorrea según el trimestre de la edad gestacional, se observa que en el segundo trimestre es mayor la incidencia con

respecto al primer trimestre y es debido a que la mujer embarazada no acude a la consulta de control pre-natal -- desde el inicio de la gestación, y por lo tanto, no se detecta dicha patología en el primer trimestre.



De las 37 pacientes a quienes se les realizó Exudado Cervicovaginal se obtuvo que los gérmenes más frecuentes encontrados fueron: Monilias en el primer lugar con el -- 56.75%; Tricomonas con el 45.94% y Cocos Gram Positivos - con el 37.85%. Esto demuestra una vez más lo publicado -- por otros autores: Que la Cándida Albicans se puede cultivar en el 25% de las embarazadas cerca del término de la gestación y que la Tricomonas Vaginalis se cultiva en el - 20 - 30% de las embarazadas.

Si bien no toda, un gran porcentaje de la población-derechohabiente pertenece a un bajo nivel socioeconómico y las condiciones higiénicas de la misma no son óptimas y este factor tan importante repercute en el resultado del Exudado Cervicovaginal, ya que es factible que ocurra contaminación del aplicador al tomar la muestra.

La prevención de estas entidades se pueden realizar por el Médico Familiar, concluyéndose que la atención del estado grávido se puede y se debe mejorar y para ello es indispensable uniformar los criterios para atender mejor a la embarazada.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

40

CONCLUSIONES.

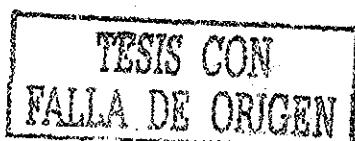
- 1.- El embarazo cursa con deficiencia inmunológica lo que predispone a la infección.
- 2.- La infección Cervicovaginal es más frecuente en mujeres menores de 34 años.
- 3.- Se presenta mayor incidencia en segundigestas.
- 4.- A medida que aumenta el número de embarazos disminuye la incidencia de Cervicovaginitis.
- 5.- No se realiza un buen examen físico integral a nivel de la consulta de control pre-natal.
- 6.- A pacientes embarazadas con leucorrea no se les realiza Exudado Cervicovaginal y se tratan sintomáticamente, lo que conlleva a que su cuadro clínico empeore.
- 7.- No se detecta leucorrea en el primer trimestre debido a que la paciente embarazada no acude a un control pre-natal precozmente.
- 8.- Hay que concientizar al personal Médico y Paramédico.

- 9.- Es necesario orientar a la población derecho habiente.
- 10.- Es necesario realizar Exudado Cervicovaginal a toda paciente que acuda a control pre-natal a fin de detectar patología que muchas veces es asintomática y que posteriormente produce complicaciones.



BIBLIOGRAFIA.

- 1.- White and Koontz. Bacterial Flora of the Cervix During Pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 32; 402, 1968.
- 2.- Nelson, Vaughan, McKay, *Tratado de Pediatría*. Ed. Salvat. Sexta Edición. pp. 77, 1971.
- 3.- Salas Ceniceros Salvador; Roberto Uribe *Monografías de Ginec. y Obstet.* A.M.E.R.H.G.O.U. pp. 172, 1972.
- 4.- Williams. *Obstetricia*. Ed. Salvat. pp. 300, 1973.
- 5.- Atención Materno Infantil en Medicina Familiar. I.M. S.S. pp. 10, 1975.
- 6.- Rudolph P. Galssk et col. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*. Ed. Interamericana. México, 1975. pp. 61-80.
- 7.- Greenhill J.P. Emanuel A. Friedman. *Obstetricia*. Ed. Interamericana. México 1977, pp. 134-135.
- 8.- Aladjem Silvio. *Riesgos en la Práctica de la Obstetricia*. Ed. Salvat. España, 1978. pp. 8.



- 9.- Raymond H. Kaufman. Current Therapy in obstetrics and Gynecology. Edward J. Quilligan. Ed. W.B. Saunders Company Philadelphia, 1980. pp. 97-98.
- 10.- Rudolph P. Classk et col. Selecciones de Obstetricia y Ginecología. Volúmen VI # 4. 1981. pp. 129.
- 11.- Muggis George; George Preti. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Ed. Interamericana. México, 1981. pp. 363 - 383.
- 12.- Frederich J. Fleury. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Ed. Interamericana. México, 1981. pp. 415-446
- 13.- McCormack Williams. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Ed. Interamericana. México, 1981. pp.321-327.
- 14.- Berkowitz R.L., Coustan A.R., Mochizuki T.K.: Hand Book for Prescribing Medications During Pregnancy. Ed. Little Brown Co. 141, 1981.

