

11226
2 73
24



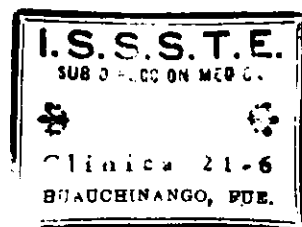
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

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



**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE 210700
SEDE HUAUCHINANGO, PUE**

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LEUCORREAS
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE
210700 DE LA CIUDAD DE HUAUCHINANGO, PUE.

1131609

Trabajo para obtener el diploma de especialista en medicina familiar, presenta:

DRA. CELINDA MARIA DE LA LUZ MELO TREJO

HUAUCHINANGO, PUE.. 1999

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LEUCORREAS
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE
210700 DE LA CIUDAD DE HUAUCHINANGO, PUE.

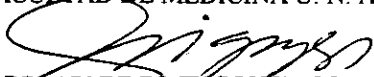
Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar

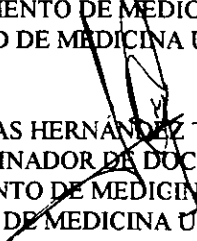
Presenta:

DRA. CELINDA MARIA DE LA LUZ MELO TREJO

AUTORIZACIONES

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


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U. N. A. M


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

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE
LEUCORREAS
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE
210700 DE LA CIUDAD DE HUAUCHINANGO, PUE.

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar

Presenta:


DRA. CELINDA MARIA DE LA LUZ MELO TREJO

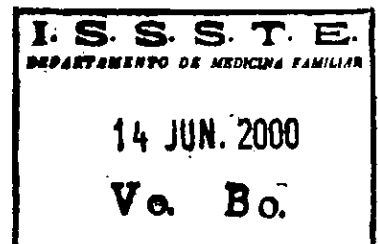
AUTORIZACIONES


DR. JUAN ÁNGEL CASTILLO LAFARJA
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR


DR. JUAN ÁNGEL CASTILLO LAFARJA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ASESOR DE TESIS


DR. JOSÉ CASTRO CANTE
ASESOR DE TESIS ISSSTE


DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
Y EDUCACION MEDICA CONTINUA
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA ISSSTE



FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
ÍNDICE GENERAL

1.-	MARCO TEORICO	7
2.-	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	50
3.-	JUSTIFICACIÓN	50
4.-	OBJETIVOS	51
5.-	HIPÓTESIS	52
6.-	METODOLOGÍA, DISEÑO	52
7.-	POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO	52
8.-	MUESTREO	52
9.-	CRITERIOS DE SELECCIÓN	53
10.-	VARIABLES	53
11.-	PROCEDIMIENTO DE CAPTURA	55
12.-	CONSIDERACIONES ÉTICAS	56
13.-	RESULTADOS	56
14.-	DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	79
15.-	CONCLUSIONES	84
16.-	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
17.-	ANEXOS	88

MARCO TEORICO:

Desde la aparición del hombre en la tierra se inicia la práctica de la Medicina. Muchas de las tradiciones médicas estuvieron relacionadas con plantas que tenían la forma de los órganos, y también se consideró que las hemorragias y los *flujos* propiciaban la fuga de los demonios, esto nos hace notar que ya desde entonces existía un interés marcado en lo que respecta a las enfermedades que aquejaban al aparato reproductor femenino. En Babilonia el código de Hammurabi hace una recopilación de leyes y costumbres muy antiguas en la práctica médica. Para los egipcios la diosa Segmet intervenía favorablemente en el caso de las enfermedades femeninas y las “casas de la vida” eran célebres y gozaban de reputación internacional como por ejemplo la “casa de la vida” de Imhotep en Menfis, o bien la de Sais, en la que eran instruidas las matronas. Los papiros encontrados como el de Smith mencionan los síntomas que se referían a parálisis de la vejiga y padecimientos de la mujer, el de Ebers contiene cerca de mil recetas, algunos de cuyos componentes son aún conocidos, describiendo diferentes formas de prepararlas (píldoras, supositorios, cataplasmas, hongüentos, enemas, vomitivos, y *óvulos vaginales*).⁽¹⁵⁾

La medicina del antiguo pueblo hebreo se basaba en las “leyes divinas”, pudiendo considerárseles como los primeros codificadores de prescripciones higiénicas específicas y eficaces que los mantuvo libres de las enfermedades por contacto sexual, reconociendo el valor profiláctico de la circuncisión en la prevención del cáncer en las mujeres judías.

La práctica médica hindú refiere algunos conocimientos anatómicos de las trompas de Falopio, útero, y secreciones provenientes del mismo, siendo frecuente el manejo de medicamentos “inyectados” en vejiga y vagina, practicando irrigaciones describiendo cuidadosamente la técnica y el instrumental necesario para el procedimiento.⁽¹⁵⁾

En México la diosa Xochiquetzal era la deidad que intervenía favoreciendo el puerperio normal ausentando los flujos. En el “Códice Badiano” se menciona una amplia gama de hierbas medicinales para curar padecimientos de la mujer.

Los griegos inician las bases de la exploración armada, pues se habla del especulo vaginal y la introducción de objetos en vagina para impedir la concepción.

En Roma, Sorano de Efeso escribió el libro de las enfermedades de la mujer constituyéndose en una guía para las comadronas describiendo en particular las características del cérvix según el padecimiento, utilizándose instrumentos de exploración como espejos de tres y cuatro valvas.

Desde los descubrimientos anatómicos de Gabriel Falopio, la descripción de la flora microbiana de las vías genitales de la mujer publicada por Doderlein en 1892, hasta los métodos diagnósticos de Papanicolaou, el curso de la historia en lo que se refiere a las enfermedades de la mujer ha cambiado, haciendo posible que la mayoría de los médicos estén capacitados para reconocer y saber manejar, en el tema que nos ocupa, cualquier tipo de leucorrea que refiera la paciente desde la consulta inicial.⁽¹⁵⁾

En ginecología se entiende como *leucorrea* el proceso caracterizado por exceso de secreción vaginal, también llamado *flujo*, que puede ser fisiológico o patológico. Constituye quizá, el síntoma ginecológico que se presenta con mayor frecuencia, y aparece por lo menos en un tercio de todas las pacientes ginecológicas. Raramente es grave suele acompañar a infecciones simples de cuello, vagina o trompa.^(5, 22)

Leucorrea viene del griego “*leucos* blanco, y *rraea*, fluir o fluido”, es uno de los síntomas más frecuentes por el que una mujer acude a consulta con el ginecólogo, y en condiciones normales todas las paredes de la mucosa genital se mantienen húmedas.^(20, 22)

Dentro de las funciones propias de la vagina podemos comentar la llamada depuradora o de defensa, esto es una secreción normal de la vagina, a pesar de que no es un órgano que tenga glándulas propiamente dichas, pero alberga un contenido inerte y un contenido vivo que hace arrastrar detrás de sí a las células epiteliales.⁽²⁹⁾

El contenido vaginal inerte está constituido por una serie de productos de desecho, tanto orgánicos como inorgánicos. También forman parte de él: agua, electrolitos, mucopolisacáridos de la secreción endocervical y de las glándulas vestibulares, sangre, células de las zonas altas del útero, trompas e incluso peritoneales, así como saprófitos que pululan en la vagina.⁽²⁾

Son relativamente pocas las mujeres que no hallan tenido en un momento u otro de su vida, por lo menos un ligero flujo exterior que puede no ser más que un exceso de una secreción por lo demás normal, o estar formado por exudados normales producidos por lesiones patológicas situadas a cualquier nivel del conducto genital.⁽²²⁾

La mayor parte de las infecciones ginecológicas altas (las cuales son conocidas por la posterior repercusión sobre la fertilidad de las pacientes afectadas) y de numerosos problemas encontrados en perinatología (infecciones intrauterinas, parto prematuro, infecciones neonatales) encuentran su origen en las vaginitis y las endocervicitis o son causadas por gérmenes que pertenecen a la flora cervicovaginal normal.⁽¹⁰⁾

Las infecciones de la vagina pueden ser extremadamente problemáticas y causar innumerables molestias pudiendo afectar a tres estructuras: vulva, vagina y cervix. Algunos flujos son normales y no necesariamente indicativos de infección. Dichos flujos son causados por la microflora (microbios) que colonizan desde el nacimiento el aparato genital de la mujer y dichas secreciones pueden tener un olor “característico” y una cantidad normal

dependiendo de cada mujer. Los microorganismos que forman los flujos (o desechos) pueden ser influidos por varios factores: Ciclo menstrual, actividad sexual, el parto, la cirugía, los antibióticos, los anticonceptivos hormonales, el DIU y enfermedades que disminuyan la inmunidad. (defensas). Además de esto, la flora bacteriana vaginal es un eco-sistema dinámico y varía día con día en la misma mujer, los síntomas en cada tipo de infección son similares. Generalmente hay una secreción anormalmente excesiva, acompañada de prurito, ardor y malestar, dolor al orinar y en la actividad sexual, irritación e hinchazón en vulva y vagina.⁽¹⁸⁾

Las leucorreas pueden tener diversos orígenes; topográfico y etiológico.

Clasificación topográfica:

- La leucorrea de origen *cervical*, es fisiológica hasta el momento de la ovulación.
- La leucorrea de origen *vaginal*, muy frecuente sobre todo durante la vida sexual activa, en ocasiones se asocia con atrofia vaginal en niñas, castradas y posmenopáusicas.
- La leucorrea *vestibular* precede al coito, o en otras excitaciones psicosexuales.⁽²⁹⁾

Clasificación etiológica:

- Leucorrea *infecciosa*, por gérmenes patógenos.
- Leucorrea *discrásica*, por hipoestrogenismo de origen vaginal.
- Leucorrea *irritativa*, por hipersecreción refleja, casi siempre vestibular. Las más frecuentes son infecciosas y parasitarias, dando origen a las cervico-vaginitis o infecciones genitales bajas.

La incidencia mayor de la vaginitis es en la vida adulta, sobre todo durante la vida sexual activa y reproductiva. Aunque en la actualidad no es raro ver adolescentes acudir angustiadas a la consulta, quizá por el aumento de las relaciones sexuales prematrimoniales.^(29.16)

Secreciones vaginales normales:

Las leucorreas "*fisiológicas*" comprenden diferentes constituyentes: secreciones vulvares de las glándulas sebáceas, de las glándulas de Bartholin y de Skene, moco cervical, secreciones provenientes del endometrio y de las trompas, trasudado vaginal, células exfoliadas de la mucosa vaginal. Desde el punto de vista bioquímico se encuentran en las secreciones vaginales electrolitos, urea, ácidos grasos, ácidos aminados, y proteínas. Algunos de estos constituyentes (moco, lisozima, lactoferrina, zinc, fibronectina, complemento) presentan una actividad antiinfecciosa no específica importante, el glucógeno aparece en el epitelio vaginal desde que éste está sometido a la acción de los estrógenos. Al nacer, el epitelio vaginal encierra una cantidad elevada de glucógeno que desaparece en el curso del primer mes de vida. Hasta la pubertad, la pared vaginal está desprovista de glucógeno. Este reaparece en la pubertad y persiste hasta la menopausia, después de la cual la mucosa vaginal atrofiada contiene sólo un poco o nada de glucógeno. Esto conlleva variaciones concomitantes en la flora y en el pH vaginales. La mayoría de las bacterias y demás microorganismos se desarrollan con más facilidad, mientras el pH sea menos ácido o mejor aún alcalino.^(10, 26)

La leucorrea fisiológica suele iniciarse semanas o meses (6 a 12 meses) antes de la menarquia, puede disminuir o detenerse al sobrevenir la menstruación y proseguir durante varios años. Las manchas en la ropa interior, queja frecuente, se deben a que la descarga está constituida primordialmente por proteínas que cuando se calientan durante el lavado de la ropa tienden a dejar una mancha amarillenta en la tela.^(28, 23)

En la niña adolescente, la leucorrea fisiológica es la causa más frecuente de flujo, es un hallazgo normal, es blanco grisácea, no irritante, y frecuentemente abundante, no contiene patógenos ni mal olor. El pH vaginal es típicamente 3.8 a 4.5 (adulta normal). A medida que

los ciclos se regularizan, la adolescente puede notar alteraciones cíclicas en la secreción vaginal. Habitualmente es copiosa y acuosa en la mitad del ciclo y se observa un aumento en la segunda mitad, estimulado por la progesterona. En condiciones normales el epitelio de la vagina se descama periódicamente y sus células superficiales cargadas de glucógeno ingresan a la luz vaginal suspendidas en líquido de trasudación, en este momento el bacilo de Doderlein continúa la degradación hasta ácido láctico. En contraposición, la secreción de las glándulas cervicales francamente alcalina y tiene nula acción sobre la acidez vaginal o sea que existe un equilibrio ácido básico entre la vagina y el cervix.^(23, 26)

Alrededor del 10% de las mujeres que se quejan de “ pérdidas anormales “ se observan secreciones que presentan un carácter normal.⁽¹⁰⁾

Flora vaginal normal:

La conforman más de 100 especies bacterianas comprendiendo gérmenes aerobios, anaerobios facultativos y anaerobios estrictos.⁽¹⁰⁾

***Flora vaginal normal de mujeres adolescentes y adultas*²⁸**

Lactobacilos de Döderlein

Bacteroides fragilis

Enterobacteriáceas

Neisseria sicca

Streptococcus sp.

Staphylococcus sp.

Difteroides

Micoplasmas

Gardnerella vaginalis

Ureaplasma urealyticum

Candida albicans y otras

levaduras

Otras bacterias anaerobias y

aerobias.

Flora láctica vaginal:

Al nacer, la mucosa vaginal encierra una cantidad elevada de glucógeno: se observa la presencia de bacilos de Doderlein y un pH ácido. Al finalizar el primer mes, la desaparición

del glucógeno conlleva a la desaparición de la flora láctica, que reaparece en la pubertad y subsiste hasta la menopausia. En la mujer menopáusica, se encuentra la flora vaginal de antes de la pubertad (estafilococos coagulasa negativos, estreptococos, corinebacterias) pero numerosas mujeres conservan, después de la menopausia, una flora láctica (aunque cuantitativamente disminuida).⁽¹⁰⁾

Otros microorganismos:

En los sujetos sexualmente activos, los agentes infecciosos transmisibles por vía venérea (*Trichomonas*, micoplasmas, *Gardnerella*) se encuentran frecuentemente en cantidad escasa en ausencia de todo signo de infección vaginal, pudiendo considerarse “normal” respecto a la actividad sexual de los sujetos.

Entre un 5 y 10% de las mujeres tiene una flora vaginal con concentraciones muy débiles de levaduras pertenecientes al género *Cándida* (*C. Albicans* es el más corriente). Estas levaduras forman parte de la flora intestinal normal pero no de la flora vaginal normal. Sin embargo, en sujetos asintomáticos, la presencia, en muy baja cantidad, de estas levaduras, puede ser considerada como “normal”.

Gérmenes anaerobios del género *Actinomyces* se encuentran a nivel del cuello en un 3 a 5% de las mujeres portadoras de un dispositivo intrauterino, estos no son observados en ausencia de contracepción intrauterina, no forman parte de la flora cervical normal.¹⁰

Hasta en un 70% de las mujeres se han encontrado lactobacilos que limitan la proliferación de otras bacterias en la vagina y con ello conservan el aparato genital en condiciones normales.⁽²⁶⁾

La flora vaginal normal juega un papel importante en la defensa del huésped contra las infecciones, además la presencia de la flora láctica conlleva una acidificación vaginal desfavorable para la proliferación y/o la supervivencia de diferentes agentes infecciosos.⁽¹⁰⁾

La vagina representa un ecosistema dinámico que se mantiene en equilibrio gracias a una fina interacción entre la flora bacteriana diversa y transmutable con los mecanismos protectores vaginales.

MECANISMOS PROTECTORES VAGINALES:

- 1. Indemnidad anatómica y fisiológica de la vulva y el periné.*** Barrera mecánica que separa el ambiente vaginal del exterior conservando así las condiciones apropiadas de humedad, temperatura y pH.
- 2. Flora microbiana nativa.*** Ya descrita con anterioridad.
- 3. Hormonas reproductivas:*** El epitelio escamoso del exocervix y la vagina, acumula glucógeno en la zona intermedia y superficial en respuesta al estradiol que se produce en el ovario. Esto repercute en el espesor del epitelio y en la cantidad de sustrato para la producción del ácido láctico.
- 4. Moco cervical:*** La vagina no tiene glándulas, por lo tanto todo el fluido que contiene proviene fundamentalmente del moco cervical con propiedades antibacterianas ya sea por su viscosidad, por el contenido celular (linfocitos-leucocitos) y por las globulinas.
- 5. Indemnidad de epitelios.***
- 6. Inmunidad:*** Como otras cavidades colonizadas la defensa humoral y celular es fundamental en la mantención del equilibrio, condiciones que la disminuyen como diabetes, sida, cáncer avanzado, anemia, siempre deben ser consideradas cuando hay una evolución tórpida.

7. **Otros:** La conducta sexual es un factor importante en la perpetuación de la infección vaginal, así como de su ecología.

Cuando se rompe el equilibrio entre los mecanismos protectores vaginales y los microorganismos patógenos podemos asistir a tres entidades clínicas principales: 1. Cervicitis y vulvitis, 2. Enfermedades de transmisión sexual, 3. Procesos inflamatorios pélvicos⁽²¹⁾

En muchas ocasiones las pacientes cursan asintomáticas o dudan sobre la presencia del flujo vaginal, debido a que no saben diferenciar entre el flujo fisiológico y el patológico.^(16, 10)

Los síntomas vaginales, principalmente la leucorrea, son responsables de un 10 % de las consultas de las mujeres a los médicos. Más del 90% de los casos de vaginitis que ocurren en las mujeres de edad reproductiva pertenece a alguno de los tres tipos siguientes: vaginosis bacteriana, candidiasis, ó tricomoniasis.^(7, 16) Los agentes patógenos de estas infecciones genitales se consideran dentro de los 20 microorganismos que causan ETS, se ha señalado que aun las infecciones del aparato reproductor más leves pueden incrementar el riesgo de contagio de VIH. En los EUA, los síntomas vaginales son causa de más de 10 millones de visitas de pacientes al consultorio médico anualmente. De las mujeres estadounidenses que padecen infección genital 45% presentan vaginosis bacteriana, 25% moniliasis y 25% tricomoniasis. *Trichomona vaginalis* y *Cándida albicans* son conocidas por lo tanto como los agentes etiológicos más comunes que causan vaginitis.⁽¹⁶⁾

Las infecciones ginecológicas bajas son generalmente clasificadas según el lugar primario de los síntomas y/o los signos clínicos observados en: vulvitis, vaginitis, y endocervicitis. Sin embargo, el proceso inflamatorio observado se halla rara vez limitado a un solo lugar (vulva, vagina o cuello); en numerosas pacientes, las infecciones por *Trichomonas* o por *Cándida* se manifiestan más por una vulvovaginitis que por una vaginitis aislada. Por otra

parte, todas las vulvitis, vaginitis y endocervicitis no traducen necesariamente una infección y, a la inversa, las infecciones vaginales o endocervicales pueden ser a veces asintomáticas.

Las infecciones vaginales y endocervicales pueden ser clasificadas según la naturaleza del agente infeccioso encontrado. Esta clasificación conlleva también dificultades: por una parte, porque se pueden observar infecciones simultáneas por dos o varios agentes infecciosos, a veces en sitios diferentes (Infección vaginal por *Trichomonas* y endocervicitis gonocócica, etc.) y, además, porque, frecuentemente, la exploración bacteriológica no es lo suficientemente exhaustiva como para permitir afirmar la presencia o ausencia de tal o cual agente infeccioso.

Una tercera clasificación, la cual se basa en la etiología y en los signos clínicos a la vez, fue propuesta en 1983 por Westrom y Mardh. Estos autores definen las cervicitis como infecciones del epitelio cilíndrico del cuello uterino y las vaginitis como reacciones inflamatorias observadas a nivel del epitelio escamoso estratificado de la mucosa vaginal.⁽¹⁰⁾

VAGINITIS.

Inicialmente, el término *vaginitis* ha sido utilizado para designar todo proceso inflamatorio que implica la vagina y se traduce esencialmente por leucorreas malolientes o no, prurito, quemazón vulvovaginal y/o dispareunia. Por extensión el grupo de las vaginitis ha sido extendido a las infecciones que se manifiestan únicamente por leucorreas anormales, incluso en ausencia de toda reacción inflamatoria vaginal.

Las vaginitis constituyen el diagnóstico más frecuente de las mujeres que consultan en ginecología y más de un tercio de los motivos de consulta en ginecología. En los diez últimos años se ha observado un marcado aumento, constante, de la prevalencia de las vaginitis, con el descubrimiento de nuevos agentes etiológicos y el sensible aumento del número de vaginitis

rebeldes o recidivantes. Por otra parte, habrá pacientes que tienen síntomas vaginales, como suele ser la leucorrea, pudiendo relacionarse ésta con la presencia de gérmenes, pero sin existir signos de inflamación; se habla entonces de *vaginosis*.^(10, 29)

Las vulvovaginitis constituyen un grupo de alteraciones de la parte baja del aparato genital femenino, su importancia radica en que, en conjunto, en nuestro país causan 10% de la consulta de las mujeres a los médicos, se calcula, además, que todas las mujeres presentarán vulvovaginitis al menos una vez en su vida, pueden asociarse o complicar otros padecimientos sistémicos (ej. la relación diabetes mellitus-moniiasis) o condicionar trastornos prevenibles (enf. pélvica inflamatoria, infertilidad, parto prematuro).

Más del 90% de las vulvo-vaginitis tienen como factores etiológicos a uno o varios de los tres agentes siguientes: Gardnerella vaginalis (40-50%); Cándidas (20-25%) y, Trichomona vaginalis (15-20); el 10% restante incluyen entidades poco definidas, como la vaginitis atrófica, las vaginitis por cuerpo extraño, alérgicas, etc.⁽¹⁹⁾ A continuación revisaremos los compromisos locales más relevantes.

VAGINOSIS BACTERIANA.

Las vaginitis no específicas (NSV) constituyen un grupo heterógeno de infecciones vaginales caracterizadas, desde el punto de vista biológico, por la desaparición de la flora láctica vaginal (bacilo de Doderlein) y la proliferación aislada o asociada de agentes infecciosos muy diversos (Gardnerella vaginalis, gérmenes anaerobios, vibriones, micoplasma). La ausencia de polinucleares, la ausencia de infecciones <<específicas>> (Trichomonas, Cándida, gonococo, Chlamydia) y la similitud de signos clínicos han

conllevado al reagrupamiento de estas diferentes infecciones bajo el término de vaginitis no específicas, término reemplazado, desde 1984, por el de *vaginitis bacterianas*.⁽¹⁰⁾

La frecuencia elevada de infecciones mixtas por *G. Vaginalis* y gérmenes anaerobios (70 a 80% de las NSV) se explica por una simbiosis bioquímica entre estas bacterias. En un 5 a 10% de las NSV, encontramos una proliferación de gérmenes anaerobios sin proliferación concomitante de *G. Vaginalis*.

Observados desde 1913 por Curtis en las leucorreas de ciertas pacientes, los vibriones son pequeños bacilos incurvados, móviles, gramnegativos, actualmente clasificados en el género *Mobiluncus* (*M. Curtesii*, *M. Mulieris*). Estos vibriones se encuentran en un 10 a 20% de las pacientes que presentan una vaginitis bacteriana.⁽¹⁰⁾

El *mobiluncus* y varias especies de *Bacteroides* producen ácido succínico, que disminuye la migración de los neutrófilos hacia las bacterias además de inhibir la fagocitosis. Además la fosfolipasa A2 elaborada por la flora de la vaginosis bacteriana produce contracción uterina en pretérmino y ruptura de membranas.⁽²¹⁾

Las vaginosis bacterianas representan el 30 a 50% de las infecciones vaginales; su incidencia es más elevada en las mujeres que tienen antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, teniendo varios compañeros sexuales o portadoras de un DIU. El examen microscópico de las leucorreas revela una proliferación importante de *G. Vaginalis* y/o gérmenes anaerobios de la flora cervicovaginal, sin que se pueda determinar si este último fenómeno es la causa o la consecuencia de la proliferación de *G. Vaginalis* y/o de gérmenes anaerobios. En las vaginosis bacterianas, la concentración de los gérmenes anaerobios es más de 1000 veces superior a la observada en estado normal.⁽¹⁰⁾

Se ha estimado que la vaginosis bacteriana, tradicionalmente el tipo menos comprendido de vaginitis, se encuentra en 30 a 50% de las mujeres, lo que la vuelve la causa más común de descarga vaginal anormal. Vaginitis inespecífica fue el nombre que se aplicó originalmente a este problema, puesto que se creía que las causas eran diversos microorganismos intestinales. En 1955, Gardner y Dukes describieron por primera vez un microorganismo anaerobio que se encontraba a menudo en las secreciones vaginales anormales. Llamaron a este microorganismo *Hemophilus vaginalis*.⁽²⁸⁾

Este nombre fue cambiado dos veces: en 1963, por el de *Corynebacterium vaginale*, y después en 1980 por el de *Gardnerella vaginalis*.⁽¹⁰⁾

G. vaginalis es un cocobacilo no móvil, pleomórfico y muy exigente, y es facultativo, anaerobio y de coloración de Gram variable, se supone que ocurre una relación sinérgica que abarca a *C. vaginalis* y a diversos microorganismos anaerobios, esta conclusión encuentra apoyo en el olor de amina “de pescado” característico de esta vaginitis que producen los anaerobios, por tanto se ha favorecido el término de vaginosis bacteriana (BV). *G. Vaginalis* es en condiciones normales parte de la flora local de algunas mujeres por lo que la erradicación de la enfermedad clínica se ha correlacionado de mejor manera con la desaparición de los anaerobios de la vagina más que con la erradicación de *G. Vaginalis*.

Por tanto, *G. Vaginalis* y estos microorganismos anaerobios están probablemente distribuidos con amplitud, a menudo como comensales inocuos de baja virulencia con patogenicidad leve.⁽²⁸⁾

La piedra angular de la vaginosis bacteriana es la sustitución de las secreciones bacterianas normales por una secreción vaginal ligeramente incrementada que es diluida, homogénea, de color *blanco grisáceo*, de mal olor, no irritativa y adherente de manera

uniforme a las paredes vaginales. El pH en estos casos se encuentra elevado, por lo general dentro de los límites de 4.7 a 5.5 o más. Tiende a ser particularmente intenso el *olor a "pescado"* característico que acompaña a la BV durante la menstruación y después de la actividad sexual (el depósito de líquido seminal alcalino en vagina exacerba inmediatamente el olor), es el olor fétido y no la cantidad lo que hace que la paciente solicite atención médica. Con poca frecuencia, las pacientes se quejan de prurito, disuria y dispareunia. A la exploración física suelen tener aspecto normal vagina, cuello uterino y vulva.^(19, 28)

En un estudio realizado sobre características del flujo vaginal causado por la infección de *Gardnerella vaginalis* se encontró: a) flujo vaginal de variedad acuosa; en clínicas de enfermedades de transmisión sexual (CETS) fue de 34 %, y en clínicas ginecológicas (CG) de 26.6%; b) el olor a pescado en el flujo vaginal detectado en la población que asiste a CETS fue de 29.2%, y en CG de 12.2%; c) el Ph vaginal mayor de 4.5 en la población que asiste a CETS fue de 53.6%, y en CG fue de 43%. Por otro lado, la presencia de "células clave" (*clue cells*) detectadas en CETS fue de 41.4%, y en CG fue de 39.5 %, no hubo diferencias en las clínicas antes mencionadas.

El predominio de secreción acuosa en las CETS parece relacionarse con *Gardnerella vaginalis* (en las CETS 26.8% y en las CG 9.3%). Es interesante notar que se aisló *G. vaginalis* a partir del flujo leucorreico (en CETS 19.5% y en CG en 9.3%), así en los casos subclínicos (en 10%), y normales (en 4.2 %). En una paciente la infección única por *G vaginalis* generó secreción acuosa abundante, con un Ph mayor de 4.5 y se encontraron células clave.

En infecciones múltiples en las que se aisló *G vaginalis* (29 casos) como microorganismo potencial, 78.5% presentaron flujo abundante, y 53.8% acuoso, de los que 53.5% tuvieron células clave, y 81% pH mayor de 4.5%.

En infecciones mixtas, *U. Urealyticum* 53.8% y *M hominis* 30.6%, fueron notorios en presencia de vaginosis bacteriana; sin embargo, no se encontró relación entre *G. vaginalis* y cervicitis, erosión de cuello uterino o síndrome uretral. Todos los casos de infección por *G vaginalis* respondieron al tratamiento con metronidazol y en 25.9 % de los casos remitió la leucorrea.⁽²⁵⁾

CANDIDIASIS

La candidiasis vulvovaginal es una de las patologías infecciosas que más frecuentemente afectan a la mujer.

Es una infección de mucosa vaginal y piel vulvar producida por especies de *Candidas*, organismo comensal dimórfico del tracto genital y gastrointestinal. *Candida albicans* (Ca) es el causal en 85 a 90% de las pacientes cuyos cultivos de hongos son positivos, las especies restantes son *C. Glabrata* y *C. Tropicalis*. Aproximadamente un 25% de las mujeres asintomáticas tiene cultivos positivos para Ca^(19,26) y se estima que 2/3 de las mujeres adultas sufrirán un episodio de candidiasis vulvovaginal durante su vida. El cambio de la colonización asintomática a la vaginitis sintomática se debe a la pérdida del delicado equilibrio microorganismo-mecanismos protectores vaginales. Ej: ventajas sobre la competencia bacteriana (antibioticoterapia amplio espectro), variaciones del nivel de estrógenos, disminución de la inmunidad mediada por células, cambios en la virulencia de la Ca, etc., produciendo el cambio de la forma saprófita (blastoporo) a la forma patógena (hifas). De esta

manera un porcentaje significativo presentará recurrencias de una infección aguda, se define Candidiasis vulvovaginal recurrente más de 4 episodios en un año. El mecanismo de producción de la enfermedad no se conoce completamente pero tiene que ver con la forma filamentosa (hifas), las que penetran y se adhieren a la mucosa vaginal. La severidad de los síntomas no está relacionada con el número de organismos presentes, se postula en la asociación de baja cantidad de Ca y sintomatología severa, el problema sería un defecto en la inmunidad celular y/o reacciones de hipersensibilidad inmediata.⁽¹⁹⁾

Los factores que la desencadenan son diversos y entre ellos encontramos el embarazo, el empleo de anticonceptivos orales, patología endocrina (como la diabetes mellitus), el uso de antibióticos, los hábitos higiénicos, dietéticos y del vestido.⁽⁵⁾

Los hongos del tipo de las levaduras que se encuentran más a menudo en la vagina son *Cándida albicans* y *Torulopsis glabrata*. *C albicans* es un hongo prampositivo dimórfico transportado por el aire que puede existir como saprófito o como agente patógeno en el ser humano. Se estima que *C. Albicans* es la causa de 80 a 95% de las vaginitis micóticas, y que *T. Glabrata* lo es de 3 a 16%. En la vagina se encuentran también otros dos géneros de hongos, *Cryptococcus* y *Saccharomyces*, pero no suelen producir enfermedad. Aunque pueden ser patógenas otras especies de *Cándida* que se encuentran en la vagina, no se han definido con claridad sus funciones individuales en la producción de vaginitis.^(28, 24)

La prevalencia informada de colonización vaginal con las levaduras varía entre 10 y 55%, de modo que no está claro por que algunas mujeres desarrollan infecciones vaginales sintomáticas por levaduras, en tanto que otras experimentan recurrencias frecuentes. En Estados Unidos, se ha estimado que la prevalencia de la candidiasis vulvovaginal (VC) es de 30 a 40%, y en algunos informes se ha identificado hasta de 60% de las pacientes que

experimentan vaginitis. Los datos de prevalencia varían en los diferentes estudios a causa de las dificultades para distinguir entre la infección verdadera y la colonización no patógena. Aunque moniliasis es una denominación empleada con frecuencia, no es tan apropiada para esta infección, porque el término *Monilia* se reserva en la actualidad para ciertos patógenos de las plantas. Las candidiasis vaginales son las más frecuentes de las micosis humanas; se encuentran en el 6% de las mujeres en período de actividad ovárica y en un 25 a 40% de todas las pacientes que presentan una vaginitis. La prevalencia de las candidiasis vaginales no ha cesado de crecer en el curso de los diez últimos años, a pesar de la comercialización de numerosos antifúngicos específicos.⁽¹⁰⁾

La frecuencia del padecimiento coincide con las edades de actividad sexual máxima, 16 a 30 años. Es frecuente obtener *Candida* en cultivos uretrales de compañeros sexuales de mujeres infectadas y se observa uretritis sintomática y balanitis franca hasta en el 10% de los varones infectados.⁽²⁶⁾

En los estudios realizados en la Clínica de Enfermedades de Transmisión Sexual (CETS) del Departamento de Infectología del Instituto Nacional de Perinatología (INPer), la enfermedad es una de las primeras causas de atención médica. Durante el período del 1 de enero de 1989 al 31 de diciembre de 1994, se han atendido 3,075 consultas por tal concepto. Lo cual representa 22.5% del motivo de asistencia.⁽⁶⁾

Aunque los compañeros sexuales comparten en ocasiones las infecciones genitales por levaduras, en la mayor parte de los casos éstas no se adquieren sexualmente. La mucosa vaginal sana suele ser resistente a la infección por hongos, pero las abrasiones ligeras secundarias a la actividad sexual pueden contribuir también a la producción de enfermedad clínica. Las levaduras tienen receptores especiales para los estrógenos y la progesterona, lo

que fomenta su virulencia al estimular la germinación. Esta dependencia hormonal podría explicar el aumento del riesgo de candidiasis entre consumidoras de contraceptivos orales y embarazadas, y el motivo de que su aparición sea rara antes de la menarquia. Los estudios de microscopía electrónica han demostrado la invasión de las células epiteliales y, posiblemente, de varias capas celulares por *C. Albicans*. Por tanto, la persistencia intracelular de las levaduras explicaría, en parte, la frecuencia relativamente elevada de recurrencias que se observan después de los ciclos breves de tratamiento.⁽²⁸⁾

Las candidiasis pueden tener un origen endógeno (modificación del ecosistema bacteriano normal intestinal o vaginal a consecuencia de tratamientos antibióticos o tricomicidas, disminución de las defensas inmunitarias del huésped, problemas de la glucorregulación) o un origen exógeno (transmisión por vía sexual; 30 a 40% de las pacientes; contaminación por piscinas, playas etc.).⁽¹⁰⁾

Factores predisponentes a la candidiasis vulvovaginal ^(19, 28)

Embarazo
 Contraceptivos orales
 Antibióticos de amplio espectro
 Menstruación
 Diabetes sacarina
 Obesidad
 Corticosteroides
 Medicamentos inmunosupresores
 Gran reservorio de candidas (p. Ej. Boca, tubo digestivo, piel, vagina)
 Heroína y otras sustancias que producen dependencia
 Agentes inmunosupresores
 Enfermedades de inmunodeficiencias primarias o adquiridas (función de primida de la célula T)
 Enfermedades malignas
 Discracias sanguíneas (p. ej. , leucemia aplásica, agranulocitosis)
 Actividad sexual frecuente (incluso sexo bucogenital)
 Endocrinopatías (p. ej. , hipo e hipertiroidismo, enfermedad de Addison, hipoparatiroidismo)
 Anemia grave por deficiencia de hierro

Glucosuria renal
Pancreatitis
Predisposición alérgica a hipersensibilidad
Ropa interior y de otros tipos, de nilón, apretada
Artículos de higiene infectados (p. ej., jabones, bolsas para ducha vaginal, etc.)
Eliminación de las bacterias protectoras mediante empleo de antisépticos tópicos
Mala higiene
Malabsorción

La exposición crónica (p. Ej. , como reservorio intestinal, a causa de un compañero sexual infectado y con el empleo de jabón contaminado) puede producir reinoculación vaginal después de erradicación de las levaduras vaginales mediante tratamiento tópico.⁽²⁸⁾

El síntoma predominante de esta infección es el prurito vaginal, que aparece en casi todas las mujeres sintomáticas. Puede haber secreción vaginal aunque suele ser mínima, cuyo aspecto se compara con el de “*requesón*”. También son comunes el dolor e irritación vaginal, el ardor en la vulva, la dispareunia y la disuria extrema. A menudo se acompaña de erupción y ardor en el pene del compañero sexual después del coito. Los síntomas suelen exacerbarse la semana antes del comienzo de la menstruación y una vez que aparece ésta, muestran alivio moderado. La asociación frecuente de las candidiasis con otras infecciones vaginales conlleva signos clínicos a veces engañosos.^(19,10)

Un cultivo positivo por si solo no establece el diagnóstico, mezclando el exudado con hidróxido de potasio al 10% se destruye los demás elementos celulares y se facilita descubrir la presencia en forma de levaduras y pseudohifas. La sensibilidad del examen en fresco es de orden de 40 a 80%. La coloración de gram puede detectar la presencia de los organismos ovoides, densos, gram positivos. El frotis de Papanicolaou no es bastante sensible para el diagnóstico. Su sensibilidad varía entre el 20 y 46% de pacientes con cultivos positivos.⁽²⁶⁾

TRICOMONIASIS

La tricomoniasis es la más frecuente de las enfermedades por contagio sexual (40 a 50% de las mujeres presentan una leucorrea anormal, 20% de toda la población femenina); en casi todos los casos el contagio de *T. Vaginalis* se hace por vía venérea.⁽¹⁰⁾

Se calcula que en los Estados Unidos de Norteamérica hay 2.5 millones de casos nuevos cada año y la frecuencia de cultivos positivos varía entre el 3-15% en las prostitutas. La frecuencia en mujeres que acuden a clínicas ginecológicas varía entre 13 y 23%. En el Hospital de Gineco-Obstetricia N°3, del IMSS en 1,542 cultivos, 215 correspondieron a tricomonas para una incidencia de 19%.⁽²⁶⁾

En México para las ETS se calculó una tasa de 4 por 100,000 habitantes en 1991; por ejemplo en el INPer, se reportó 7.3 por 100 ingresos de embarazadas con ETS, de las cuales se capturaron 9.8% cervicovaginitis por *Chlamydia*, y tricomoniasis vaginal 2 al 35%.⁽¹¹⁾

Su frecuencia máxima ocurre entre los 16 y 35 años de edad coincidiendo con la época de mayor actividad sexual.⁽²⁶⁾

La *Trichomona vaginalis*, protozoo flagelado anaerobio unicelular, es la única especie patógena de las tricomonas que habita de manera común en la región urogenital. Los estudios de cultivos tisulares han puesto de manifiesto que es un agente destructor del epitelio. *T. vaginalis* es uno de los patógenos genitourinarios de transmisión sexual que se adquiere a menudo con proporciones de prevalencia en poblaciones clínicas con enfermedades transmitidas de manera sexual de 7 a 33%. No es sorprendente en consecuencia, que la prevalencia de la tricomoniasis guarde relación directa con el nivel de actividad sexual y con el número creciente de compañeros sexuales, y que ocurran proporciones máximas entre los 16 y los 35 años.⁽²⁸⁾

La tricomonas vaginal se encuentra en 10% de las mujeres asintomáticas y 30% en las sintomáticas. La naturaleza venérea está bien establecida: 50% de positividad en los consultorios de ETS y alta incidencia en mujeres promiscuas, pero también es transmitida por mecanismos no venéreos, ya que el organismo puede sobrevivir varias horas en ambientes húmedos. En cuanto a las parejas de mujeres infectadas se encuentra Tv en un 30 a 80%.⁽²¹⁾ La tricomoniasis se comprueba en por lo menos 80 a 85% de las compañeras de varones infectados. Estos datos sugieren que el riesgo de infección en mujeres es mayor, y que la patogenicidad en el varón es compleja.⁽²⁸⁾

Se ha diagnosticado tricomoniasis en 8 a 62 % de las mujeres y en 16 a 20% de los varones que sufren gonorrea. *T. Vaginalis* es sensible a la desecación y se ha observado que se conserva viable hasta durante 24 horas en compresas y ropas húmedas y se ha recuperado del agua ordinaria conservada a 35°C después de 24 horas. Puede sobrevivir en el semen durante seis horas, en la orina durante tres horas y en los exudados vaginales durante dos días (a 10° C). Se han sugerido como posibles vías de transmisión salpicaduras de los retretes, albercas cloradas, baños de tipo "jacuzzi" y otros medios públicos de aseo, pero estos modos de transmisión siguen siendo especulativos. Ha ocurrido diseminación del agente infeccioso al compartir las toallas en instituciones, cuando se han empleado éstas para secar los genitales.⁽²⁸⁾

El periodo de incubación de la tricomoniasis es de cuatro a 30 días. Contribuyen a la gravedad de la enfermedad clínica la susceptibilidad del huésped, virulencia del microorganismo y coinfección por otros agentes de las enfermedades transmitidas sexualmente. Se observa descarga vaginal en 50 a 75% de las mujeres infectadas. Se trata de un exudado de color amarillo verdoso, espumoso y de mal olor que tiende a ser homogéneo, profuso y purulento, con pH de por lo menos 4.5 a 5.5. La espuma puede producirse

secundariamente a la generación del gas CO₂ por el metabolismo microbiano. Sin embargo esta descarga, que se describe de manera clásica, se identifica en menos de 33% de las pacientes. Se produce prurito vaginal y vulvar hasta en 50% de los casos, a menudo es intenso y se acompaña de dispareunia. Con frecuencia se observa que la tricomoniasis sintomática se inicia o se exagera al empezar menstruación o inmediatamente después de ella. Están afectadas uretra y glándulas de Skene hasta en 90% de los casos, lo que puede ocasionar disuria, micción frecuente y descarga por estas regiones. No está claro si las tricomonas que se aislan rara vez de la orina representan infección vesical o uretral. Paredes vaginales y cuello uterino están eritematosos en cerca de 66% de las pacientes, y en los casos graves estas zonas tienen un aspecto granuloso. Las hemorragias puntiformes del cuello uterino hacen que éste parezca fresa. Aunque este llamado cuello en fresa es francamente sugerente de tricomoniasis, se observa sólo en cerca de 2% de los casos. Otras posibles manifestaciones son cervicitis, bartholinitis y, rara vez, adenopatía inguinal dolorosa. Por tanto, la tricomoniasis es a menudo una infección multifocal que puede afectar o no a la vagina. Los casos graves pueden caracterizarse por dolor en la parte más baja del abdomen, con excoriaciones de la vulva y las regiones intertriginosas de los muslos. Las adolescentes que retrasan su asistencia a la consulta médica son más propensas a experimentar una sintomatología grave.^(19, 21, 28)

La infección extravaginal adquiere importancia adicional, porque las tricomonas pueden persistir en estos sitios después de haberse eliminado de la vagina cuando se recurre al tratamiento local. A continuación estos microorganismos reinfectan a la vagina, lo que explica las proporciones más elevadas de fracaso que se observan cuando el tratamiento es local en vez de general. Es posible el estado portador prolongado, y se puede caracterizar por exacerbaciones inducidas por la menstruación, lo mismo que ser causa de dismenorrea,

menorragia y dolor pélvico crónico. El porcentaje de mujeres con tricomoniasis que son verdaderamente asintomáticas varía entre 10 y 50%. La uretritis tricomoníásica suele curar sola en el varón, posiblemente a causa de las propiedades antitricomónicas del líquido prostático.⁽²⁸⁾

Es de indudable utilidad el examen en fresco del exudado, es rápido y seguro. La sensibilidad del examen en fresco es del 76% y de 91% por el cultivo.⁽²⁶⁾

Dentro de las complicaciones importantes tenemos el parto pretérmino en embarazadas Mexicanas y ruptura prematura de membranas (prevalencia entre 5 y 35%).⁽¹¹⁾

CHLAMYDIASIS

La infección por **Chlamydia Trachomatis** (Ct), es un problema de salud pública, ya inquietaba a Von Halberstaedter y a Prowazek hace más de 84 años. Es una enfermedad de transmisión sexual o por contacto de mucosas con un sitio infectado. Es una infección no discriminatoria ya que sus huéspedes pueden ser mujeres, hombres y niños. Suelen ser asintomáticas, pero involucra tanto el tracto genital inferior como el superior y puede causar morbilidad en las pacientes obstétricas; aparentemente la bacteria tiene preferencia sobre el epitelio cilíndrico del endocervix. Los principales sitios de infección en personas adultas son vías genitourinarias y recto.^(12, 20)

Comprende dos especies, con 15 determinantes antigénicas, un período de latencia mayor a 30 días y su ciclo de vida se completa en 48 a 72 h, después de la infección. En México carecemos de estadísticas pero en los EUA, se calcula que por año se infectan más de 4 millones de ciudadanos; 2.6 millones son mujeres y 1.8 millones varones, así como 250,000

niños. Se infectan más mujeres de raza blanca, siguen las embarazadas y las usuarias de algún método anticonceptivo, entre homosexuales varones la producción es baja.⁽⁹⁾

La prevalencia de *C. Trachomatis* en personas de ambos sexos varía de 3% en asintomáticos hasta 20% en quienes se detectan infectadas en las clínicas de atención a ETS. En EUA es el patógeno más frecuente en las infecciones de transmisión sexual y la causa principal de enfermedad pélvica inflamatoria.⁽²⁰⁾

Prevalencia de infección por *C. Trachomatis* en pacientes con ETS⁽²⁰⁾

<i>Síndrome clínico</i>	<i>Prevalencia de Chlamydia (%)</i>	
	Pacientes	Parejas
Uretritis no gonocócica	30 a 40	10 a 43
Enfermedad pélvica inflamatoria	8 a 54	36
Epididimitis en menores de 35 años	50	40
Infección gonocócica		
Varones	5 a 30	40
Mujeres	25 a 50	Desconocido

En los Estados Unidos, la tasa de frecuencia publicada en el informe anual de 1997 del Centro de Control de Enfermedades de Atlanta para la Chlamydia fue de 198.6. En México el INPer reportó una tasa de 9.8 en los asistentes a la clínica de ETS en 1993-1994.⁽¹¹⁾

La participación de la paciente asintomática ha sido claramente documentada. Se sabe que más de 60% de las infectadas son asintomáticas, así como 25% de los varones. Sólo se detectan signos de infección local en menos de 30% de las pacientes. El síntoma más frecuente es la secreción vaginal procedente de cervicitis mucopurulenta que, en algunas, aumenta durante la relación sexual. Este tipo de cervicitis produce edema y secreción amarillo-verdosa, por lo que cualquier mujer que al examen pélvico presente cervicitis mucopurulenta haya o no

presencia de flujo, debe ser detectada como portadora de Chlamydia. Cuando se estudia a una mujer con cervicitis productiva de la coloración descrita y presencia de 10 o más leucocitos polimorfonucleares por campo microscópico en muestra teñida con Gram, estos signos son indicativos de infección por Ct. Y descarta gonorrea o herpes.⁽²⁰⁾

Por lo general el periodo de incubación es de 3-21 días, como lesión inicial se presenta la pápula pústula única ulcerada, la adenopatía (linfogranuloma venereo) es variable puede supurar y ser de consistencia dura. Es de utilidad el cultivo celular, la prueba de la fluoresceína y sobre todo la serología aunque son métodos costosos.⁽¹¹⁾

Los estudios indican que 50-80% de las mujeres afectadas son asintomáticas. Además los signos urogenitales, como la friabilidad cervical o el aumento de la leucorrea, no son específicos de clamidia.⁽¹⁾

Dentro de los riesgos perinatales tenemos el parto pretérmino en 5-15% de embarazadas, ruptura prematura de membranas—coloniza cervix--, fiebre puerperal en Kenya prevalencia del 22%, 50% de riesgo de transmisión vertical en el parto, conjuntivitis 40%(5-12 días de nacido, edematosa purulenta y queratitis puntiforme), neumonía intersticial y eosinofílica 10%.⁽¹¹⁾

Pacientes en que se debe detectar la presencia de Chlamydia:

Pacientes de cualquier edad con vida sexual activa, mujeres que utilicen métodos anticonceptivos de barrera, que tengan nueva pareja sexual o hayan tenido más de una en los últimos tres meses, pacientes en el primer trimestre del embarazo que presenten sangrado o secreción o síntomas de infección urinaria, mujeres a quienes se les haya practicado aborto, pacientes con presencia de secreción mucopurulenta al examen pélvico, aún cuando se presenten asintomáticas, mujeres y varones homosexuales con dolor anorrectal, tenesmo,

sangrado o secreción rectal, varones con dolor testicular, con o sin secreción uretral, pacientes con infección gonocócica previa, niños menores de un año que presenten conjuntivitis e infección respiratoria.⁽²⁰⁾

OTRAS VAGINITIS

En menos de un tercio de los casos, las vaginitis pueden tener un origen no infeccioso:

- **Vaginitis yatrógenas.** Traducen una irritación física (lavados internos demasiado frecuentes) o química (utilización de productos ácidos) o una reacción a cuerpos extraños (tampones, esponjas, diafragmas, etc.). Estas vaginitis desaparecen generalmente con la causa que las motiva.
- **Vaginitis descamativas.** Descritas por Scheffey y cols. En 1956 bajo el nombre de <<vaginitis exudativas>>, están caracterizadas por una fragilidad y un edema de la mucosa vaginal, acompañadas de leucorreas abundantes. Para Edwards y Friedrich (1988), estas vaginitis descamativas serían la manifestación de un liquen plano erosivo.
- **Vaginitis alérgicas.** Estas vaginitis se traducen por un prurito vulvovaginal, quemazón y/o leucorreas inodoras. Las reacciones alérgicas a nivel vaginal conllevan la liberación de prostaglandina E2, que inhibe las defensas inmunitarias de carácter celular y favorece las vaginitis recidivantes. Si no se trata la irritación, proliferará la flora bacteriana normal en el ambiente húmedo y tibio e invadirá los tejidos inflamados sobreviniendo una infección bacteriana secundaria.^(10, 28)

Sustancias irritantes y otros factores relacionados con la vulvovaginitis alérgica o por contacto⁽²⁸⁾

Jabones y otros agentes de limpieza	Pantaletas de rayón o nilón
Papel sanitario	Obesidad
Baño de burbujas	Clima cálido y/o polen
Duchas químicas	Malá higiene
Nebulizaciones femeninas desodorantes	Arena
Espermaticidas	Perfumes
Lubricantes para condones	Detergentes de lavadora
Jaleas, espumas y supositorios contracep.	Medicaciones
Toallas sanitarias	Crema depilatorias y para afeitar.
Cuerpos extraños	

- *Vaginitis atrófica o senil.* Inflamación de la mucosa vaginal debida al déficit total o parcial de estrógenos, es más frecuente en la posmenopausia, aunque también puede aparecer en las niñas y en la lactancia. Los síntomas típicos incluyen sensación de quemazón localizada, sequedad, dolor, dispareunia, irritación vulvo-vaginal y hemorragia ocasional. A la exploración la mucosa vaginal es fina, con enrojecimiento difuso, petequias, equimosis, con pocos pliegues o sin ellos. ⁽⁶⁾

Otros cuadros clínicos locales importantes son cervicitis, vulvitis, uretritis, Bartholinitis y Skenitis. Las compañeras sexuales de varones no circuncidados adquieren con mayor facilidad cáncer cervical. Los virus del papiloma humano están implicados en la patogenidad de ambos tipos de cáncer. Datos recientes permiten ver que virtualmente todas las enfermedades de transmisión sexual son más comunes en varones no circuncidados. Las probables razones para ello son que el calor y el ambiente mucoso húmedo debajo del prepucio pueden favorecer el crecimiento de los microorganismos, también el traumatismo del prepucio durante las relaciones sexuales puede incrementar la invasión microbiana. ^(3, 21)

Es recomendable comenzar siempre con un *interrogatorio detallado*. Hablar sobre los *síntomas específicos* de la paciente, así como de su *salud general*. Revisar sus *antecedentes sexuales, ginecológicos y obstétricos*, averiguar si ha intentado la *automedicación* con remedios caseros o con medicamentos que se venden sin receta médica, esto nos lleva a la necesidad de obtener una historia clínica completa. Algunas mujeres hacen una cita para una prueba de Papanicolaou cuando lo que realmente les preocupa es algo de lo cual no se atreven a hablar.⁽⁷⁾

“PASO 1: UNA BUENA HISTORIA CLINICA”

Incluye; ficha de identificación, padecimiento actual, antecedentes sexuales, ginecológicos-obstétricos y su salud general, siendo muy útiles los cuestionarios impresos (protocolos de estudio).⁽⁷⁾

En la actualidad se sabe que los síntomas no están a menudo en relación con los resultados del examen clínico o la exploración bacteriológica. El examen clínico es normal en más de 10% de pacientes que se quejan de leucorreas excesivas, mientras un tercio de mujeres que presentan pérdidas purulentas no señalan ninguna anomalía. Además, la sintomatología de las diferentes infecciones ginecológicas bajas es, a menudo, uniforme (leucorreas anormales, quemazón o descamación vaginal), cualquiera que sea la causa de la infección. De hecho, la mayor parte de las pacientes llega a considerar como <<normales>> los síntomas de las infecciones crónicas o moderadas.⁽¹⁰⁾

“PASO 2: EXPLORACION FISICA”

Estando la paciente en posición de litotomía, observe si sale algún exudado a través de la vagina, examine los genitales externos sin olvidar los ganglios linfáticos y el monte de

Venus en busca de eritema, fisuras, úlceras o evidencia de pediculosis, lesiones específicas como chancros, condilomas o úlceras herpéticas. Examine las glándulas vestibulares principales en busca de quistes, exudados, hiperemia o inflamación, determine si se despierta dolor al tocarlas con un hisopo de algodón. En la exploración interna son importantes las características del exudado en las paredes vaginales (olor, color y consistencia) y el cervix, palpe el abdomen y practique una exploración bimanual para detectar masas u otras alteraciones de los ovarios y del útero. No hay que pasar por alto el dolor al movilizar el cervix, lo cual constituye un signo importante de enfermedad pélvica inflamatoria.⁽⁷⁾

El examen clínico detallado de la vulva y del introito utilizando el espejulo aporta información muy importante pero tiene sus límites, no permite determinar la etiología de la irritación, tampoco permite reconocer la ausencia eventual de lactobacilos en secreciones que parecen anormales, ni en secreciones excesivas, que son debidas a una descamación celular importante.⁽¹⁰⁾

A la especuloscopia en la vaginitis por tricomona se observa la mucosa enrojecida con aspecto granulado (aspecto de fresa). En la vaginitis por candida vemos placas blanquecinas en vagina y vulva. Y en la vaginosis bacteriana notamos irritación vulvar o vaginal.^(7, 14)

“PASO 3: PRUEBAS CONFIRMATORIAS”

La determinación del pH y la prueba de aminas (prueba de olor) casi siempre permiten hacer el diagnóstico. El examen microscópico directo de los frotis en fresco es tan fácil, barato, eficaz e importante que no debe ser omitido.

Es posible efectuar con confianza el diagnóstico de vaginosis bacteriana cuando se cuenta con tres de estos cuatro signos: 1) líquido vaginal con $\text{pH} > 4.5$, 2) descarga pegajosa de

color blanco grisáceo homogénea característica, 3) presencia de células indicadoras y 4) emisión de olor a aminas de pescado cuando el líquido vaginal se mezcla con KOH al 10%.

Los cultivos requieren tiempo, pero permiten comprobar un diagnóstico cuando el frotis en fresco no es concluyente.

No es conveniente solicitar cultivos para las pacientes con probable vaginosis bacteriana, es costoso y no proporciona información útil pues a menudo identifica al microorganismo en cultivos vaginales de mujeres que no padecen vaginosis bacteriana. En ocasiones, la historia clínica y la exploración física señalan la necesidad de practicar pruebas para detectar enfermedades de transmisión sexual. Por ejemplo, es preciso practicar pruebas para detectar gonorrea e infección por clamidia en las mujeres que sangran después de obtener una muestra para la prueba de Papanicolaou, así como en aquéllas con exudado cervical purulento o síntomas de enfermedad pélvica inflamatoria.

La exploración física meticulosa contribuye a asegurar que el diagnóstico sea preciso, y el tratamiento, oportuno. Pone alto también a problemas más serios o descubre enfermedades subyacentes. Por ejemplo, puede ser que una infección notablemente asintomática causada por clamidia coexista de manera silenciosa con vaginitis. Sin ser detectada ni tratada, ésta es capaz de poner en peligro la salud reproductiva de la mujer. Además, la vaginosis bacteriana persistente tiene repercusiones a largo plazo. También es posible que las mujeres que presentan infecciones recurrentes causadas por levaduras padezcan diabetes mellitus o SIDA no diagnosticadas.⁽⁷⁾

SISTEMATICA ANTE UNA VULVOVAGINITIS

1. *Descartar causas no infecciosas.*

2. *Investigar afección de la pareja y factores predisponentes.*
3. *Efectuar exámenes complementarios.*
4. *Considerar la posibilidad de otra infección intercurrente.*
5. *Si existe ulceración vulvar, pensar en otros procesos.⁽¹⁷⁾*

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: ⁽¹²⁾

	Vaginosis Bact.	Candidiasis	Tricomoniiasis
Irritación	-	++	+ -
Vulvar			
<u>Síntomas</u>			
Disuria	-	+	++
Olor	++	-	+ o -
Eritema labial	-	+ o -	+ o -
<u>Signos</u>			
Mucosa vaginal	-	++	++
Flujo	Homogéneo		
Consistencia	+ - espumoso	Espeso	Espumoso
Color	Gris - blanco	Blanco	Amar. -verd.
PH	5	< 4,5	6.5 a 7

Directo	Bacilos móviles	Hifas (50%)	Tv (70%)
<u>Laboratorio</u>			
Células epiteliales	Clue Cells	Normal	Normal
PMN/cel epiteliales	<1	Variable	>1
Test de amina	++	-	+ o -

Se ha demostrado que la vaginosis bacteriana, que hace algún tiempo era considerada como una simple molestia, constituye un problema sustancial de salud pública.

En un estudio realizado recientemente, el diagnóstico de vaginosis bacteriana durante el segundo trimestre del embarazo aumentó en 40% el riesgo de dar a luz un bebé prematuro de bajo peso al nacer. Otras consecuencias posibles de la vaginosis bacteriana son la infección intraamniótica y la EPI.⁽¹⁾

Es bien conocido que la Ct causa en los recién nacidos conjuntivitis y neumonitis y que puede colonizar sitios tales como nasofaringe y tráquea, oído medio, recto y vagina. En los neonatos nacidos en EUA, se calcula que más de 155,000 fetos están expuestos al microorganismo durante el nacimiento y más de 60% se llegará a infectar.

Las pacientes con cervicitis por Ct, tienden a tener mayor incidencia de abortos (endometritis), de ruptura prematura de membranas (infección amniótica). No se ha establecido bien las frecuencias pero varían de 30-40% en los EUA.⁽⁹⁾

La endometritis está presente en 40% de mujeres con cervicitis mucopurulenta por Ct. La salpingitis también es indicio de infección por el patógeno. De 3 a 5% de mujeres con enfermedad pélvica inflamatoria con síntomas de dolor pleural en cuadrante superior del

abdomen, con o sin dolor pélvico tienen, en su mayoría, temperatura superior a 38°C y salpingitis, con porcentaje alto de presencia de Ct.⁽²⁰⁾

No obstante 85% de mujeres con infección por Clamidia y enfermedad pélvica inflamatoria con síntomas mínimos o ausentes no buscan de manera temprana atención médica.

Muchas pacientes con vaginitis recurren a los remedios contra los “*flujos*” que se venden sin receta médica antes de recurrir a un médico, también es probable que los empleen de manera incorrecta. Algunas mujeres confunden los síntomas vaginales de la vaginosis bacteriana o de las enfermedades de transmisión sexual con la candidiasis. Lo ideal sería examinarlas a todas. Las mujeres embarazadas, las pacientes con dolor pélvico y aquellas que padecen una infección por primera vez *no deben automedicarse*, pues esto puede enmascarar un problema mayor y/o simplemente interferir de manera significativa en la integración de un diagnóstico certero, lo que conlleva a tratamientos repetitivos, visitas continuas al médico, gastos innecesarios, alteración de epitelios, o hiatrogenia medicamentosa, poniendo en juego la salud reproductiva de la paciente. El peligro es que las mujeres que se automedican corren el doble riesgo de un diagnóstico erróneo y un tratamiento inadecuado.

Sin embargo, hay que admitir que muchas mujeres tratarán de curar un cuadro de vaginitis (inicial o de repetición) antes de invertir tiempo y dinero en una consulta con el médico.⁽⁷⁾

Es preciso considerar varios factores al elegir el tratamiento; la hipersensibilidad específica hacia cierto fármaco, los componentes inactivos de la fórmula (conservadores), la capacidad o el deseo de la paciente de cumplir con el tratamiento, la seriedad de la infección y aquellas pacientes que padecen diabetes o inmunosupresión. Hay que tomar en cuenta también

los ingredientes inactivos de los medicamentos ya que algunas pacientes son hipersensibles a los mismos.

Las consultas médicas proporcionan una oportunidad excelente para educar a las pacientes. El asesoramiento ayuda a las mujeres a prevenir la vaginitis recurrente, así como infecciones más peligrosas.⁽⁷⁾

Cuando la vaginitis es recurrente es necesario distinguir el fracaso terapéutico de una reinfección o de una nueva infección, es posible que la causa de la primera infección haya sido más de un microorganismo, y que el tratamiento erradicara sólo al responsable más prominente, puede ser que la paciente no haya terminado el tratamiento o que haya sido re infectada por un compañero que no cumplió con el tratamiento o que no fue tratado, o por un nuevo compañero. En casos de candidiasis, es posible que la paciente se haya re infectado a sí misma con microorganismos del aparato digestivo debido a diarrea o a una mala higiene perineal. También puede ser que los síntomas no sean de origen infeccioso sino alérgico, irritación química, cistitis o uretritis, o que la paciente sea diabética, que esté tomando anovulatorios, o que consuma un exceso de carbohidratos o de productos lácteos en su dieta.

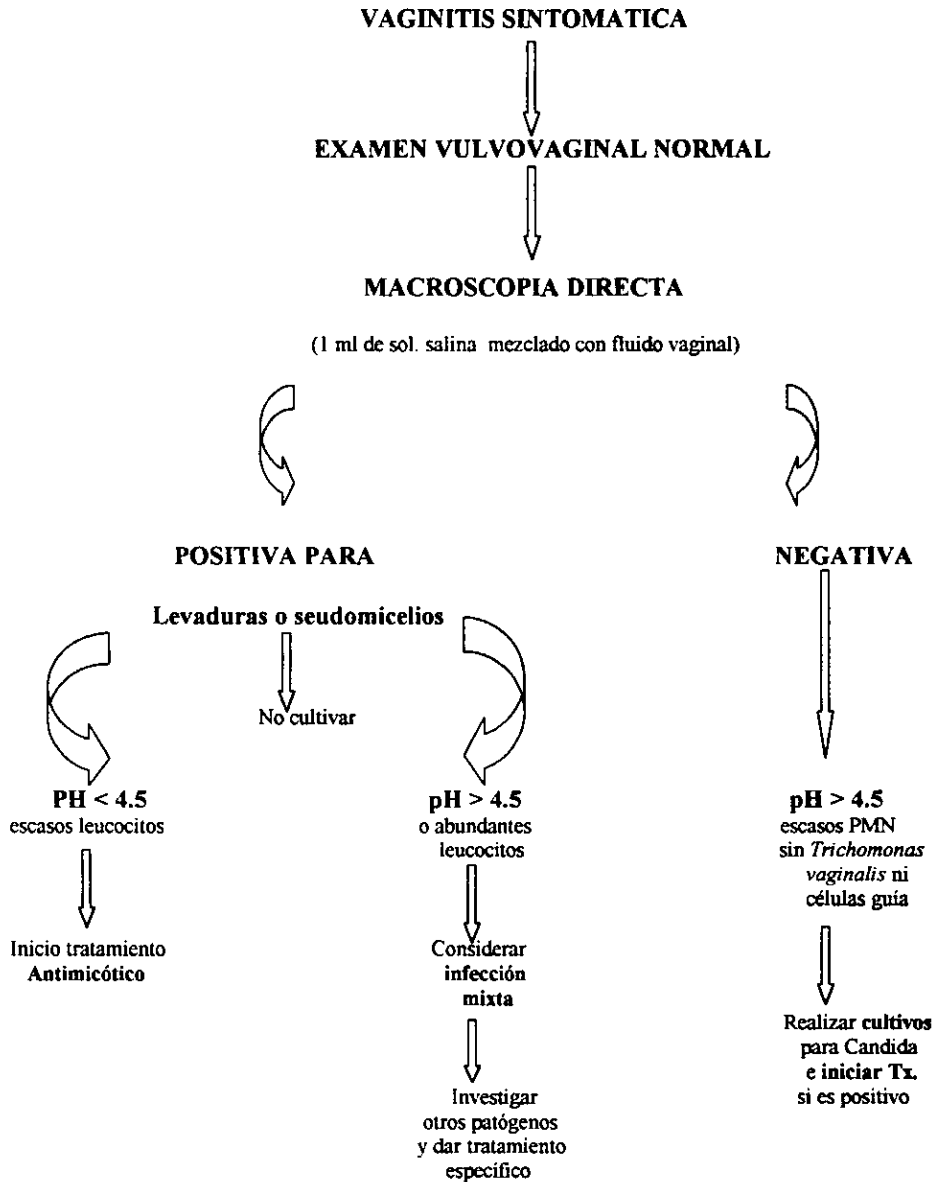
Algunas medidas prácticas contribuyen a que las pacientes eviten las infecciones repetidas; no deben usar jabones ni perfumes ásperos, enjuagar dos veces la ropa interior que ha sido lavada con detergentes que pueden provocar irritación, mantener la región genital seca, evitar las ropas apretadas y los baños frecuentes o prolongados con agua caliente en tina, quitarse de inmediato los trajes de baño mojados, recordar que la ropa interior de algodón es más absorbente que la fabricada con materiales sintéticos, asearse de atrás hacia delante después de evacuar el intestino, no permitir que su compañero sexual practique el coito vaginal después del coito anal sin lavar sus genitales ni utilizar un condón nuevo.

Muy importante también es obtener la confianza médico-paciente para efectuar el seguimiento del padecimiento e inducir a la mujer para que acuda a la consulta cuando se le indique.⁽¹⁶⁾

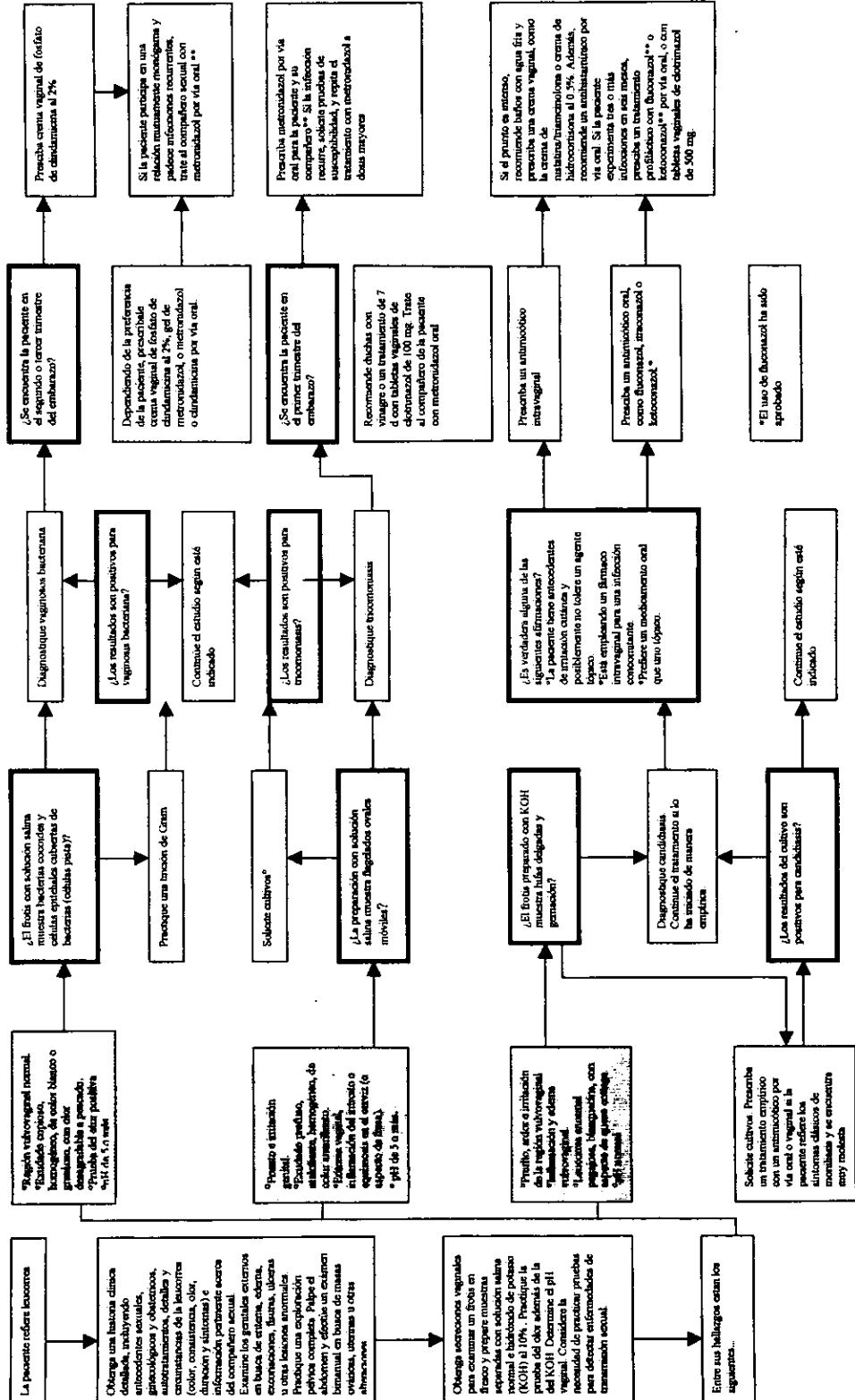
En el presente estudio, el término leucorrea consideró los siguientes diagnósticos utilizados y consignados en el Informe Médico Diario; cervicitis, vaginitis, vulvitis, cervicovaginitis. Es decir cualquier padecimiento caracterizado por leucorrea no complicada.

Diagramas de flujo y cuadros de tratamientos

FLUJOGRAMA PARA DIAGNÓSTICO DE CANDIDIASIS VAGINAL ¹⁵



TRATAMIENTO DE LA VAGINITIS



* Prescriba un tratamiento empírico contra la tricomoniasis si la historia es compatible con esta infección, como cuando ésta ha sido diagnosticada en el compañero de la paciente.

CUADROS DE TRATAMIENTOS

Recomendaciones terapéuticas actuales para las ETS

Dosis para adultos	Alternativas	Comentarios
VAGINOSIS BACTERIANA		
Metronidazol, 500 mg V.O. dos veces al día por 7 días.	Metronidazol, 2 g V.O: en un sola dosis; o en gel vaginal al 0.75%, un aplicador vía vaginal 2 veces al día por 5 días; o clindamicina, 300 mg V.O. 2 veces al día por 7 días; o en crema vaginal al 2%, un aplicador por vía vaginal al acostarse por 7 días.	No es necesario tratar a los compañeros sexuales del sexo masculino. Las pacientes tratadas con metronidazol no deben beber alcohol durante el tratamiento ni 24 hrs. Después. Quienes son alérgicas al metronidazol o no lo toleran deben utilizar la crema de clindamicina.
CLAMIDIA		
Doxiciclina, 100 mg V.O. 2 veces al día por 7 días; o azitromicina, 1 g V:O: en una sola dosis.	Ofloxacina, 300 mg V:O: 2 veces al día por 7 días; o eritromicina base, 500 mg V:O: 4 veces al día por 7 días; o etilsuccinato de eritromicina, 800 mg V:O: 4 veces al día por 7 días; o sulfisoxazol, 500 mg V:O: 4 veces al día por 10 días.	La eficacia de la azitromicina y de la doxiciclina es similar. Aunque la dosis única de azitromicina asegura el cumplimiento con el tratamiento, la doxiciclina ha sido utilizada durante más tiempo y es menos costosa. No prescriba la ofloxacina a pacientes < 17 años. El sulfisoxazol es la alternativa menos eficaz.
TRICOMONIASIS		
Metronidazol, 2 g V:O: en una sola dosis.	Metronidazol, 500 mg 2 veces al día por 7 días.	Las pacientes no deben beber alcohol durante el tratamiento ni 24 hrs. después.

Cuadro modificado de ETS ⁽¹⁾

ESQUEMA DE TRATAMIENTO DE URETRITIS Y CERVICITIS		
Etiología	Tratamiento elección	Alternativa
Chlamydias	Doxiciclina 100 mg. Azitromicina 1 g dosis única.	Eritromicina 500 mg c/6 h/ 7 días. Ofloxacin 300 mg c/12 h/ 7 días.
Trichomonas	Metronidazol 2 g VO dosis única más Eritromicina 500 mg c/6 h/ 7 días	Metronidazol tabletas vaginales/ 7 días.
Gardnerella	Metronidazol tabs. Orales y vaginales 500 mg/12 h/ 7 días o Clindamicina crema 7 días.	Metronidazol 2 g oral dosis única o Clindamicina 300 mg c/ 12 h/ 7 días.

Modificado de ETS. ¹¹

TRATAMIENTO DE LAS VAGINITIS NO ESPECÍFICAS.

Tratamiento	Vaginitis por Gardnerella	Vaginitis mixtas por Gardnerella y gérmenes anaerobios.	Vaginitis por gérmenes anaerobios
Tratamiento aconsejado	Ampicilina VO 2 g/ día, 2 tomas durante 10-12 días. o Amoxicilina VO 1 g/día. en 2 tomas durante 10-12 días.	Metronidazol VO 1 g/día, en 2 tomas durante 7-10 días. o Ampicilina VO 2 g/ día, en 2 tomas durante 10-12 días.	Metronidazol VO 1 g/día, en 2 tomas durante 7-10 días.
Otros tratamientos	Cefalosporina 1ª generación 2 g/día. VO en 2 tomas durante 10-12 días. o Doxiciclina; 200 mg/día, VO en dos tomas, durante 10-12 días. o Limeciclina; 600 mg/día, en 2 tomas, durante 10-12 días.	Tratamientos rápidos (2 g de metronidazol o sus derivados en toma única VO) han sido igualmente recomendados pero la tasa de recaídas tardías observadas (1 mes después del tratamiento) es mucho más elevada que con los tratamientos prolongados.	

Tomado de la referencia ⁽¹⁰⁾

Tratamiento de las infecciones por *Chlamydia* que se presumen aisladas.⁽¹⁰⁾

Infecciones genitales bajas.

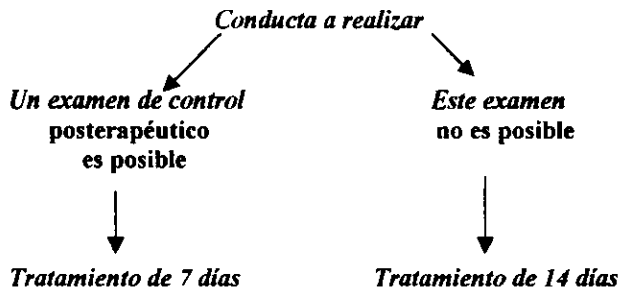
Los principales antibióticos activos:

- Doxiciclina; 200 mg/día VO, en 2 tomas.
- Limeciclina; 600 mg/día VO, en 2 tomas.
- Eritromicina; 2 g/día VO, en 2 tomas.
- Minociclina; 200 mg/día VO, en 2 tomas.
- Tetraciclina; HCL; 2 g/día VO, en 4 tomas.

En la mujer embarazada:

- Eritromicina; 2 g/día VO, en 2 tomas.
- Sulfisoxazol; 2 g/día VO, en 4 tomas.

La duración del tratamiento:



En todos los casos: tratamiento simultáneo obligatorio de los compañeros sexuales.

Tratamiento tópico para la candidiasis vaginal ⁽⁷⁾

Fármaco	Dosificación	Uso en pacientes embarazadas
Crema vaginal de nitrato de butoconazol al 2%	Un aplicador al acostarse durante 3 d. Puede usarse por 6 d en caso necesario.	Un aplicador al acostarse por 6 d. No lo use en el primer trimestre. Categoría C del embarazo.
Crema vaginal de clotimazol al 1%	Un aplicador al acostarse durante 7-14 d.	Categoría B del embarazo.
Tabletas vaginales de clotimazol de 100 mg. Tabletas vaginales de clotimazol de 500 mg.	Una tableta de 100 mg al acostarse durante 7 d. o dos tabs. de 100 mg al acostarse durante 3 d. o una tab. de 500 mg al acostarse durante 1 d.	Categoría B del embarazo.
Crema vaginal de nitrato de miconazol al 2%.	Un aplicador al acostarse durante 7 d.	Categoría B del embarazo.
Ovulos vaginales de nitrato de miconazol de 100 mg Ovulos vaginales de nitrato de miconazol de 200 mg.	Un óvulo de 100 mg al acostarse durante 7 d. o un óvulo de 200 mg al acostarse durante 3 d.	Categoría B del embarazo.
Tabletas vaginales de nistatina de 100.000 unidades.	Una tableta al acostarse durante 14 días.	Categoría A del embarazo. La mejor opción, ya que la nistatina es mal absorbida a partir de las membranas mucosas.
Crema vaginal de terconazol al 0.4%. Crema vaginal de terconazol al 0.8%	Un aplicador de crema al 0.4% al acostarse durante 7 d. o un aplicador de crema al 0.8% al acostarse durante 3 días.	Usela durante el primer trimestre sólo cuando sea absolutamente necesaria. Puede cruzar las membranas amnióticas. Categoría C del embarazo.
Ovulos vaginales de terconazol de 80 mg.	Un óvulo al acostarse durante 3 días.	Usela durante el primer trimestre cuando sea absolutamente necesaria. Puede cruzar las membranas amnióticas. Categoría C del embarazo.
Pomada vaginal de tioconazol al 6.5%.	Un aplicador al acostarse durante 1 día.	Usela durante el primer trimestre sólo cuando sea absolutamente necesaria. Categoría C del embarazo.

Clave: **A.** estudios adecuados y bien controlados en mujeres embarazadas no muestran riesgo para el feto durante el primer trimestre y no hay evidencia de riesgo en otros trimestres; **B.** estudios de reproducción en animales no han mostrado riesgo para el feto, pero no se han realizado estudios adecuados y bien controlados en mujeres embarazadas; **C.** estudios en animales indican efectos adversos en el feto, pero no se han realizado estudios adecuados y bien fundamentados en mujeres embarazadas. Úselos cuando los posible beneficios justifiquen los posibles riesgos.

Tratamientos:⁽²¹⁾**VAGINOSIS BACTERIANA:**

Agente	Via	Dosis
Metronidazol	Oral	750 mg a 1 gr./ día por 7 días. 2 gr. / dosis única.
	Vaginal	5 gr. de crema (0.75%) c/12 hr. /5 días.
Tinidazol	Oral	2 gr. / dosis única. 600 mg / día 7 días.

EMBARAZO:

Clindamicina	Vaginal	5 gr. / día (2%) por 7 días.
Ampicilina	Oral	2 gr./ día por 7 días.

CANDIDIASIS VULVOVAGINAL:

Fluconazol	Oral	150 mg dosis única.
Ketoconazol	Oral	200 mg 3-5 días.
Itraconazol	Oral Crema	200 mg 1-3 días. 1%: 5 gr./día 7 - 14 días.
Clotimazol	Vaginal	óvulos 100 mg/día por 6 d. 500 mg dosis única. crema 2% 5 gr./día por 7 d.
Miconazole	Vaginal	óvulos 100 mg por 7 días. ov. 200 mg por 3 día
Nistatina	Vaginal	ov. 100.000 U/día por 14 d
Ac. Bórico	Vaginal cápsulas gelatina	600 mg. C/12 hr. Por 14 días.

VAGINOSIS BACTERIANA:

Metronidazol	Oral	2 g dosis única. 750-100 mg/día/7 días.
Tinidazol	Oral	2 gr. dosis única.
Nimorazol	Oral	2 gr. dosis única.

EMBARAZO:

Clotimazol	Vaginal	100 mg/día por 6 días. 500 mg/día por 7 días.
------------	---------	--

Metronidazol; solo en el segundo y tercer trimestre. en casos severos (asociación con BV), por una sola vez y cercana al parto, VO 2 g dosis única.

TRATAMIENTO DE LA VULVOVAGINITIS CANDIDIASICA: ⁽¹⁷⁾

I. FORMAS SIMPLES.

Se definen así a los primeros episodios de una paciente o a las infecciones con más de un año de intervalo.

En estos casos puede utilizarse el tratamiento oral o el tópico.

ORAL:

- FLUOCONAZOL 150 mg. dosis única.
- KETOCONAZOL 200 mg. cada 12 hrs. por 5 días
- ITRACONAZOL 200 mg. cada 12 hrs. por 3 días.
- NISTATINA 500 mg. a 1 mg. cada 8 hrs, por 7 días.

TOPICO:

Debe ser tanto vaginal como vulvar, existen numerosas alternativas.

- CICLOPIROXOLAMINA, crema, 5 gr. Cada 12 hrs. durante 7 días.
- CLOTIMAZOL, tabletas vaginales:
 - 100 mg, cada 12 hrs. por 3 días.
 - 100 mg, cada 24 hrs. por 7 días (embarazo).
 - 500 mg, dosis única.

Crema vaginal al 1%:

- 5 gr, cada 12 hrs. durante 7 días.
- 5 gr, cada 24 hrs. durante 14 días.

- FENTICONAZOL, crema al 2%, 5 gr. Día durante 7 días.
- KETOCONAZOL, crema al 2% una aplicación (5 gr.) al día durante 15 días. Ovulos vaginales de 400 mg, uno cada 24 hrs. por 3 a 5 días.
- MICONAZOL, crema al 2% en una aplicación (5 gr.) cada 12 hrs. por 7 días. Supositorios vaginales, 100 mg cada 12 hrs. por 7 días o 200 mg cada 12 hrs. por 3 días. Si se hace la aplicación cada 23 hrs, se deben aplicar los días de tratamiento.
- NISTATINA, supositorios vaginales o pomada. Una aplicación cada 12 hrs. durante 15 días.
- NITRATO DE BUTOCONAZOL, crema al 2%: 5 gr. cada 12 hrs. durante 3 días. Tabletas vaginales, 50 mg cada 24 hrs. por 15 días. 150 mg cada 24 hrs. por 6 días.
- TERCONAZOL, crema al 2%: 5 gr. cada 24 hrs por 3 días.
- TIOCONAZOL, crema al 2%: 5 gr. día por 3 días al 6.5% ó dosis única. Tabs. vaginales, 300 mg, dosis única.
- ACIDO BORICO, capsulas de 600 mg, una al día, 14 días.
- SULFANILAMIDA, crema al 15% 6 gr, cada 6 hrs. durante 30 días. Supositorios vaginales (1.05 gr.) uno cada 6-12 h. durante 30 días.
- VIOLETA DE GENCIANA, aplicaciones tópicas.

II. FORMAS RECURRENTE.

Son aquellas que se repiten con intercales menores de un año entre los episodios, es necesario poner en práctica:

1. Actuación sobre factores de riesgo.
2. Limitar el uso de jabones y detergentes en el área vulvovaginal, empleo de ropa interior de algodón, evitando las fibras sintéticas, evitar el roce y el uso de ropas ceñidas.
3. Tratamiento mixto: tópico y oral.

III. FORMAS RESISTENTES.

1. Cambiar el antifúngico.
2. Considerar la asociación con polvos de ác. Bórico, con Sorbato potásico I a 3% en aplicaciones diarias durante 15 días o con Violeta de Genciana.

IV. CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES.

1. Formas asintomáticas (hallazgo bacteriológico casual o sólo leucorrea aislada): tratamiento de formas simples.
2. Profilaxis: Cuando se producen más de 4 episodios comprobados microbiológicamente en un año, pautas a seguir:

- FLUCONAZOL, 150 mg VO c/mes. Los episodios suelen tener lugar en los días pre y postmenstruales, siendo este el momento de la toma.
- CLOTRIMAZOL, una dosis vag. de 500 mg. una vez por semana (otra pauta recomienda la misma dosis cada mes).
- KETOCONAZOL, un comprimido de 100 mg diario durante 6 meses. 400 mg diarios durante 5 días de cada mes (atención al uso prolongado).

La terapéutica usada en profilaxis no deberá serlo por periodos superiores a 6 meses. Tener en cuenta que pasado este tiempo va a haber un 50% de casos que volverán a presentar síntomas.

En vaginitis atrófica el tratamiento consiste en estrogenoterapia: óvulos vaginales de Etilbestrol (o.5 mg) 2-3 semanas.⁽¹⁴⁾

Para la normalización del pH, las duchas vaginales (o baños de asiento) deben de practicarse cada tercer día con una solución que contenga dos cucharadas de vinagre blanco diluidas en un litro de agua hervida por espacio de 15 días.⁽²⁶⁾

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS VAGINITIS MÁS FRECUENTES.⁴⁹⁽¹⁴⁾

	Vaginitis por Tricomona	Vaginitis por Cándida	Vaginosis Bacteriana
AGENTE	Trichomona vaginalis	Cándida Albicans	Gardnerella
CLINICA			
1. -Prurito	Si	Si (intenso)	Si / No
2. -Ardor Vaginal	Si	Si	Si / No
3. -Leucorrea			
a) Color	Amarillo Verdoso	Blanquecina	Blanquecina
b) Aspecto	Espumoso	Grumoso	Líquido
c) Olor	Mal olor	Sui géneris	Olor a pescado
4. -Otros	Dispareunia	pH vaginal 5-6	Disuria
EX. ESPECULO			
	Mucosa enrojecida con aspecto granulado	Placas blanquecinas en vagina y vulva	Irritación vulvar o vaginal
TRATAMIENTO			
	Metronidazol 500 mg c / 12 h x 5 días. 2 g dosis única.	Nistatina, myconazol, clotimazol (óvulos) 1 c/ noche x 4-7 días.	Metronidazol 500 mg c / 12 h x 7 días. Ampicilina 500 mg c / 6 h x 7 días.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La UMF ISSSTE de Huauchinango cuenta con 8 Médicos de base y 5 eventuales, entre los que se encuentran; 7 Médicos que realizaron la especialidad de Medicina Familiar y 6 Médicos Generales.

En la UMF se ha observado que la leucorrea se encuentra entre las 15 causas principales de demanda de consulta en el servicio de Medicina Familiar notando que los criterios diagnósticos y terapéuticos utilizados en este procedimiento difieren, ignorándose la magnitud de diagnósticos incorrectos y tratamientos mal fundamentados, por lo que se plantea la siguiente cuestión.

¿Los criterios diagnósticos y terapéuticos de las leucorreas utilizados por los Médicos en la UMF del ISSSTE de Huauchinango, se apegan a lo científicamente aceptado? (1, 7, 10, 11, 14, 15, 17, 21, 26)

JUSTIFICACION:

En la UMF del ISSSTE de Huauchinango, Pue., se ha detectado por medio de las hojas de reporte diario de labores del Médico una gran diversidad de diagnósticos que hacen referencia a un estado patológico femenino caracterizado principalmente por la presencia de *leucorrea*.

Por otro lado, es notorio que la solicitud de consulta se efectúe para la interpretación del resultado de Papanicolaou, tomado en la UMF o de manera particular, sin el antecedente de consulta previa a la toma de la muestra.

También es manifiesto el hecho de que alrededor del 90% de las pacientes se indique tratamiento médico sin un protocolo preestablecido para el mismo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La UMF ISSSTE de Huauchinango cuenta con 8 Médicos de base y 5 eventuales, entre los que se encuentran; 7 Médicos que realizaron la especialidad de Medicina Familiar y 6 Médicos Generales.

En la UMF se ha observado que la leucorrea se encuentra entre las 15 causas principales de demanda de consulta en el servicio de Medicina Familiar notando que los criterios diagnósticos y terapéuticos utilizados en este procedimiento difieren, ignorándose la magnitud de diagnósticos incorrectos y tratamientos mal fundamentados, por lo que se plantea la siguiente cuestión.

¿Los criterios diagnósticos y terapéuticos de las leucorreas utilizados por los Médicos en la UMF del ISSSTE de Huauchinango, se apegan a lo científicamente aceptado? (1, 7, 10, 11, 14, 15, 17, 21, 26)

JUSTIFICACION:

En la UMF del ISSSTE de Huauchinango, Pue., se ha detectado por medio de las hojas de reporte diario de labores del Médico una gran diversidad de diagnósticos que hacen referencia a un estado patológico femenino caracterizado principalmente por la presencia de *leucorrea*.

Por otro lado, es notorio que la solicitud de consulta se efectúe para la interpretación del resultado de Papanicolaou, tomado en la UMF o de manera particular, sin el antecedente de consulta previa a la toma de la muestra.

También es manifiesto el hecho de que alrededor del 90% de las pacientes se indique tratamiento médico sin un protocolo preestablecido para el mismo.

Por lo señalado en la justificación se hace necesario un estudio que nos permita identificar el proceso que se lleva a cabo en la consulta para integrar un diagnóstico específico que sustente un tratamiento efectivo y aceptado científicamente, haciendo posible establecer estrategias encausadas a unificar criterios diagnóstico terapéuticos en el manejo de este padecimiento.

OBJETIVOS:

I. Objetivo general.

Determinar las bases clínicas utilizadas para elaborar el diagnóstico de las Leucorreas y los esquemas terapéuticos aplicados por los médicos de la UMF del ISSSTE en Huauchinango, Pue.

II. Objetivos específicos.

1. Cuantificar la frecuencia de leucorrea por grupos etareos
2. Determinar el total de casos de leucorreas según diagnóstico topográfico y/o etiológico en el periodo de Enero a Junio de 1998 en la consulta externa de Medicina Familiar y servicio de urgencias de la UMF ISSSTE Huauchinango.
3. Identificar los fundamentos clínicos utilizados por el Médico Familiar para elaborar el diagnóstico de **leucorrea**.
4. Reconocer si los esquemas terapéuticos utilizados por los Médicos Familiares son congruentes con los diagnósticos establecidos.
5. Determinar la frecuencia, en la UMF ISSSTE Huauchinango, de la solicitud de consulta para interpretar resultados de Papanicolaou (DOC).

6. Comparar los tratamientos instituidos por los Médicos Familiares y los Médicos Generales.

HIPÓTESIS:

No amerita hipótesis por tratarse de un estudio descriptivo.

METODOLOGÍA (DISEÑO):

Tipo de estudio.

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, no experimental.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO:

La población estuvo constituida por todas las pacientes femeninas captadas en el informe médico diario, con cualquiera de los siguientes diagnósticos: cervicitis, cervicovaginitis, vaginitis, vulvitis. Es decir cualquier padecimiento que se caracterice por Opresentar leucorrea no complicada, en el periodo comprendido del 1º de Enero al 30 de Junio de 1998 en la UMF del ISSSTE Huauchinango Pue.

MUESTREO:

El método de obtención de datos es indirecto por sistemas de registro y se trata de una muestra no aleatoria de 162 expedientes que incluyen todos los casos de leucorrea no complicada detectados en el periodo del 1º de Enero al 30 de Junio de 1998 en la UMF del ISSSTE de la Ciudad de Huauchinango Pue.

6. Comparar los tratamientos instituidos por los Médicos Familiares y los Médicos Generales.

HIPÓTESIS:

No amerita hipótesis por tratarse de un estudio descriptivo.

METODOLOGÍA (DISEÑO):

Tipo de estudio.

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, no experimental.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO:

La población estuvo constituida por todas las pacientes femeninas captadas en el informe médico diario, con cualquiera de los siguientes diagnósticos: cervicitis, cervicovaginitis, vaginitis, vulvitis. Es decir cualquier padecimiento que se caracterice por presentar leucorrea no complicada, en el periodo comprendido del 1° de Enero al 30 de Junio de 1998 en la UMF del ISSSTE Huauchinango Pue.

MUESTREO:

El método de obtención de datos es indirecto por sistemas de registro y se trata de una muestra no aleatoria de 162 expedientes que incluyen todos los casos de leucorrea no complicada detectados en el periodo del 1° de Enero al 30 de Junio de 1998 en la UMF del ISSSTE de la Ciudad de Huauchinango Pue.

6. Comparar los tratamientos instituidos por los Médicos Familiares y los Médicos Generales.

HIPÓTESIS:

No amerita hipótesis por tratarse de un estudio descriptivo.

METODOLOGÍA (DISEÑO):

Tipo de estudio.

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, no experimental.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO:

La población estuvo constituida por todas las pacientes femeninas captadas en el informe médico diario, con cualquiera de los siguientes diagnósticos: cervicitis, cervicovaginitis, vaginitis, vulvitis. Es decir cualquier padecimiento que se caracterice por presentar leucorrea no complicada, en el periodo comprendido del 1° de Enero al 30 de Junio de 1998 en la UMF del ISSSTE Huauchinango Pue.

MUESTREO:

El método de obtención de datos es indirecto por sistemas de registro y se trata de una muestra no aleatoria de 162 expedientes que incluyen todos los casos de leucorrea no complicada detectados en el periodo del 1° de Enero al 30 de Junio de 1998 en la UMF del ISSSTE de la Ciudad de Huauchinango Pue.

6. Comparar los tratamientos instituidos por los Médicos Familiares y los Médicos Generales.

HIPÓTESIS:

No amerita hipótesis por tratarse de un estudio descriptivo.

METODOLOGÍA (DISEÑO):

Tipo de estudio.

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, no experimental.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO:

La población estuvo constituida por todas las pacientes femeninas captadas en el informe médico diario, con cualquiera de los siguientes diagnósticos: cervicitis, cervicovaginitis, vaginitis, vulvitis. Es decir cualquier padecimiento que se caracterice por presentar leucorrea no complicada, en el periodo comprendido del 1° de Enero al 30 de Junio de 1998 en la UMF del ISSSTE Huauchinango Pue.

MUESTREO:

El método de obtención de datos es indirecto por sistemas de registro y se trata de una muestra no aleatoria de 162 expedientes que incluyen todos los casos de leucorrea no complicada detectados en el periodo del 1° de Enero al 30 de Junio de 1998 en la UMF del ISSSTE de la Ciudad de Huauchinango Pue.

6. Comparar los tratamientos instituidos por los Médicos Familiares y los Médicos Generales.

HIPÓTESIS:

No amerita hipótesis por tratarse de un estudio descriptivo.

METODOLOGÍA (DISEÑO):

Tipo de estudio.

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, no experimental.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO:

La población estuvo constituida por todas las pacientes femeninas captadas en el informe médico diario, con cualquiera de los siguientes diagnósticos: cervicitis, cervicovaginitis, vaginitis, vulvitis. Es decir cualquier padecimiento que se caracterice por presentar leucorrea no complicada, en el periodo comprendido del 1° de Enero al 30 de Junio de 1998 en la UMF del ISSSTE Huauchinango Pue.

MUESTREO:

El método de obtención de datos es indirecto por sistemas de registro y se trata de una muestra no aleatoria de 162 expedientes que incluyen todos los casos de leucorrea no complicada detectados en el periodo del 1° de Enero al 30 de Junio de 1998 en la UMF del ISSSTE de la Ciudad de Huauchinango Pue.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

1. Inclusión

Todos los expedientes clínicos en los que se consignan los diagnósticos de: vulvitis, vaginitis, cervicitis, cervicovaginitis, o la combinación de estos, es decir, cualquier padecimiento caracterizado por la presencia de leucorrea no complicada.

2. Exclusión

Expedientes clínicos no encontrados, pacientes adscritos a otra Unidad Médica, expedientes sin nota médica.

3. Eliminación

Expedientes incompletos, todos los expedientes con diagnósticos de leucorreas complicadas como; enfermedad pélvica inflamatoria, bartholinitis, displasias, algunas enfermedades de transmisión sexual, fibromas y poliposis cervicales.

VARIABLES.

Cuantitativa continua: - Edad.

Cualitativas ordinales:

- Características clínicas de la leucorrea.
- Congruencia clínico-diagnóstica.
- Congruencia diagnóstico-terapéutica.
- Tratamiento a la pareja.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

1. Inclusión

Todos los expedientes clínicos en los que se consignan los diagnósticos de: vulvitis, vaginitis, cervicitis, cervicovaginitis, o la combinación de estos, es decir, cualquier padecimiento caracterizado por la presencia de leucorrea no complicada.

2. Exclusión

Expedientes clínicos no encontrados, pacientes adscritos a otra Unidad Médica, expedientes sin nota médica.

3. Eliminación

Expedientes incompletos, todos los expedientes con diagnósticos de leucorreas complicadas como; enfermedad pélvica inflamatoria, bartholinitis, displasias, algunas enfermedades de transmisión sexual, fibromas y poliposis cervicales.

VARIABLES.

Cuantitativa continua: - Edad.

Cualitativas ordinales:

- Características clínicas de la leucorrea.
- Congruencia clínico-diagnóstica.
- Congruencia diagnóstico-terapéutica.
- Tratamiento a la pareja.

- Cualitativas nominales:**
- Diagnósticos reportados.
 - Clasificación diagnóstica de leucorreas.
 - Especialidad del Médico Tratante.
 - Motivo de la demanda de atención.
 - Sintomatología.
 - Procedimiento clínico utilizado para fundamentar el diagnóstico.
 - Procedimiento diagnóstico paraclínico.
 - Causas de no congruencia diagnóstico-terapéutica.

1. *Edad; (cuantitativa continua).*
2. *Diagnósticos reportados; (cualitativa nominal) diagnóstico y clasificación.*
3. *Clasificación diagnóstica de leucorreas; (cualitativa nominal) diagnóstico etiológico y diagnóstico topográfico*
4. *Especialidad del Médico Tratante; (cualitativa nominal) Médico Familiar y Médico General.*
5. *Motivo de la demanda de atención; (cualitativa nominal) sintomatología y reporte de DOC.*
6. *Sintomatología; (cualitativa nominal) con las modalidades de prurito, dolor, ardor, dispareunia.*
7. *Características clínicas de la leucorrea; (cualitativa ordinal) con sus modalidades color y olor.*

8. *Procedimiento clínico utilizado para fundamentar el diagnóstico; (cualitativa nominal)* del 100 % de los casos a cuantos solo se interrogó, a cuantos se interrogó y exploró, a cuantos se interrogó, exploró y se les practicó exploración armada (especuloscopia).
9. *Procedimiento diagnóstico paraclínico; (cualitativa nominal)* frotis y cultivo, DOC.
10. *Congruencia clínico-diagnóstico; (cualitativa ordinal).*
11. *Congruencia diagnóstico-terapéutica; (cualitativa ordinal)* se tomaron como modelo los cuadros mencionados al final del marco teórico.
12. *Causas de no congruencia diagnóstico-terapéutica; (cualitativa nominal)* medicamento equivocado, dosis equivocada, esquema incompleto, combinación errónea.
13. *Tratamiento a la pareja; (cualitativa ordinal).*

PROCEDIMIENTO DE CAPTURA DE LA INFORMACIÓN:

Debido a que se trató de un estudio retrospectivo, se examinaron las hojas del informe médico de labores diarias de la consulta externa de Medicina Familiar y urgencias, para detectar a las pacientes con diagnósticos que involucran a la leucorrea no complicada, atendidas en la UMF del ISSSTE de Huauchinango, durante el transcurso de 6 meses, correspondiente al período de Enero a Junio de 1998. Posteriormente se acudió al departamento de Archivo Clínico para solicitar la localización de los expedientes clínicos correspondientes. Enseguida se procedió a examinar detenidamente las notas médicas de cada

expediente, capturando la información necesaria para llenar la hoja de recolección de datos elaborada para tal fin en el presente estudio.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

El presente trabajo se realizó bajo los principios de la confiabilidad de la información y respetando el anonimato de los pacientes.

La información será utilizada exclusivamente con fines estadísticos y de investigación.

Toda la información que se obtenga será estrictamente confidencial, y solo se empleará para la elaboración de esta tesis.

Dicha consideración está basada en la Declaración de Helsinki, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación de la SSA.

RESULTADOS:

Descripción de los resultados.

Se examinaron en total 162 casos de leucorrea no complicada en la UMF ISSSTE de Huauchinango Puebla en el periodo comprendido de Enero a Junio de 1998 obteniéndose los siguientes resultados:

En el cuadro N°1, se observa que de acuerdo a la edad de las pacientes estudiadas, el índice más alto de leucorrea se presentó entre los 31 y 40 años dando el 44% de los casos, seguido de las pacientes entre los 21 y 30 años en el 21% y continuando con el grupo de 41 a 50 años con el 18% conformado por 29 pacientes, por ultimo tenemos a las pacientes mayores de 50 años con el 10% reportando a 17 pacientes.

expediente, capturando la información necesaria para llenar la hoja de recolección de datos elaborada para tal fin en el presente estudio.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

El presente trabajo se realizó bajo los principios de la confiabilidad de la información y respetando el anonimato de los pacientes.

La información será utilizada exclusivamente con fines estadísticos y de investigación.

Toda la información que se obtenga será estrictamente confidencial, y solo se empleará para la elaboración de esta tesis.

Dicha consideración está basada en la Declaración de Helsinki, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación de la SSA.

RESULTADOS:

Descripción de los resultados.

Se examinaron en total 162 casos de leucorrea no complicada en la UMF ISSSTE de Huauchinango Puebla en el periodo comprendido de Enero a Junio de 1998 obteniéndose los siguientes resultados:

En el cuadro N°1, se observa que de acuerdo a la edad de las pacientes estudiadas, el índice más alto de leucorrea se presentó entre los 31 y 40 años dando el 44% de los casos, seguido de las pacientes entre los 21 y 30 años en el 21% y continuando con el grupo de 41 a 50 años con el 18% conformado por 29 pacientes, por ultimo tenemos a las pacientes mayores de 50 años con el 10% reportando a 17 pacientes.

expediente, capturando la información necesaria para llenar la hoja de recolección de datos elaborada para tal fin en el presente estudio.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

El presente trabajo se realizó bajo los principios de la confiabilidad de la información y respetando el anonimato de los pacientes.

La información será utilizada exclusivamente con fines estadísticos y de investigación.

Toda la información que se obtenga será estrictamente confidencial, y solo se empleará para la elaboración de esta tesis.

Dicha consideración está basada en la Declaración de Helsinki, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación de la SSA.

RESULTADOS:

Descripción de los resultados.

Se examinaron en total 162 casos de leucorrea no complicada en la UMF ISSSTE de Huauchinango Puebla en el periodo comprendido de Enero a Junio de 1998 obteniéndose los siguientes resultados:

En el cuadro N°1, se observa que de acuerdo a la edad de las pacientes estudiadas, el índice más alto de leucorrea se presentó entre los 31 y 40 años dando el 44% de los casos, seguido de las pacientes entre los 21 y 30 años en el 21% y continuando con el grupo de 41 a 50 años con el 18% conformado por 29 pacientes, por ultimo tenemos a las pacientes mayores de 50 años con el 10% reportando a 17 pacientes.

Gráficamente, el porcentaje más alto es detectado en las mujeres en edad reproductiva entre los 20 y 40 años con una cifra del 65% (72 casos que hacen un 44%, 34 casos que indican el 21%). No olvidando al 18% en etapa climaterica y 10% de menopáusicas y posmenopáusicas. Como casos menos frecuentes tenemos, a 6 niñas que nos dan el 4% y 4 adolescentes reportadas que indican el 2% de todos los casos.

En el cuadro y gráfica N°2 se muestran cronológicamente los diferentes diagnósticos en los que se implica a la leucorrea en la UMF de Huauchinango.

En primer lugar tenemos a 56 casos con diagnóstico de cervicovaginitis dándonos un 34.5 % del total, en segundo lugar se encuentra con el 18.5 % la vulvovaginitis en 30 casos, el tercer sitio lo ocupa la cervicitis con 15.43 % y 25 casos, enseguida aparece como diagnóstico la leucorrea en 12 pacientes, lo que nos da el 7.4 %, para continuar tenemos a la vaginitis con 11 mujeres con un porcentaje de 6.79. La cervicovaginitis atrófica y la vulvovaginitis por contigüidad se reportan en 8 casos, cada una, arrojando un porcentaje de 4.93 por separado. Hemos querido dejar al final el espacio dedicado a “otros” (probable tricomoniasis 2 casos, gardnerella 2 casos, cervicovaginitis por hongo 6 pacientes, vulvitis 2 pacientes) que en conjunto nos arrojan el 7.4 % con 12 casos.

Dentro de esta misma variable tenemos que en el cuadro N°3, dentro de la clasificación diagnóstica de las leucorreas de la unidad se reportan 48 casos (29.6%) con diagnóstico de probabilidad etiológica y 114 casos (70.37%) con un diagnóstico topográfico.

En la gráfica inferior de este cuadro se hace notar el enfoque que se da al diagnóstico, dirigido en un mayor porcentaje a la localización del problema, dando menor importancia al aspecto etiológico de la patología.

El cuadro N°4 muestra que de acuerdo a su especialidad, fueron atendidos 77 casos de leucorrea por el Médico General arrojando un porcentaje de 47.5 (85 mujeres). 85 pacientes fueron consultadas por Médico Familiar llegando a ser el 52.5% de los casos.

En la gráfica se exponen los porcentajes correspondientes.

En la descripción de la variable N° 5, en la tabla N°5 notamos que el motivo principal de solicitud de consulta en pacientes con leucorrea en la UMF del ISSSTE Huauchinango fue principalmente la interpretación del resultado de Papanicolaou en un 54.9% lo que equivale a 89 pacientes. Las mujeres que solicitaron atención médica refiriendo signos y síntomas conformaron el 45.1%, llegando a integrar 73 casos.

Graficando lo anterior se recalca esquemáticamente que el motivo de demanda de atención en la unidad fue en un 55% únicamente para interpretación de resultados de DOC y el 45% restante por presentar sintomatología.

En el cuadro N°6 se tomaron en cuenta 4 de los síntomas que refirieron con mayor frecuencia las pacientes con leucorrea en la consulta; prurito, dolor (vulvar y vaginal), ardor y dispareunia, calificándose 3 parámetros; si, no y no consignado en las notas médicas de los expedientes.

Encontramos que el prurito es el síntoma que con mayor frecuencia se presenta, refiriéndolo 51 pacientes (31.4%), seguido del dolor en 26 pacientes (16%), el ardor se infiere en 8 (4.9), y la dispareunia en 6 mujeres (3.7%).

En la gráfica inferior al cuadro llama la atención el hecho de que en un alto porcentaje, 68%, no se consigna la sintomatología en las notas médicas de los expedientes.

A las 162 pacientes del estudio que nos ocupa también se les examinaron las características clínicas de la leucorrea tomando como parámetros importantes el olor y el color.

En el cuadro N°7 encontramos a 39 pacientes con leucorrea de color amarillo dando un 24%, la leucorrea blanca se presentó en 22 mujeres en un 13.5%, 10 pacientes refirieron leucorrea transparente dando un 6.1%, en el caso de la leucorrea amarillo resultó estar presente en un 1.2% lo que implicó a 2 pacientes.

En la gráfica correspondiente es muy notorio el hecho de que el mayor porcentaje se registra en la columna de no consignado con el 50% o sea, 81 pacientes de nuestro universo estudiado.

En cuanto al olor, únicamente se reporta como fétido en las notas médicas. Indicando su presencia en el cuadro N°8 en el 12.3% de los casos (20 pacientes), sin olor a 26.5% (43 pacientes), y nuevamente encontramos que no se consignó en un alto porcentaje llegando este al 61.1% indicando a 99 pacientes.

Como hallazgo importante cabe mencionar que las gráficas adjuntas apuntan nuevamente al elevado porcentaje de omisiones en las notas médicas de los expedientes revisados.

En la tabla N°9 se reporta el procedimiento clínico utilizado para fundamentar el diagnóstico de leucorrea, tomando en cuenta 3 modalidades; interrogatorio, exploración física y exploración armada.

Se realizó interrogatorio al 28.4% o sea 46 pacientes, recurriendo a la exploración física en el 27.16%, esto es a 44 mujeres, complementando con la exploración armada (especuloscopia) en el 11.73%, 19 pacientes.

No se exploró a 118 (73%), tampoco se hizo uso de la especuloscopia en 122 arrojando un 75%. En 15 casos no se consignaron los parámetros, y en el 6.1%, 10 pacientes, no fue necesaria la exploración armada.

En la gráfica adjunta al cuadro observamos que el 75% de las pacientes no fueron exploradas y en el 69% no se hizo uso de la anamnesis.

En la variable 9; cuadro y gráfica N°10, señalan que en 108 casos de los 162 examinados en este estudio, el DOC fue el procedimiento diagnóstico paraclínico mayormente utilizado, llegando a alcanzar el 66.7% y haciéndose mención en el 6.2% el frotis y cultivo en 10 pacientes.

Ya mencionamos con anterioridad que en la UMF en la que se realizó este estudio contamos con Médicos Generales y Médicos Familiares, es por eso que se hace interesante examinar la información que se presenta a partir de la variable N° 4.

En el cuadro simple N°11 encontramos que del 100 % de los casos estudiados (162 pacientes) en el 53.1% que son 86 pacientes si se encontró congruencia clínico diagnóstica y en 76 pacientes no con un porcentaje de 46.9.

Graficando entonces tenemos un mayor porcentaje de congruencia entre la clínica y el diagnóstico que de no-congruencia. Pero si cruzamos esto con la información que nos proporciona el cuadro N°12 de doble entrada en esta misma variable encontramos que del 53.1% de los casos de congruencia, el 34.57% corresponden a las mujeres atendidas por el Médico Familiar, involucrando a 56 pacientes. Y el 18.52% (30 pacientes) corresponden a las atendidas por el Médico General. Señala también este cuadro al 18.5% (30 pacientes) de no-congruencia clínico diagnóstica en las mujeres vistas por Medicina Familiar y al 28.4% (46 pacientes) en las consultadas por Medicina General.

La gráfica inferior al cuadro mencionado esquematiza el mayor porcentaje de congruencia clínico-diagnóstico alcanzado por los Médicos Familiares y el porcentaje también alto en la no-congruencia clínico diagnóstica reportada para los Médicos Generales.

De los casos analizados en nuestro universo de estudio, el 60.5% (98) son reportados en el cuadro N° 13 como congruentes en cuanto al diagnóstico y la terapéutica establecida, no así en 64 casos que conforman el 39.5%.

Por ende si graficamos lo anterior se puede observar un elevado porcentaje de congruencia diagnóstico terapéutica. Pero si nos trasladamos al cuadro N°14 de doble entrada de la misma variable (N° 11) notaremos que del 60.5% de las pacientes reportadas en la congruencia, el 40.12% (65) corresponden a las manejadas por Medicina Familiar y el 20.37% (33 pacientes) a las vistas por Medicina General.

En el caso de la no-congruencia Dx. Tx. Se reporta al 12.35% (20 mujeres) atendidas por Medicina Familiar y 27.16% (44 pacientes) por Medicina General.

En la gráfica inferior al cuadro referido se expresa un mayor porcentaje (4012%) entre la congruencia diagnóstico terapéutica de las mujeres manejadas por el Médico Familiar que la no-congruencia. Así mismo, mayor porcentaje de no-congruencia entre las pacientes que fueron atendidas por el Médico General.

Se hace patente la causa de no-congruencia diagnóstico terapéutica en el cuadro N°15 tomando en consideración las modalidades de; medicamento equivocado, dosis equivocada, esquema incompleto, combinación errónea.

Encontramos que se indicó el medicamento equivocado a 60 pacientes, o sea, un 37.04%. Se indicó el medicamento apropiado a 48 pacientes, esto es al 51.85%. En el .62% (1

caso) no se consignó el medicamento en la nota del expediente y el 10.5% (17 casos) no ameritaron tratamiento.

En el 25.9% (42) se suministró dosis equivocada del medicamento. En el 61.1% (99) la dosis fue correcta. En el 2.47% (4) no se consignó.

De acuerdo al esquema de tratamiento, fue incompleto en 43.21% (70 pacientes), fue completo en el 33.3% (54 casos), no se consignó en las notas médicas de los expedientes en el 12.9%, es decir 21 casos.

En el 28.4% (46 casos) se reporta la combinación errónea de medicamentos, no así en el 30.86% (50), no consignándose en el 1.8% (3 pacientes).

En la gráfica adjunta al cuadro se esquematiza en primer lugar como causa de no-congruencia diagnóstico terapéutica a la administración de dosis equivocada, en segundo lugar aparecen los medicamentos equivocados, en tercer sitio el esquema incompleto, seguido de la combinación errónea de los fármacos.

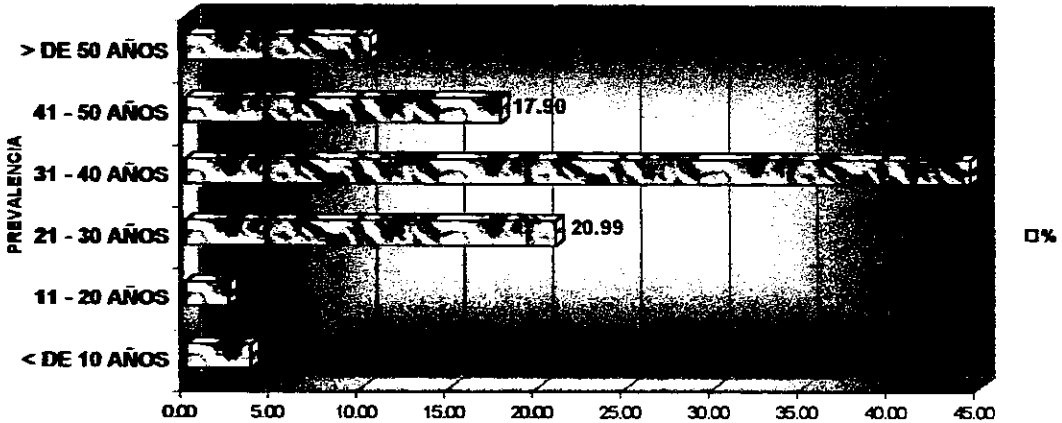
También en este estudio se investigó el tratamiento a la pareja, cuadro N°16, y tenemos que no se administró en el 60.49% (98) de los casos, si se indicó al 6.79% (11) de las parejas, no fue consignado en las notas médicas de los expedientes revisados en un 8.64% (14) de los casos, el 20.37% (33) de las parejas no lo ameritaron y el 3.7% (6) de parejas no lo aceptaron.

La gráfica correspondiente al cuadro expone que el mayor porcentaje corresponde a las parejas a las que no se suministró tratamiento, después las que no ameritaron según la valoración del Médico Tratante, a continuación aparece la no-consignación del mismo en las notas médicas de los expedientes, siguiendo con las parejas que si fueron tratadas, y el último sitio es ocupado por los que rechazaron o se negaron a aceptar el tratamiento.

UMF ISSSTE HUAUCHINANGO PUE. CASOS DE LEUCORREA POR GRUPO DE EDAD		
EDAD	N° DE CASOS	%
< DE 10 AÑOS	6	3.70
11 - 20 AÑOS	4	2.47
21 - 30 AÑOS	34	20.99
31 - 40 AÑOS	72	44.44
41 - 50 AÑOS	29	17.90
> DE 50 AÑOS	17	10.49
TOTAL	162	100

FUENTE: Expedientes clínicos

UMF ISSSTE HUAUCHINANGO PUE.
CASOS DE LEUCORREA POR GRUPO DE EDAD



FUENTE: EXPEDIENTES CLÍNICOS

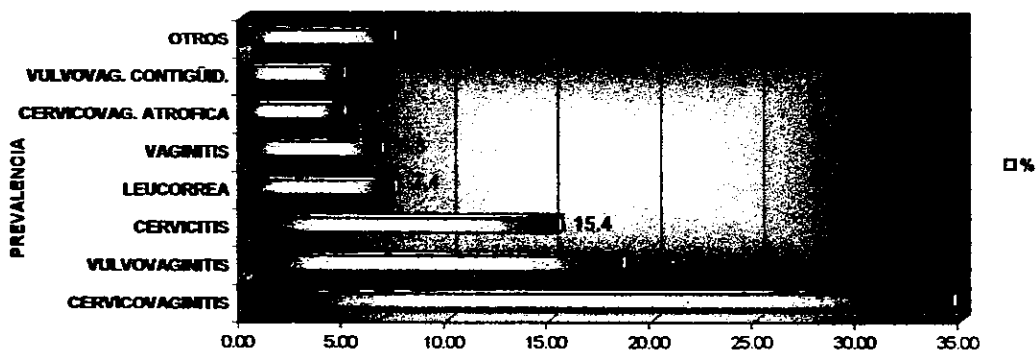
CUADRO Y GRAFICA N°2

UMF ISSSTE HUAUCHINANGO PUE. DIAGNOSTICOS REPORTADOS DE LEUCORREAS		
DX.	N° DE CASOS	%
CERVICOVAGINITIS	56	34.57
VULVOVAGINITIS	30	18.52
CERVICITIS	25	15.43
LEUCORREA	12	7.41
VAGINITIS	11	6.79
CERVICOVAG. ATROFICA	8	4.94
VULVOVAG. CONTIGUID.	8	4.94
OTROS	12	7.41
TOTAL	162	100

FUENTE: Expedientes clínicos

* = pb. Tricomona (2), Gardnerella (2), cervicovag. por hongo (6), vulvitis (2).

UMF HUAUCHINANGO PUE.
DIAGNOSTICOS REPORTADOS DE LEUCORREAS

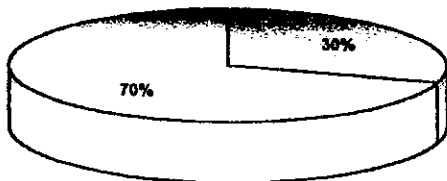


FUENTE: Expedientes clínicos.

UMF ISSSTE HUAUCHINANGO PUE. CLASIFICACION DIAGNOSTICA DE LEUCORREAS		
DIAGNÓSTICO	N° DE CASOS	%
DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO	48	29.63
DIAGNÓSTICO TOPOGRÁFICO	114	70.37
TOTAL	162	100

FUENTE: Expedientes clínicos.

UMF ISSSTE HUAUCHINANGO PUE.
CLASIFICACION DIAGNÓSTICA DE LEUCORREAS

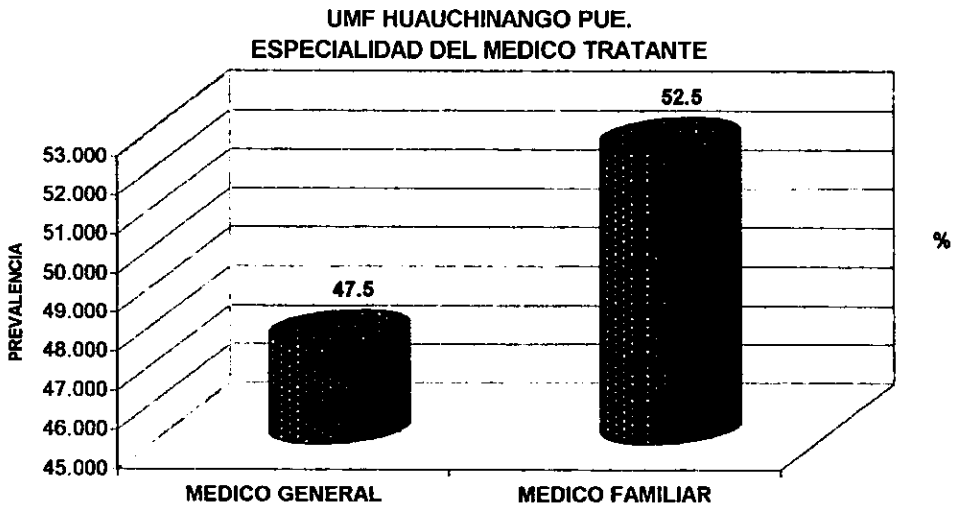


□ DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO
□ DIAGNÓSTICO TOPOGRÁFICO

FUENTE: EXPEDIENTES

UMF HUAUCHINANGO PUE. ESPECIALIDAD DEL MEDICO TRATANTE		
ESPECIALIDAD	N° DE CASOS	%
MEDICO GENERAL	77	47.531
MEDICO FAMILIAR	85	52.469
TOTAL	162	100

FUENTE: Expedientes clínicos

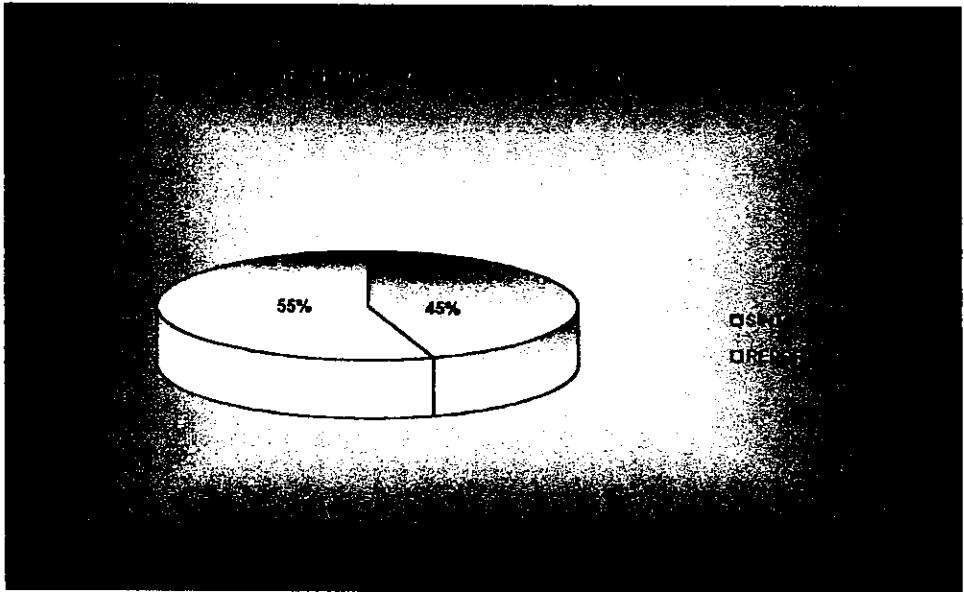


FUENTE: Expedientes clínicos

CUADRO Y GRAFICA N°5

UMF HUAUCHINANGO PUE		
MOTIVO DE DEMANDA DE ATENCIÓN EN LEUCORREAS		
MOTIVO	N° DE CASOS	%
SINTOMATOLOGÍA	73	45.06
REPORTE DE DOC.	89	54.94
TOTAL	162	100

FUENTE: Expedientes clínicos

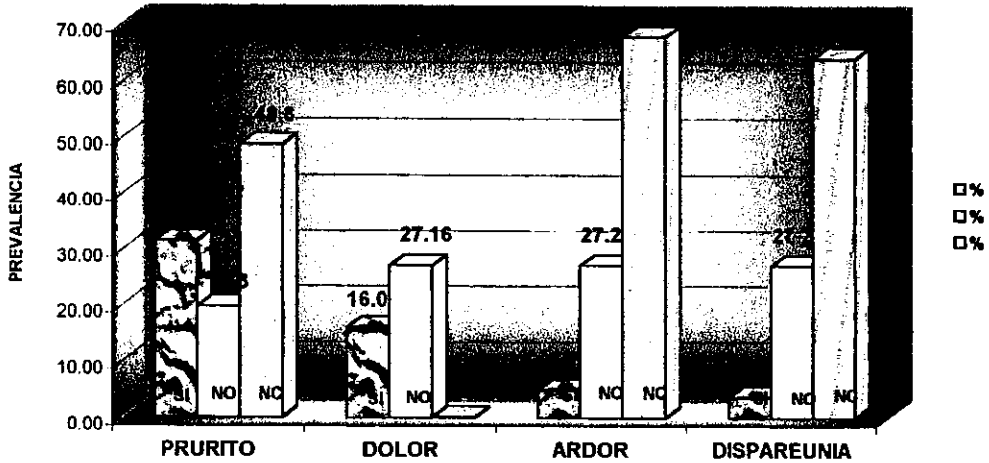


UMF ISSSTE HUAUCHINANGO PUE. SINTOMATOLOGÍA EN PACIENTES CON LEUCORREA						
SINTOMA	SI	%	NO	%	NC*	%
PRURITO	51	31.48	32	19.75	79	48.77
DOLOR	26	16.05	44	27.16	92	0.06
ARDOR	8	4.94	44	27.16	110	67.90
DISPAREUNIA	6	3.70	52	27.16	104	64.20

FUENTE: Expedientes clínicos

* = NO CONSIGNADO

UMF ISSSTE HUAUCHINANGO PUE.
SINTOMATOLOGIA EN PACIENTES CON LEUCORREA



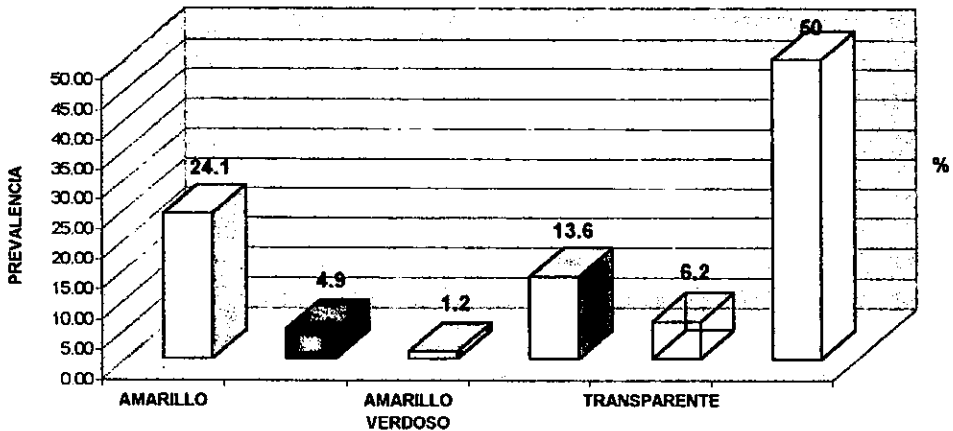
FUENTE: Expedientes clínicos

UMF ISSSTE HUAUCHINANGO PUE. CARACTERISTICAS CLINICAS DE LAS LEUCORREAS		
COLOR	N° DE CASOS	%
AMARILLO	39	24.07
VERDE	8	4.94
AMARILLO VERDOSO	2	1.23
BLANCO	22	13.58
TRANSPARENTE	10	6.17
NO CONSIGNADO*	81	50
TOTAL	162	100

FUENTE: Expedientes clinicos

* No consignado

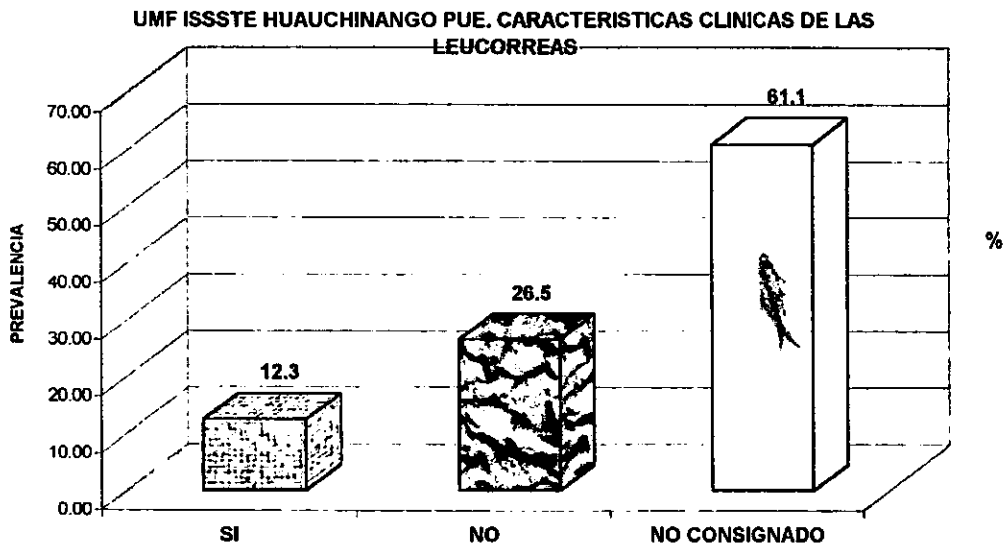
UMF ISSSTE HUAUCHINANGO PUE.
CARACTERISTICAS CLÍNICAS DE LAS LEUCORREAS



FUENTE: Expedientes clinicos.

UMF ISSSTE HUAUCHINANGO PUE. CARACTERISTICAS CLINICAS DE LAS LEUCORREAS		
OLOR FETIDO	Nº DE CASOS	%
SI	20	12.35
NO	43	26.54
NO CONSIGNADO	99	61.11
TOTAL	162	100

FUENTE: Expedientes clínicos



FUENTE: Expedientes clínicos.

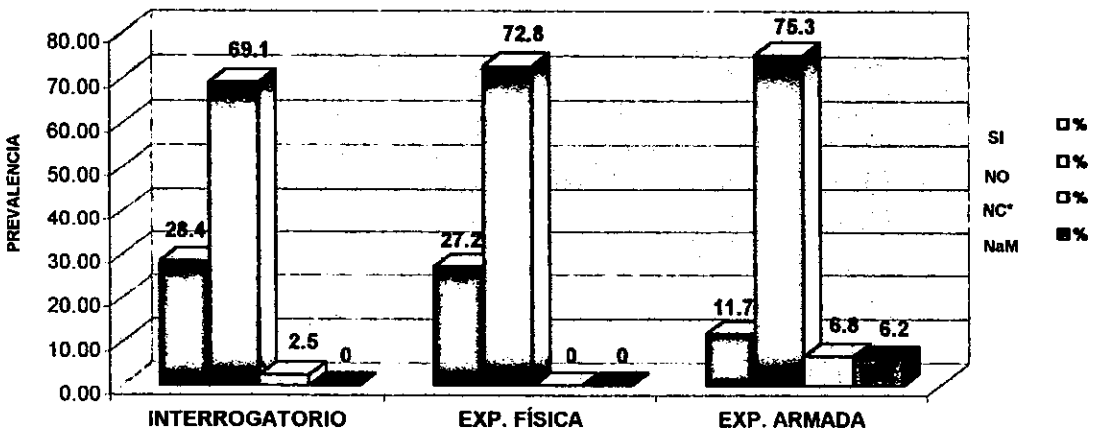
UMF ISSSTE HUAUCHINANGO PUE. PROCEDIMIENTO CLINICO UTILIZADO EN EL DIAGNÓSTICO DE LEUCORREAS								
PROCEDIMIENTO	SI	%	NO	%	NC*	%	NaM**	%
INTERROGATORIO	46	28.40	112	69.14	4	2.47	0	0
EXP. FÍSICA	44	27.16	118	72.84	0	0	0	0
EXP. ARMADA	19	11.73	122	75.31	11	6.79	10	6.17

FUENTE: Expedientes clínicos

* = No consignado

** = No amerita

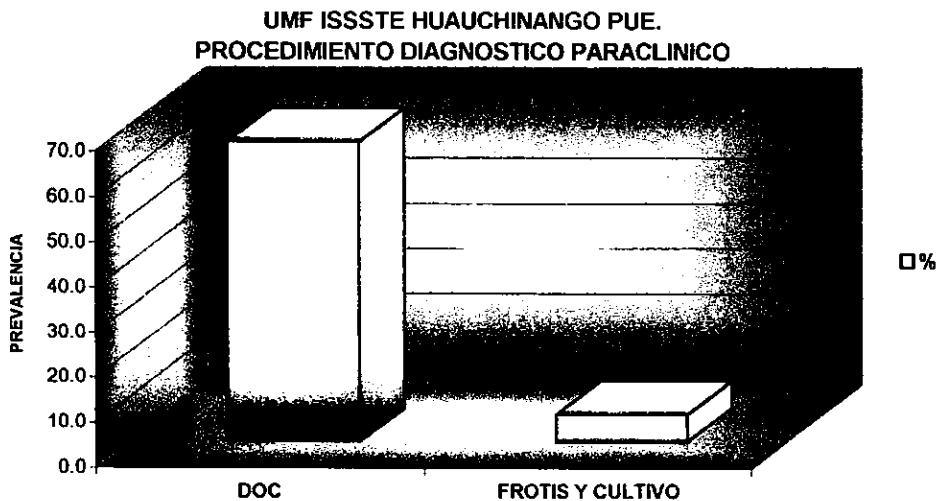
UMF ISSSTE HUAUCHINANGO PUE. PROCEDIMIENTO CLÍNICO UTILIZADO EN EL DIAGNÓSTICO DE LEUCORREAS



FUENTE: Expedientes clínicos.

UMF ISSSTE HUAUCHINANGO PUE. PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO PARACLINICO		
PROCEDIMIENTO	N° DE CASOS	%
DOC	108	66.7
FROTIS Y CULTIVO	10	6.2

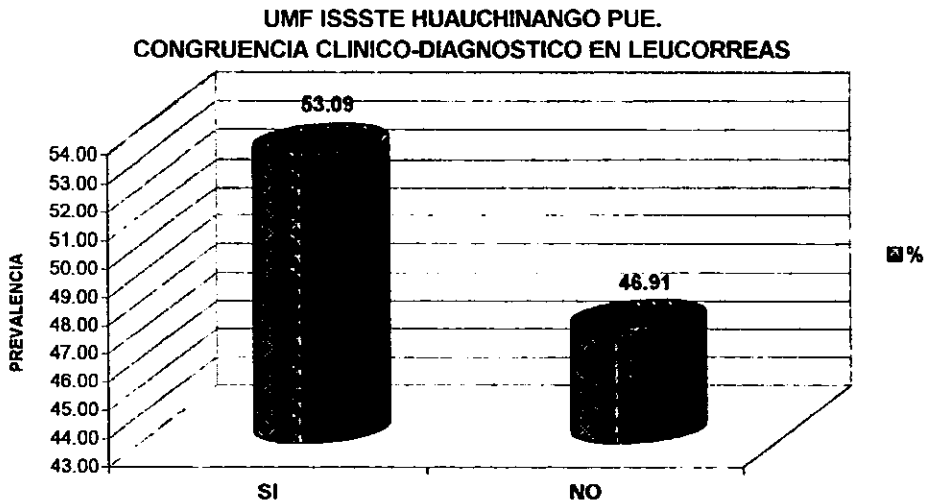
FUENTE: Expedientes clinicos



FUENTE: Expedientes clinicos

UMF ISSSTE HUAUCHINANGO PUE. CONGRUENCIA CLINICO-DIAGNOSTICO EN LEUCORREAS		
	N° DE CASOS	%
SI	86	53.09
NO	76	46.91
TOTAL	162	100

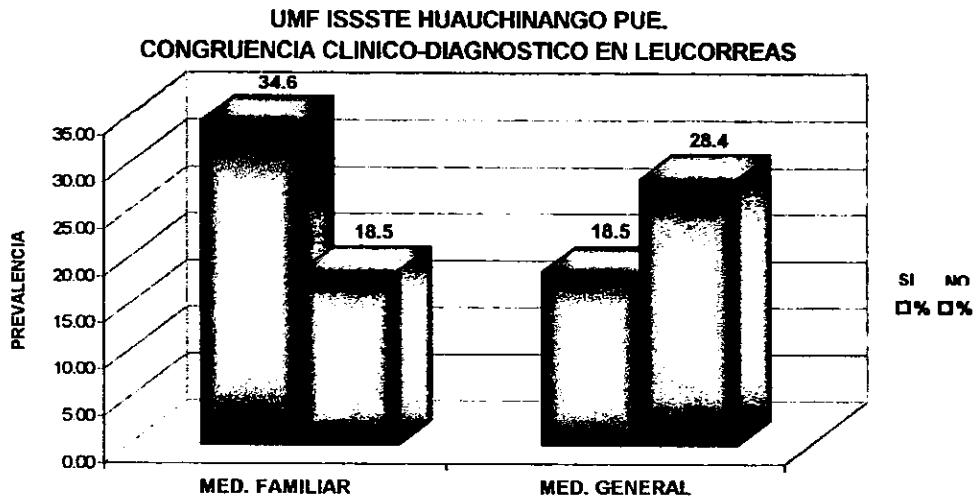
FUENTE: Expedientes clínicos



FUENTE: Expedientes clínicos

UMF ISSSTE HUAUCHINANGO PUE. CONGRUENCIA CLINICO-DIAGNOSTICO EN LEUCORREAS				
MEDICO	SI	%	NO	%
MED. FAMILIAR	56	34.57	30	18.52
MED. GENERAL	30	18.52	46	28.40
TOTAL	86	53.09	76	46.91

FUENTE: Expedientes clínicos

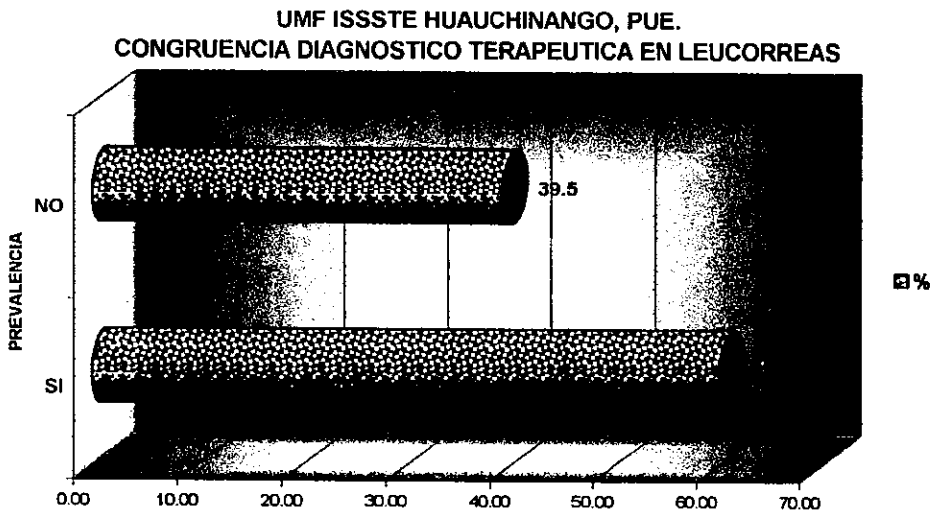


FUENTE: Expedientes clínicos

CUADRO Y GRAFICA N°13

UMF ISSSTE HUAUCHINANGO, PUE. CONGRUENCIA DIAGNOSTICO TERAPEUTICA EN LEUCORREAS		
	N° DE CASOS	%
SI	98	60.49
NO	64	39.51
TOTAL	162	100

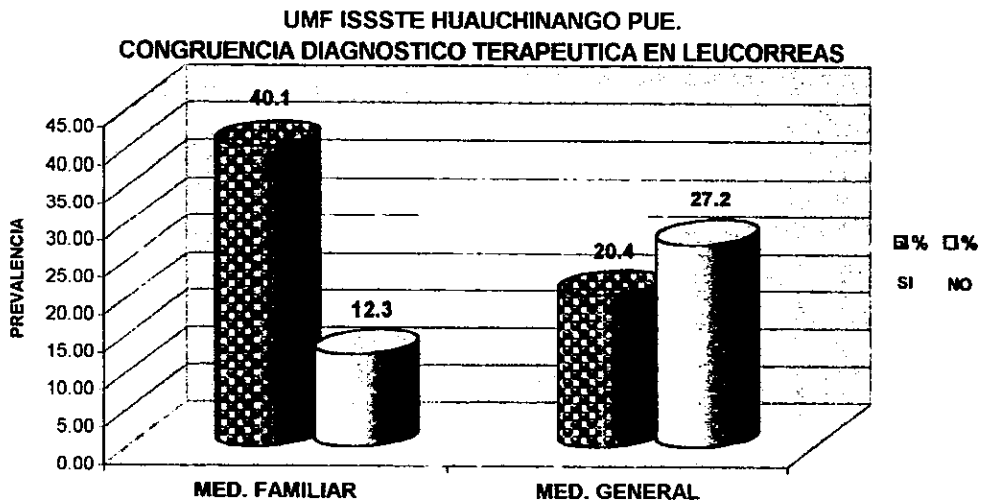
FUENTE: Expedientes clínicos



FUENTE EXPEDIENTES CLINICOS

UMF ISSSTE HUAUCHINANGO PUE. CONGRUENCIA DIAGNOSTICO TERAPEUTICA EN LEUCORREAS				
MEDICO	SI	%	NO	%
MED. FAMILIAR	65	40.12	20	12.35
MED. GENERAL	33	20.37	44	27.16
TOTAL	98	60.49	64	39.51

FUENTE: Expedientes clínicos



FUENTE: Expedientes clínicos

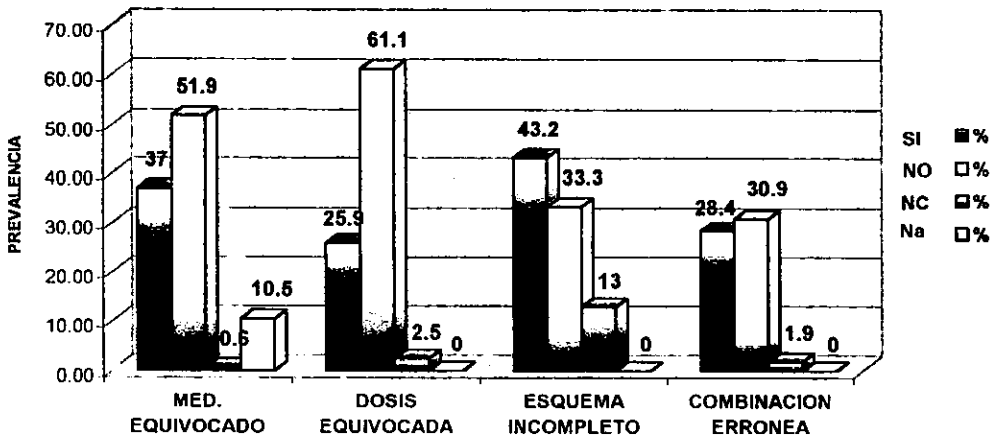
UMF ISSSTE HUAUCHINANGO, PUE. CAUSAS DE NO CONGRUENCIA DIAGNOSTICO TERAPEUTICA EN LEUCORREAS								
CAUSA	SI	%	NO	%	NC*	%	NaM**	%
MED. EQUIVOCADO	60	37.04	84	51.85	1	0.62	17	10.5
DOSIS EQUIVOCADA	42	25.93	99	61.11	4	2.47	0	0
ESQUEMA INCOMPLETO	70	43.21	54	33.33	21	12.96	0	0
COMBINACION ERRONEA	46	28.40	50	30.86	3	1.85	0	0

FUENTE: Expedientes clinicos

* = No consignado.

** = No amerita.

UMF ISSSTE HUAUCHINANGO PUE. CAUSAS DE NO CONGRUENCIA
DIAGNOSTICO-TERAPEUTICA EN LEUCORREAS



FUENTE: Expedientes clinicos.

UMF ISSSTE HUAUCHINANGO PUE. TRATAMIENTO A LA PAREJA		
	N° DE CASOS	%
NO	98	60.49
SI	11	6.79
NC*	14	8.64
NaM**	33	20.37
NA***	6	3.70
TOTAL	162	100

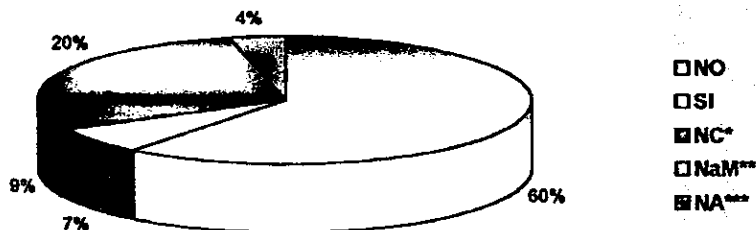
FUENTE: Expedientes clínicos

* = No consignado

** = No amerita Tx.

*** = No acepta Tx.

UMF ISSSTE HUAUCHINANGO PUE.
TRATAMIENTO A LA PAREJA



FUENTE: Expedientes

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS:

El presente estudio fue realizado en la UMF del ISSSTE de la Ciudad de Huauchinango Puebla, la cual cuenta con una población femenina de 4,004 derechohabientes hasta el mes de Junio de 1998, reportándose 2,041 mujeres en edad fértil (15 a 44 años).

Durante el periodo comprendido de Enero a Junio de 1988 se atendieron a 8,837 mujeres demandantes de consulta; de estas, 242 con diagnósticos que involucraron directamente a la leucorrea no complicada, ocupando el 12° lugar dentro de los padecimientos más frecuentes en la unidad y dándonos una tasa de 6×1000 derechohabientes, lo que indica una elevación con respecto a la tasa de 4×1000 mujeres en 1991 reportada en estudios realizados en México, entre ellos el más significativo es el del INPer.⁽²⁶⁾

Analizando los datos anteriores encontramos que los síntomas vaginales, principalmente la leucorrea no complicada es responsable del 3 % del total de las consultas otorgadas a las mujeres en esta unidad coincidiendo proporcionalmente con lo reportado en las estadísticas actuales en nuestro País.^(6, 9, 11, 16, 18, 24, 25, 26)

También coincidiendo con los datos reportados en la literatura, el índice más alto de leucorreas se presentó en las mujeres en edad fértil (15-45 años). Más del 90 % de los casos de vaginitis pertenece a alguno de los tres tipos siguientes; vaginosis bacteriana, candidiasis, tricomoniasis.

A diferencia de otros estudios, en el que nos ocupa, llama la atención el enfoque que se da al diagnóstico, dirigido en un alto porcentaje al aspecto topográfico (localización anatómica del problema) pasando a segundo término o dando menor importancia al aspecto etiológico de la patología.

El síntoma predominante es el prurito seguido en orden cronológico de dolor, ardor y dispareunia, llamando la atención el hecho de que en los expedientes revisados, en un alto porcentaje no se consigna la sintomatología ni las características específicas de la leucorrea en las notas médicas.

La piedra angular en todo proceso o patología vaginal es la sustitución de las secreciones normales por una leucorrea de características bien definidas como el color, olor y consistencia, lo que hace que la paciente se vea obligada a acudir al Médico.

Si tomamos en cuenta que la más frecuente de las patologías vaginales es la vaginitis bacteriana ^(10, 19, 25, 28) y que su característica principal es el flujo de coloración blanco grisáceo de olor fétido (olor a pescado) aún sin presentar otra sintomatología, esperaríamos encontrar en las pacientes de nuestra unidad la misma característica, y no fue así ya que se reportó en primer lugar la leucorrea de color amarillo, sin hacer alusión al blanco grisáceo; en cuanto al olor, solo se menciona como fétido y en bajo porcentaje, no habiendo recurrido el facultativo al interrogatorio dirigido para especificar algún cambio como por ejemplo olor a pescado acompañando la menstruación o posterior a la actividad sexual, aunque llama la atención que en estudios realizados en Clínicas Ginecológicas y de ETS el porcentaje de reporte también es bajo.

En cuanto a la candidiasis vulvovaginal en nuestra unidad ocupa el segundo lugar en orden de frecuencia coincidiendo con los reportes estadísticos de la mayoría de los estudios efectuados. Pero nuevamente encontramos que aunque no es difícil identificar esta patología tomando como base las características clínicas de la leucorrea y en especial la sintomatología (prurito que impulsa a la paciente a solicitar atención Médica), a diferencia de lo que

esperaríamos encontrar, en un elevado porcentaje es incluida solo parcialmente en las notas médicas y en los más de los casos no es consignada.

En la República Mexicana se calcula que la prevalencia de la tricomoniasis vaginal se estima entre el 2 y 32 % de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), ocupando el tercer lugar en importancia en la mayoría de los estudios publicados.^(10, 19, 21, 26, 28)

Si trasladamos esto a nuestra unidad encontramos que no es posible ubicarla en un sitio específico ya que como anteriormente se asentó es muy pobre la descripción que se da con respecto a las características de la descarga vaginal, mencionando el diagnóstico de probabilidad etiológica en el 1.2% del total de pacientes estudiadas, lo que posiblemente la llevaría al último sitio. Sin embargo tomando en cuenta las características específicas del flujo se podría elevar la prevalencia hasta un 6%, no obstante habrá que tomar en cuenta los “*no consignados*”.

En menos de un tercio la vaginitis pueden tener un origen no infeccioso, y el estudio que nos ocupa no es la excepción pues juntas la cervicovaginitis atrófica y la vulvovaginitis por contigüidad abarcan casi el 10 % de los casos.

Llama la atención el hecho de que el motivo principal de demanda de consulta en la unidad es la interpretación del resultado de Papanicolaou sin el antecedente de consulta previa a la toma de la muestra, pasando a segundo término los signos y síntomas, esto tal vez sea un dato orientador en cuanto a lo escueto de la información registrada en los expedientes, lo que nos lleva a investigar el procedimiento clínico utilizado para el diagnóstico de las leucorreas. Como dato importante se encontró que en la mayoría no se utilizó la anamnesis, mucho menos la exploración física general y/o armada.

Dentro de los procedimientos paraclínicos ya se mencionó que el más favorecido fue el DOC, pasando por alto el hecho de que no es lo bastante sensible para el diagnóstico, pues según reportes, esta sensibilidad varía entre el 20 y 46 % de pacientes con cultivos positivos (en la unidad se apoyó el diagnóstico en el frotis y cultivo en un porcentaje bajo). Aunque también hay que tomar en cuenta que un cultivo positivo por sí solo no establece el diagnóstico y de acuerdo a las limitaciones que tenemos en nuestra unidad sería un procedimiento costoso. Lo conducente sería la determinación del pH y la prueba de aminas (KOH) que casi siempre permite llegar a un diagnóstico de probabilidad etiológica más acertada y además es el método utilizado con más frecuencia siendo posible efectuarlo en el consultorio de una unidad de primer nivel.

Se ha hecho notar que en nuestra unidad contamos con Médicos Generales y Médicos especialistas en Medicina Familiar; recalamos esto pues es significativo el hecho de que en los pacientes atendidos por Médicos Familiares se haya encontrado una congruencia clínico diagnóstica en mayor porcentaje que en los vistos por Médicos Generales.

Derivado de esto se pudo constatar que resultó positiva la congruencia entre el diagnóstico y la terapéutica empleados en poco más de la mitad de los casos, dando relevancia el que los Médicos Familiares sobrepasaron al doble del porcentaje alcanzado por los Médicos Generales,

En cuanto a la no-congruencia diagnóstico terapéutica se deduce la causa a partir del manejo inadecuado que se da a las pacientes desde el inicio, pues aparece dentro de esta variable en primer lugar un esquema de medicamentos incompleto seguido en segundo sitio de la administración del fármaco equivocado, el tercer puesto lo ocupa la combinación errónea de medicamentos y el último lugar se refiere a la dosis equivocada. Sin embargo es alentador el

hecho de que en poco más de la mitad de las pacientes la dosis suministrada fue la correcta y que en aproximadamente el 50% del medicamento fue el adecuado, con la consignación del esquema completo en el 33 % y en el 31 % la combinación de los fármacos fue la apropiada. Así mismo apareciendo en menor porcentaje los “no consignados” y los casos en que no fue necesario el tratamiento.

Como parte final de la investigación es muy importante tomar en cuenta que en más del 60 % no se dio tratamiento a la pareja, contrastando con el 6 % de los en que si fue indicado el mismo.

Por lo expuesto en la discusión y con base en el estudio efectuado es interesante señalar que existe una inclinación muy marcada de los Médicos al reporte de diagnóstico topográfico dando menos importancia al etiológico, también se ha pasado por alto al interrogatorio y la exploración física completa casi olvidando por completo la especuloscopia, lo que influye de manera definitiva en el tratamiento.

No podemos dejar a un lado la ayuda que nos brinda el frotis y cultivo en cuanto a un diagnóstico fino, pero con esto estamos hablando de retrasar el tratamiento, además de ser un método costoso que se prefiere utilizar en las leucorreas complicadas o rebeldes al manejo.

Lo ideal sería que en cada UMF se pudiera tener a la mano lo necesario para practicar el examen en fresco y la prueba de aminas por su alto porcentaje de sensibilidad y especificidad llevándonos a un diagnóstico más cercano a la realidad y por ende un tratamiento efectivo.

De manera alarmante este estudio también nos hace ver que no se esta dando importancia al tratamiento de pareja, que aunque en algunas ocasiones no es necesario, si

brinda una mayor seguridad tanto al Médico como a la paciente en cuanto a recidivas y complicaciones futuras.

La congruencia clínico-diagnóstica y diagnóstico-terapéutica está completamente relacionada con lo expuesto en la discusión y es muy importante tomarlo en cuenta por las repercusiones que traerá a la paciente y su pareja.

En este trabajo se han investigado los criterios diagnóstico-terapéuticos utilizados en las leucorreas pues existe una gran diversidad de diagnósticos reportados con respecto a este padecimiento lo que pone de manifiesto la ausencia de un protocolo que oriente al Médico, desde su primer contacto con el paciente, en cuanto a los lineamientos que debe seguir.

CONCLUSIONES:

En respuesta al problema planteado al inicio de este estudio en cuanto a si los criterios de diagnóstico y tratamiento utilizados en la leucorrea por los Médicos de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE de la Ciudad de Huauchinango Pue., se apegan o no a lo científicamente aceptado concluimos que no es así en la mayoría de los casos pues se comprobó que la diversidad de diagnósticos se debe a que no se ha concedido la importancia necesaria al *diagnóstico de probabilidad etiológica*, esto es consecuencia de pasar por alto el *interrogatorio* dirigido y la *exploración física*, apoyando la conducta a seguir en la mayoría de las ocasiones únicamente con el reporte de DOC, lógicamente esto se traduce en un alto porcentaje de error en cuanto al diagnóstico, dando lugar a un tratamiento mal encausado y deficiente en lo que respecta a esquemas, dosis y combinación de medicamentos. También es patente el que no se dé la importancia que merece al tratamiento de la (s) pareja (s) ni el seguimiento adecuado a la paciente en cuestión, pasando por alto las repercusiones que puede

brinda una mayor seguridad tanto al Médico como a la paciente en cuanto a recidivas y complicaciones futuras.

La congruencia clínico-diagnóstica y diagnóstico-terapéutica está completamente relacionada con lo expuesto en la discusión y es muy importante tomarlo en cuenta por las repercusiones que traerá a la paciente y su pareja.

En este trabajo se han investigado los criterios diagnóstico-terapéuticos utilizados en las leucorreas pues existe una gran diversidad de diagnósticos reportados con respecto a este padecimiento lo que pone de manifiesto la ausencia de un protocolo que oriente al Médico, desde su primer contacto con el paciente, en cuanto a los lineamientos que debe seguir.

CONCLUSIONES:

En respuesta al problema planteado al inicio de este estudio en cuanto a si los criterios de diagnóstico y tratamiento utilizados en la leucorrea por los Médicos de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE de la Ciudad de Huachinango Pue., se apegan o no a lo científicamente aceptado concluimos que no es así en la mayoría de los casos pues se comprobó que la diversidad de diagnósticos se debe a que no se ha concedido la importancia necesaria al *diagnóstico de probabilidad etiológica*, esto es consecuencia de pasar por alto el *interrogatorio* dirigido y la *exploración física*, apoyando la conducta a seguir en la mayoría de las ocasiones únicamente con el reporte de DOC, lógicamente esto se traduce en un alto porcentaje de error en cuanto al diagnóstico, dando lugar a un tratamiento mal encausado y deficiente en lo que respecta a esquemas, dosis y combinación de medicamentos. También es patente el que no se dé la importancia que merece al tratamiento de la (s) pareja (s) ni el seguimiento adecuado a la paciente en cuestión, pasando por alto las repercusiones que puede

traer a futuro en lo referente a recidivas y complicaciones poniendo en peligro la salud reproductiva. Por lo tanto se concluye que si se contestó de manera concreta la pregunta que se hizo en el planteamiento del problema, habiendo cubierto por completo los objetivos que se marcaron al inicio del presente trabajo de investigación.

Lo anterior se comprobó al revisar los expedientes correspondientes a la muestra del estudio, aunque llamando poderosamente la atención lo incompleto de las notas médicas.

Es importante también mencionar la diferencia que existe en cuanto a la forma de manejar las leucorreas entre los Médicos Generales y los Médicos Familiares.

Los beneficios de poner en práctica la Medicina Familiar son patentes pues como ya se comentó, estos Médicos fueron los que valiéndose de su especialidad lograron en la mayoría de los casos integrar un diagnóstico específico que sustentó un tratamiento efectivo científicamente aceptado. Esto pone de manifiesto la necesidad que existe en la unidad de implementar programas de enseñanza continua al personal médico, paramédico y derechohabientes, poniendo especial interés en la atención integral de la familia y organizando estrategias específicas; como por ejemplo valerse de las hojas de protocolo de diagnóstico y tratamiento como procedimiento de rutina (modelo propuesto en el anexo II, siendo interesante demostrar su utilidad en un segundo estudio), lo que nos permitirá optimizar el tiempo para integrar un diagnóstico oportuno y más cercano a la especificidad, además de establecer una terapéutica adecuada, pero sobre todo lo que más importancia tiene para el Médico Familiar es brindar una atención de manera integral, esto redundará en familias sanas y productivas responsables de su propia salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Atención Médica revista.; *Lo último sobre enfermedades de transmisión sexual*. Abril, 1997. Vol. 11. N° 4. <http://nueve.com.mx\intersistemas>.
2. Barquín C. Manuel Dr.; *Historia de la Medicina. Su problemática actual*. Universidad de Pitsburg. Pa., USA. Prof. Titular de Historia y Filosofía de la Medicina. Facultad de Medicina de la UNAM. Maestro en Salud Pública UNAM. México 1971.
3. Blanco de la Mora Enrique Dr.; *Circuncisión*. Revista. Práctica Pediátrica / Agosto 1997. Vol. N°8. Par. 4 y 5.
4. Boss Norbert Dr., Soler-Argilaga Carlos Dr.; *Diccionario Médico Roche Lexikon Medizin* 1993. Pag. 1088. Ed. Doyma.
5. Casanova Román Dr., Narcio Reyes Ma. De Lourdes Dra.; *Utilidad del examen en fresco para diagnóstico de candidiasis vaginal*. Instituto Nal. De Perinatología Depto. De Infectología e Inmunología. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 65. Marzo 1997. Pag. 88 y 89.
6. Sereno Colo JA., Ricalde BC., De la Cabada J., Velázquez A.; *Frecuencia de diferentes patógenos como causa de vaginitis en México*. Revista Ginecol. Obstet. México 1990;58:128-132.
7. Deutchman Mark E. Dr. , Leaman J. Deborah Enf., Thomason Jessica L. Dra.; *Vaginitis: El diagnóstico es la clave*. University of Tennessee, Memphis-Medicina Familiar. 1998.
8. Díaz Barreiro Guillermo Dr.; *Frecuencia de Chlamydia Trachomatis en el cervix*. Revista de Ginecol. Y Obst. De México. Vol. 65. Febrero 1997. Pag. 48,49,51.
9. Díaz Barreiro P. Dr., Díaz López Elsa Dra.; *Frecuencia de chlamydia trachomatis en el cervix de pacientes embarazadas en control prenatal*. Gineco. Obstet. Hosp. Escandón. Méx. D.F. 1998.
10. Fari A. Dr.; *Vaginitis y endocervicitis*. Enciclopedia Médico-Quirúrgica (Paris-France). Ginecología 379-A10,11p. Pag.1-8,11. 1998.
11. Farias Salcedo José Antonio Dr.; *Enfermedades de transmisión sexual*. III curso de Temas Selectos de Infectología en Pacientes Adultos para el Médico General y Familiar. Fascículo N| 3. Pags. 2-5,9-11. Bayer. 1999.
12. Faro S. AM J. Dr. ; *Chlamydia Trachomatis: Female pelvic infection*. Obstet. Ginecol. 1991;164:1768-1769.
13. Figueroa Dr., Narcio RMLE, Casanova RG. ; *Frecuencia de enfermedades transmitidas sexualmente en pacientes en control prenatal*. Ginecol. Obst. México 1994;62:93-97.
14. Free Home Page. This page is Hostede by Get your own.; *Vulvovaginitis*. emerio@amauta.rcp.net.pe

15. JA Sobel.; *Vulvovaginal candidiasis*. Pastorek IJG(ed). Obstetric and Gynecologic Infectious Disease. Raven Press New York 1994. Pag. 525-536.
16. Leonor Rivera Mc., Quintero Trenado Manuel Biol. Y cols.; *Prevalencia de vaginitis y vaginosis bacteriana: asociación con manifestaciones clínicas, de laboratorio y tratamiento*. Centro de Investigaciones sobre enfermedades Infecciosas. (INSP). Ginecol. Y Obst. De México. Vol.64. enero 1996. Pag. 26 al 34.
17. Matorras Weinig Roberto, Gracia Fernández José Félix.; *Tratamiento de las vulvovaginitis*. Hospital de Cruces Baracaldo. (Vizcaya) 1998.
18. Medina León Eugenio Dr.; *Cervicovaginitis*. Clínica Biomédica Hermosillo Sonora Méx. 1999. <http://emision.uson.mx/webpers/medina/default.htm>.
19. De Miguel Sesmero José Ramón Dr., Sánchez Movellán. ; *Diagnostico de las vulvovaginitis*. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla Santander, España. 1998.
20. Mundo Médico S.A. de C.V.1998.; *Infecciones por chlamydia trachomatis*. <http://www.mundomedico.com.mx>.
21. Neira Miranda Jorge Dr., Fleuri FJ. ; *Infecciones vulvovaginales "vaginitis de la adulta"*. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. 415-446. Vol. 21981. jncira@puc.cl. 1998.
22. Novak.; *Leucorreas*. Tratado de Ginecología 8ª ed.. Interamericana. Cap. 28. Pag. 625.
23. Preminger M.K., S. Pokorny.; *Flujo vaginal: un motivo de consulta frecuente en pediatría*. Facultad de Medicina, Universidad de New Jersey y departamento de Obstet. Y Ginecol. Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. 1999.
24. Revisiones Bibliográficas para el Médico General. ; *Infecciones vulvovaginales por tricomoniiasis y candidiasis*. Academia Nacional de Medicina./Julio de 1996. Vol. N° 5. Pag. 64 a 66.
25. Revista de Infectología.; *Infecciones cervicovaginales*. Ginecología, año 17 N° 11. Nov. 1997. Pag. 459 a 461.
26. Rosas Arceo Jaime Dr.; *Infecciones e infestaciones vulvovaginales*. Comité editorial Nuñez Maciel y cols. Gineco. Y Obst. A.M.H.G.O. N° 3. IMSS, 3ª ed. 1997. Méndez Editores. Pag. 715-718, 722-725.
27. RMLE Narcio., Solórzano SF., Arredondo GJL., Calderón JE., Beltrán ZM. ; *Etiología de la Infección cervicovaginal en pacientes embarazadas y no embarazadas*. Ginecol. Obstet. Méx. 1989;57:41-46.
28. Rosenfeld Walter D. MD. ; *Vulvovaginitis y cervicitis*. Médical Center, Bronx, NY. Clínicas de Norteamérica. Vol 3/1989. Ginecología y Obstetricia en Adolescentes.
29. www.discope.com/privados/poc/generales/g...a/leucorre.html. *La leucorrea y su significado clínico*.

ANEXO II

I S S S T E SUBDIRECCION GENERAL MEDICA DELEGACION PUEBLA
U M F HUAUCHINANGO, PUE.

**Hoja de propuesta de protocolo de estudio de la paciente con Leucorrea para
utilizarla en el proximo estudio de investigación**

NOMBRE: _____ FICHA: _____ 1era. vez ()
Subsec. ()

EDAD: _____ OCUPACION: _____

AGO:

MENARCA _____ RITMO _____ IVSA _____
GESTAS _____ PARAS _____ ABORTOS _____ CESAR. _____ CAUSA _____
FUM _____ METODO P.F. _____ DOC (fecha y resultados) _____

VIDA SEXUAL ACTIVA (si) (no)

No. DE PAREJAS SEX. EN LOS ULTIMOS TRES MESES _____

COMPAÑERO SEX. CIRCUNCIDADO (si) (no)

TIPO DE ROPA QUE USA CON MAS FRECUENCIA : pantalón (), mallas (), vestido ().
holgada (), ceñida (), algodón (), sintética nylon ().

TIPO DE TOALLA SANITARIA: convencional (), tampones (), papel (), tela (), algodón ()
otros () especifique _____

HIGIENE INTIMA: duchas vaginales (si) (no), con que _____
desodorante _____, tipo de jabón _____, otros _____

¿QUÉ MEDICAMENTOS TOMA ACTUALMENTE? _____

¿QUÉ ENFERMEDADES PADECE? _____

LEUCORREA (si) (no)

COLOR : blanco (), amarillo (), gris (), verde (), café (), transparente (), otro

CONSISTENCIA: grumosa (), filante (), líquida (), espesa (), otros _____

OLOR: fétido (si) (no), especifique _____

PRURITO: (si) (no). DOLOR: (si) (no). DISURIA: (si) (no). DISPAREUNIA: (si) (no)

ARDOR VULVAR: (si) (no).

¿QUE ESTUDIOS SE HA REALIZADO? _____

¿QUÉ MEDICAMENTOS SE HA APLICADO PARA SU PROBLEMA DE FLUJO?

¿SE LE HA DADO TX. A SU PAREJA? (si) (no), ¿CUAL? _____

EXPLORACION GINECOLOGICA:

GENITALES EXTERNOS: _____

TACTO VAGINAL (fondos de saco y anexos): _____

ESPECULOSCOPIA (características de vagina y cervix): _____

LABORATORIO:

EGO _____

HOK (test de aminas) _____

FROTIS Y CULTIVO _____

OTROS _____

GABINETE:

U.S.G.: _____

OTROS: _____

DX. PRESUNTIVO: _____

TRATAMIENTO:

MEDIDAS GENERALES: _____

MEDICAMENTOS (dosis y esquema): _____

TRATAMIENTO A LA PAREJA: _____

FECHA DE ELABORACION: _____