

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

96

CARACTERISTICAS CLINICOEPIDEMIOLOGICAS
DE LAS MUJERES EMBARAZADAS Y
VULVOVAGINITIS

291327

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A
DR. JUAN ISMAEL PARRILLA ORTIZ



IMSS

MEXICO, D.F.

FEBRERO DEL 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



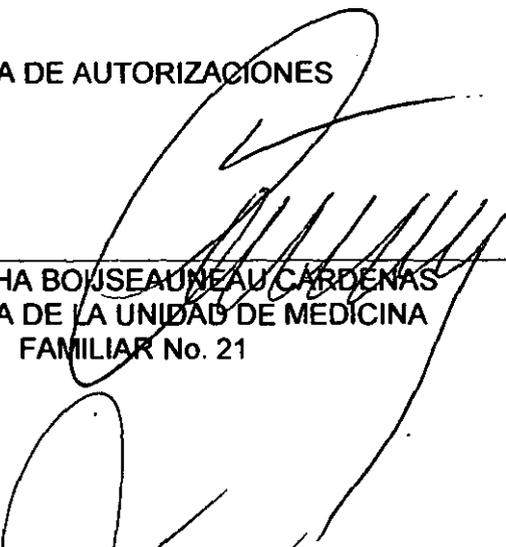
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

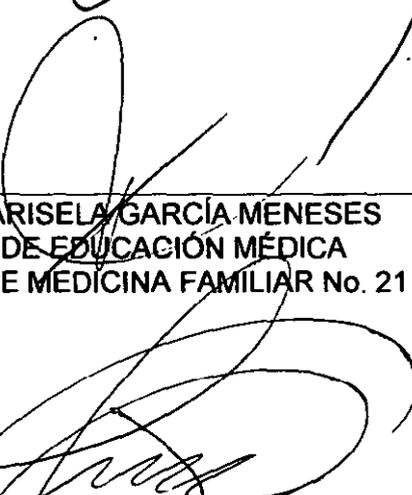
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

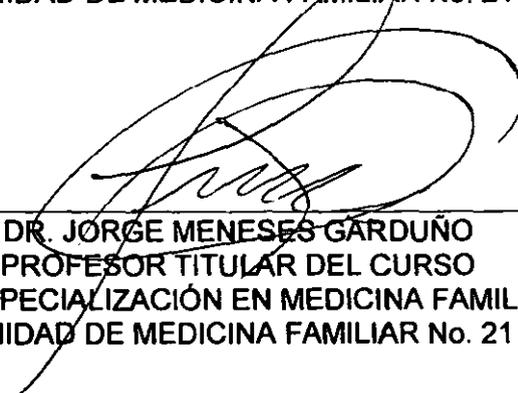
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

HOJA DE AUTORIZACIONES


DRA. MARTHA BOJSEANEAU CARDENAS
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No. 21


DRA. MARISELA GARCIA MENESES
JEFA DE EDUCACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21


DR. JORGE MENESES GARDUÑO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO
DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
Sec. de Servs. Escolares
★ MAR. 14 2001 ★
Unidad de Servicios Escolares
PP2 de Posgrado
2





DR. JOSE ISMAEL LIZAMA RENTERÍA
ASESOR DE LA TESIS
COORDINADOR MEDICO DE PROGRAMAS
COORDINACIÓN DE SALUD COMUNITARIA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DR. JUAN ISMAEL PARRILLA ORTIZ
MEDICO RESIDENTE DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21

AGRADECIMIENTOS

**A MIS PADRES
MARTÍN PARRILLA Y CATALINA ORTÍZ
QUE ME MOSTRARON EL CAMINO DEL ESTUDIO
QUEDANDO ESTÉ PARA MÍ,
COMO LA MAS VALIOSA RIQUEZA**

**A MI ESPOSA VERÓNICA Y A MI HIJO ISMAEL
POR SU COMPRENSIÓN APOYO Y TIEMPO EN LOS
MOMENTOS DIFÍCILES REGALANDOME CON ELLO MI
SUPERACIÓN PROFESIONAL.**

**A TODOS MIS MAESTROS QUE CON AFECTO Y
DESINTERÉS CONTRIBUYERON A MI FORMACIÓN.**

INDICE

1. Introducción	6
2. Objetivos	13
3. Material y métodos	14
4. Diseño estadístico	25
5. Resultados	26
6. Conclusiones	41
7. Sugerencias	46
8. Bibliografía	49
9. Anexos	52

1. INTRODUCCIÓN

La vulvovaginitis es una inflamación aguda o crónica del cuello uterino, del endocérnix, la vagina y la vulva, cuya etiología es multicausal. En varios estudios realizados por instituciones de salud pública en México, se reporta que al menos un 47% de las mujeres han presentado alguna infección vaginal durante su vida, de ellas un 28% fue debido a moniliasis, un 16.5% a vaginitis bacteriana y el 1.7% por tricomoniasis; este padecimiento constituye un reto para todos los especialistas ya que puede presentar exacerbaciones y remisiones o tender a la cronicidad.¹⁻³

Las infecciones genitales se pueden clasificar de acuerdo a su evolución, en agudas y crónicas; según su localización en el tracto vaginal, en superiores e inferiores y por su etiología, en infecciosas y no infecciosas. Las infecciosas pueden ser virales, bacterianas, parasitarias o micóticas. Los factores predisponentes son: la edad, el número de embarazos, uso de métodos anticonceptivos, enfermedades inmunosupresoras, uso de fármacos, mala higiene, uso de duchas vaginales, uso de ropa sintética, factores locales, cambio de pH del epitelio vaginal, la cercanía del ano y promiscuidad, así como diferentes prácticas sexuales.¹⁻⁸

CLASIFICACIÓN DE LAS INFECCIONES GENITALES, SEGÚN AGENTE ETIOLÓGICO.

a) VAGINITIS INESPECÍFICA.

El término se ha dado a las infecciones que parecían no tener un agente causal definido; los grupos de edad más afectados son las niñas y las mujeres postmenopáusicas. El cuadro clínico se presenta con leucorrea en variable cantidad, de color diferente, con prurito vulvar, dolor vaginal, y en las mujeres adultas, dispareunia; el diagnóstico se tiene con el cuadro clínico, en la realización de un frotis vaginal y cultivo, esto sin olvidar realizar una buena exploración. El tratamiento consiste en una limpieza vaginal, en la mayoría de los casos. ^{1,4,6,8}

b) TRICOMONIASIS.

El agente causal es la *Trichomona vaginalis*, es un protozoo unicelular flagelado, que se adquiere por vía sexual; se calcula que en los E.U.A. 2.5 millones de casos se reportan cada año, siendo las mujeres portadoras asintomáticas, por lo que se convierten en fuente de infección al hombre. Las edades en que se presenta son de los 16 a los 35 años. El cuadro clínico se caracteriza por la presencia de leucorrea, dolor vaginal, prurito vaginal y vulvar intenso, dispareunia y hasta disuria.

En la exploración se observa eritema vulvar, edema y excoriaciones vulvares; con la introducción del espejo se observa flujo verde amarillento, espumoso o lleno de burbujas en el ángulo vaginal inferior y el olor es desagradable. El diagnóstico se tiene con la historia clínica, el examen físico y el cultivo vaginal. El tratamiento consiste en la higiene

de la pareja, aplicación de metronidazol por vía local, y en el hombre sistémico. ^{1,4,11,14-16}

c) CANDIDIASIS.

Es la causa más frecuente de vulvovaginitis, producida por hongos del tipo de *Candida albicans*, se presenta de manera común en mujeres con vida sexual activa (16 a 30 años). Se observa más frecuentemente en mujeres embarazadas, con diabetes mellitus, en quienes utilizan antibióticos, anticonceptivos orales, corticoesteroides o inmunosupresores. El cuadro clínico se presenta con prurito vulvar y vaginal, secreción blanquecina gruesa como crema cuajada, adherente a la mucosa vaginal, de mal olor; disuria, dispareunia e irritabilidad local. El diagnóstico se realiza con el cuadro clínico. A la exploración se observan zonas aftosas y huellas de rascado. La observación microscópica de la secreción reporta micelos y a través de cultivo de Saboured Nickerson, se observa crecimiento del agente etiológico. El tratamiento consiste en el uso de antimicóticos por vía local o sistémico para la pareja por 14 días, además de medidas de higiene específicas. Es importante no olvidar que el itraconazol está contraindicado en el embarazo. ^{1,4-11}

d) VAGINITIS POR GADNERELLA O HAEMOPHILUS VAGINALIS

Conocida como vaginitis; se asocia a enfermedades del trato genital superior en un 23 a 96%, a trabajo de parto pretérmino, con bajo peso al nacer, ruptura prematura de membranas, enfermedad inflamatoria pélvica y sangrado uterino anormal. El cuadro clínico es asintomático en el 10 al 40% de los casos, pero predomina la presencia de flujo escaso

sin relación al ciclo menstrual, prurito ligero, dispareunia; un olor a pescado, puede ser el primer síntoma. La exploración genital revela exudado homogéneo, espumoso, blanco grisáceo y adherente a la pared, con enrojecimiento mínimo. Su diagnóstico es a través del frotis en fresco, coloración de Gram y cultivo. Tratamiento para la pareja a base de metronidazol sistémico o ampicilina.^{1,4-15}

e) VULVOVAGINITIS GONOCOCCICA

Producida por *Neisseria gonorrhoea*, es un diplococo Gram negativo. Es más frecuente en mujeres adolescentes y adultas jóvenes; en las embarazadas produce prematurez, ruptura prematura de membranas, corioamnionitis, sepsis y fiebre preparto. El cuadro clínico, es la presencia de secreción vaginal persistente en cantidad variable, de color blanco- amarillento, con irritación local, prurito vaginal, ardor vaginal y dolor, así como dispareunia. El diagnóstico se confirma con el cuadro clínico, además del cultivo de gonococo en Thayer Martín. Tratamiento a la pareja, uso de amoxicilina, ampicilina, penicilina procaínica, eritromicina, así como otros antibióticos.^{1,5,10,14-17}

f) VAGINITIS POR CHAMYDIA TRACHOMATIS

Producida por *Chlamydia trachomatis*, tiene preferencia por las células escamocolumnares, por lo que el cérvix es el primero en infectarse, con una prevalencia del 8% al 40%. Son parásitos intracelulares estrictos, pueden provocar endometritis, síndrome uretral agudo, enfermedad inflamatoria pélvica, síndrome de Fitzhugh Curtís, displasia, infertilidad, así como embarazo ectópico, ruptura prematura de membranas, parto pretérmino, infecciones postparto y postcesárea. Cuadro clínico se

presenta con leucorrea mucopurulenta, sangrados intermenstruales, dolor pélvico y sintomatología urinaria.

Para el diagnóstico se requiere del cuadro clínico más el examen microscópico directo, mediante la tinción de Giemsa, con método de inmunofluorescencia; se puede realizar colposcopia y biopsia cervical directa. Tratamiento a la pareja con eritromicina, doxiciclina, minociclina o limeciclina a dosis recomendadas, sin olvidar la higiene.^{1,5,6, 10, 14-21}

g) VAGINITIS POR HERPES SIMPLE

Secundaria a la relación sexual de la mujer con su pareja contagiada por el virus, mismo que produce enfermedad ulcerativa frecuente con afección de la mucosa; el virus permanece latente en ganglio dorsales.

Cuadro clínico: se presentan 3 episodios, infección primaria, secundaria y recurrente. Diagnóstico: examen directo mediante especuloscopia, donde se observan lesiones vesiculares y pústulas o a través del cultivo del virus. Su tratamiento es a base de aciclovir por 10 días.^{5,10,22}

h) VAGINITIS POR MYCOPLASMA.

Es similar a las infecciones por Chlamydia, se puede incluyen dentro de este grupo las infecciones producidas por *Mycoplasma hominis* y *Ureaplasma urealyticum*; se ha encontrado relación con ruptura prematura de membranas o bajo peso al nacer y se ha asociado con uretritis inespecífica y coriamnionitis. Tratamiento a la pareja, con uso de tetraciclinas por 7 días.^{14,15}

Los factores de riesgo para la gran mayoría de las infecciones vaginales, se encuentran en los llamados estilos de vida (higiene,

promiscuidad sexual, prácticas sexuales, etc.), por lo cual es importante que el personal de salud en lo general y el Médico Familiar en lo particular, conozcan con amplitud dichos factores, toda vez que de esta forma se podrán realizar propuestas de intervención que permitan, además de instaurar el tratamiento adecuado y oportuno, proporcionar educación para la salud a las mujeres que presentan estas patologías.

Es importante señalar que uno de los principios básicos del quehacer médico es el "curar la enfermedad", pero también se debe resaltar que en la actualidad los aspectos preventivos tienen un peso sustantivo, ya que modifican su historia natural y por consiguiente, se pueden disminuir o evitar las complicaciones propias de las infecciones vaginales.

Planteamiento del problema

La vulvovaginitis es uno de los padecimientos que condicionan de manera frecuente, que las mujeres acudan desde la niñez hasta la edad adulta, a la consulta, tanto con el primero como en el segundo nivel,¹ esto propicia que se otorguen más de 10 millones de consulta al año,² con un costo unitario que varía desde \$250.00 hasta \$580.00 aproximadamente, de acuerdo al tipo de zona donde se demanda dicha consulta.²²

Se ha observado en la consulta externa de las Unidades de Medicina Familiar del Instituto, que muchas de las pacientes embarazadas desconocen las complicaciones que pueden presentar cuando cursan con vulvovaginitis, así como la causa de la misma; es por ello que el Médico Familiar debe detectar los factores de riesgo clínico-epidemiológicos que tienen dichas pacientes y establecer estrategias de intervención para modificar el curso natural de estas enfermedades, toda vez que al realizar lo anterior, se pueden disminuir las complicaciones y secuelas.

Basándose en los resultados de la presente investigación, se pretendió dar respuesta a la siguiente cuestión.

¿Cuáles son las características clínico-epidemiológicas de las mujeres embarazadas y con vulvovaginitis, que acuden a la consulta externa de medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 21?

2. OBJETIVO

Conocer las características clinicoepidemiológicas de las mujeres embarazadas y con vulvovaginitis, que acuden a la consulta externa de medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 21, para prevenir complicaciones y garantizar un feliz término de su gestación.

3. MATERIAL Y METODOS

El tipo de estudio realizado fue observacional, transversal, prospectivo y descriptivo; se efectuó del 15 de agosto al 15 de septiembre de 1999, en mujeres embarazadas que acudieron a consulta externa o a grupo de trabajo social, en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 21, perteneciente a la Delegación 4 Sureste del Distrito Federal, a quienes previa información del objetivo de la investigación y autorización del consentimiento informado por escrito, se les aplicó una cédula personal. Las cédulas se aplicaron en las salas de espera de los 32 consultorios en ambos turnos, así como en los consultorios de estomatología y en el aula donde se otorgan pláticas a mujeres embarazadas que integran los grupos de orientación de trabajo social.

La cédula se estructuró de la siguiente forma: datos generales (edad, ocupación, estado civil, escolaridad), antecedentes higiénicos (baño diario, cambio de ropa interior así como el material de la misma), antecedentes de enfermedades genitales (niñez, adolescencia y etapa adulta) o actualmente, antecedentes ginecoobstétricos (inicio de vida sexual, número de parejas sexuales, número de embarazos, partos, abortos, cesáreas, trimestre de embarazo, uso de métodos contraceptivos, tipo de prácticas sexuales, presencia de síntomas relacionados con infecciones vaginales, presencia de alguna molestia al momento de la entrevista e infecciones en la pareja sexual).

Se aplicaron 10 cédulas de prueba de campo y se efectuaron las modificaciones pertinentes; posteriormente se realizó el cálculo del tamaño mínimo de la muestra a estudiar. La población que se tomó de base fueron 2045 mujeres embarazadas del año de 1998, mismas que acudieron a control de embarazo, se realizó un cálculo de muestras para población finita, basándose en la siguiente fórmula:

$$n = Z^2 \cdot P(1-P) / (D^2 \cdot Q)$$

Donde:

N= Población total en estudio

Z = coeficiente de confianza

D= Error estándar dispuesto a aceptar.

P= probabilidad que se posea la característica

n = Tamaño mínimo de muestra

así

N= 2045

Z= 1.96 (P/ un nivel de confianza del 95%)

D= 0.08

P= 0.22

Q= 0.78

Entonces: n = 98pacientes.

De acuerdo con los reportes de estudios de prevalencia sobre diversos factores de riesgo, se ha establecido que existe una tasa de no-participación de aproximadamente un 30%, situación que se consideró al realizar la estimación del tamaño mínimo de muestra; por lo anterior, el número de personas a entrevistar fue de 137.

Los criterios de inclusión fueron: mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal, haber autorizado de manera verbal el consentimiento informado, ser derechohabiente, tener de 15 a 49 años d edad. **Los criterios de exclusión:** no cumplir con los criterios de inclusión.

Consideraciones éticas aplicables al estudio.

Por el tipo de estudio efectuado, no fue necesario el consentimiento informado por escrito, no obstante se consideró pertinente solicitarle a cada mujer, su consentimiento verbal, acorde lo señalado por la Convención de Helsinki y su posterior ratificación de Tokio.

Se llevó a cabo una sesión informativa con cada una de las personas participantes en el proyecto y se les explicó la importancia del estudio, se hizo énfasis en la confidencialidad de la información y no se estableció ningún compromiso con ellas.

VARIABLES:

DEPENDIENTE

Vulvovaginitis.

INDEPENDIENTES.

CLINICAS. Leucorrea, Prurito vaginal, dispareunia.

EPIDEMIOLOGICAS: Edad, estado civil, escolaridad, ocupación.

DE CONTROL. Inicio de vida sexual activa, Número de parejas sexuales, antecedentes ginecoobstétricos, semanas de gestación, uso de métodos anticonceptivos, higiene.

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.

Variable Dependiente

VULVOVAGINITIS.	
Definición conceptual	Proceso inflamatorio de las estructuras del aparato genital de etiología multicausal
Definición operacional	Se le solicitó a la paciente señalara si había presentado sintomatología que orientara hacia la presencia de patología vaginal.
Tipo de variable	Cualitativa nominal
Escala de medición	Si o no

EDAD	
Definición conceptual	Tiempo en años transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio
Definición operacional	Se solicitó a la paciente informara su edad en años cumplidos y se validó con la fecha de nacimiento
Tipo de variable:	Cuantitativa ordinal
Escala de medición	Se integraron grupos quinquenales

ESTADO CIVIL	
Definición conceptual	Condición de un individuo en lo que entorna a su relación con la sociedad
Definición operacional	Se solicitó a cada una de las mujeres entrevistadas, señalara el estado civil que ostentaba al momento de realizar la entrevista
Tipo de variable	Cualitativa nominal
Escala de medición:	Soltera, casada, unión libre, divorciada, separada o viuda

ESCOLARIDAD.	
Definición conceptual	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un colegio
Definición operacional	Se preguntó a cada mujer entrevistada, señalara el último año cursado en una escuela
Tipo de variable	Cualitativa nominal.
Escala de medición	Analfabeta, primaria incompleta o completa; secundaria incompleta o completa; media superior incompleta o completa; licenciatura incompleta o completa

OCUPACION	
Definición conceptual.	Empleo u oficio que ejerce una persona y que suele requerir estudios teóricos.
Definición operacional.	Se le solicitó que refiriera la actividad a la que se dedicaba y se especificara cuál
Tipo de variable.	Cualitativa nominal
Escala de medición	Hogar, obrera, empleada o estudiante

HIGIENE	
Definición conceptual	Parte de la medicina que trata de las normas de conservación de salud, limpieza y aseo personal
Definición operacional	Se pidió que mencionara cada cuando se bañaba, cada cuando realizaba cambio de ropa interior y si compartía ésta con otras personas.
Tipo de variable	Cualitativa ordinal y cualitativa nominal
Escala de medición	Diario, cada 2 días, cada 3 o más Buena, regular y mala.

ENFERMEDADES VAGINALES PRESENTADAS	
Definición conceptual	Alteración de la salud secundaria a la presencia de cualquier enfermedad vulvovaginal.
Definición operacional	Se interrogó si había presentado durante la infancia o adolescencia alguna enfermedad vulvovaginal, así como al momento de la entrevista.
Tipo de variables	Cualitativa nominal
Escala de medición	Sí o No

INICIO DE VIDA SEXUAL	
Definición conceptual	Tiempo en el cual una persona comienza a tener relaciones sexuales por primera vez.
Definición operacional.	Se preguntó la edad de inicio de su primera relación sexual
Tipo de variable.	Cualitativa ordinal.
Escala de medición	Se agrupó en quinquenios y se anotó en años.

NUMERO DE PAREJAS	
Definición conceptual	Número de personas del sexo masculino con los cuales ha tenido una o más relaciones sexuales.
Definición operacional.	Se preguntó el número de hombres con los cuales había mantenido relaciones sexuales
Tipo de variable.	Cuantitativa ordinal.
Escala de medición	Se integró la siguiente escala: una, dos, tres, cuatro y cinco ó más.

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS	
Definición conceptual	Apartado de la historia clínica gineco-obstétrica de una mujer, en el cual se incluye el número de embarazos, partos, abortos y cesáreas presentadas.
Definición operacional	Se solicitó a la mujer entrevistada que señalara el número de embarazos, partos, abortos y cesáreas.
Tipo de variable	Cuantitativa ordinal
Escala de medición	Se integraron las siguientes escalas: uno, dos o tres y más

SEMANAS DE GESTACIÓN	
Definición conceptual	Tiempo transcurrido durante el cual se desarrolla el embrión y el feto humano en el interior de la madre.
Definición operacional	Se solicitó la fecha de última regla y de ésta se obtuvieron las semanas de gestación.
Tipo de variable	Cuantitativa discreta
Escala de medición	Se agruparon en trimestres, de acuerdo a las siguientes semanas de gestación: Primer trimestre: de 0 a 14 semanas. Segundo trimestre: de 15 a 28 semanas. Tercer trimestre: de 29 a 42 semanas.

USO DE ANTICONCEPTIVOS	
Definición conceptual	Medio o práctica o agente que impide la fecundación
Definición operacional	Se preguntó qué método utilizó antes de su último embarazo.
Tipo de variable	Cualitativa nominal
Escala de medición	Sí o No

PRACTICA SEXUAL	
Definición conceptual	Uso, costumbre o estilo de efectuar la relación sexual en una pareja
Definición operacional.	En este rubro se solicitó información sobre el tipo de relación efectuada con la pareja.
Tipo de variable.	Cualitativa nominal
Escala de medición	Se integraron las siguientes categorías: a) genital, b) genital y oral, c) genital y rectal, d) genital, oral y rectal.

LEUCORREA	
Definición conceptual	Salida de liquido no hemorrágico por el trato genital femenino
Definición operacional	Se preguntó sobre: a) Presencia de flujo a través de sus genitales. b) Características del mismo como son: color, olor, dolor en bajo vientre c) Cantidad.
Tipo de variable.	Cualitativa nominal
Escala de medición	Se utilizaron las siguientes escalas: a) Si o no. b) Color: transparente, amarillo, blanco,

	<p>verde, amarillo-verdoso y sanguinolento.</p> <p>Olor: Inoloro, dulce, agrio o a pescado.</p> <p>c) Poca, regular o abundante.</p>
--	--

PRURITO VAGINAL.	
Definición conceptual	Afección caracterizada por sensación particular que incita a rascarse en los órganos genitales externos
Definición operacional	Se preguntó a la paciente si había presentado o presentaba sensación de comezón en los genitales
Tipo de variable	Cualitativa nominal
Escala de medición	Sí o No

DISPAREUNIA	
Definición conceptual	Coito difícil o doloroso
Definición operacional	Se preguntó a la mujer si durante sus relaciones sexuales presentaba o no había presentado dolor y si rechazaba realizar las mismas
Tipo de variable	Cualitativa nominal
Escala de medición	Sí o No

4. DISEÑO ESTADÍSTICO

Si los objetivos de un estudio de prevalencia o transversal, son identificar la frecuencia y distribución de la enfermedad o evento de salud y de los factores asociados, en la presente investigación se consideró como unidad de análisis a la mujer embarazada. Se clasificaron como casos expuestos, todas las mujeres que presentaron leucorrea y como no casos, quienes no la presentaron.

Toda vez que se trató de un estudio de tipo descriptivo, se realizó el cálculo de la prevalencia de vulvovaginitis en el grupo de mujeres embarazadas. Para comprobar posibles asociaciones entre dos variables, se utilizó la tabla de contingencia de 2 x 2 (tetracónica), de donde se pudo obtener la Razón de Momios, así mismo se utilizaron intervalos de confianza al 95%, valor de p y la Ji cuadrada.

Se diseñó una base de datos con el apoyo del paquete estadístico EPI-INFO6; en el mismo paquete se realizó el análisis univariado y bivariado de las diferentes variables. Se obtuvieron además, media, valores máximo y mínimo.

RESULTADOS

ANÁLISIS UNIVARIADO

Se realizaron 144 entrevistas a igual número de mujeres embarazadas. De acuerdo al parámetro edad, se encontró una media de 26.4 años (desviación estándar ± 5.56); con un valor mínimo de 16 y un valor máximo de 40 años, mediana = 25. Se puede observar, en lo que respecta a la distribución por grupos de edad quinquenales, que las pacientes se distribuyeron dentro de una curva de distribución normal (Gráfica 1), toda vez que no hubo predominancia de algún grupo específico.

La ocupación que predominó entre las personas encuestadas fue el hogar (50.7%, IC95% 42.2-58.8), seguida del grupo de empleadas (40.3%, IC95% 32.3-48.2) (Gráfica 2)

En lo que respecta al estado civil, el 72.2%, señalaron estar casadas (IC95% 64.8-79.5), un 18.8% mencionó vivir en unión libre y el 8.3% refirió estar soltera. (Gráfica 3).

La escolaridad predominante en el grupo de estudio fue el nivel medio superior con un 45% (IC95% 37.9-53.3), seguido de secundaria con 30.6% (IC95% 23.2-38.2). El nivel de licenciatura fue reportado por el 15.1% (IC95% 9.95-21.8) de las mujeres entrevistadas y en lo que respecta a primaria el 8.4% (IC95 7.5-9.2). (Gráfica 4).

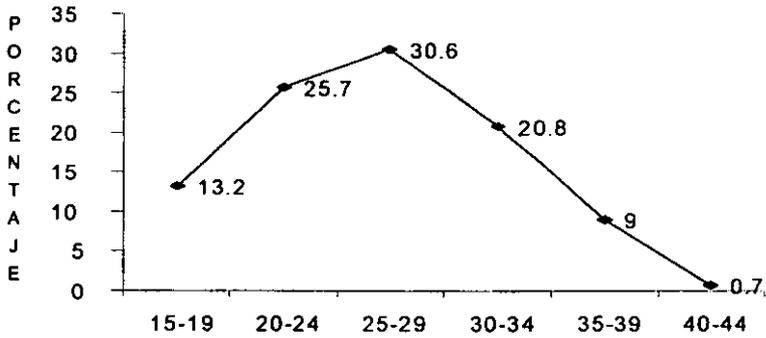
En cuanto a la higiene se encontró lo siguiente: el 91 % (IC95% 86.3-95.6) y el 96.5% (IC95% 93.5-99.5) se bañan y cambian de ropa diariamente; el tipo de tela de la ropa interior que utilizan es de algodón en el 57.6% (IC95% 49.5-65.6) de los casos, y el 38.9% (IC95% 30.9-46.8) señaló usar un tipo mixto (Cuadro 1).

Al preguntar sobre el antecedente de presencia de enfermedades genitales en las diferentes etapas de la vida de las entrevistadas, se encontraron los siguientes hallazgos: el 2.1% refirió haberlas presentado durante la infancia, un 6.9% durante la adolescencia y el 32.6% en la edad adulta. (Gráfica 5)

En lo que respecta a los antecedentes ginecoobstétricos, se encontró que el inicio de vida sexual se presentó a los 20.6 años promedio, con una desviación estándar ± 3.9 y valores mínimo y máximo de 14 años y 35 años respectivamente (Gráfica 6). El 63.2 % (IC95% 55.3-71.0) del total de mujeres entrevistadas señaló haber tenido una sola pareja sexual (Gráfica 7); al preguntar sobre el número de embarazos que habían tenido, el 41% señaló ser primigesta, el 33.3% (IC95% secundigesta y un 25.7% era multigesta. De las mujeres que ya se habían embarazado previamente, el 67.8% había presentado un parto; un 37.5% había tenido al menos un aborto y el 46.4% se había sometido a una cesárea. (Cuadro 2)

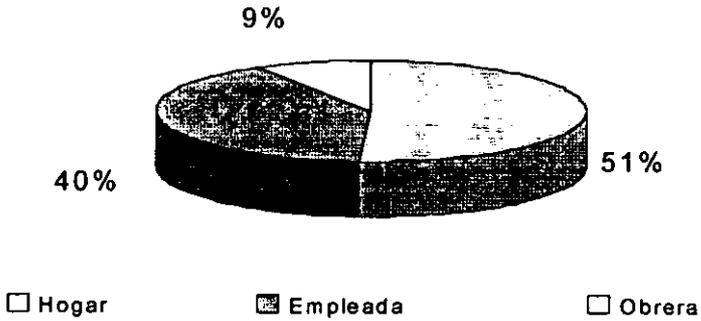
Tomando en cuenta el trimestre en el cual se encontraban las mujeres al momento del estudio y basándose en el dato reportado de fecha de última regla (FUR), se encontró que un 9.7%(IC95% 4.8-14.5) cursaban el primero, el 41.0% (IC95% 32.9-49.0) el segundo y un 49.3%(IC95% 41.1-57.4) el tercero (Gráfica 8).

Distribución de la población de estudio, según grupos de edad
 Unidad de Medicina Familiar No. 21, IMSS. 1999
 n=144



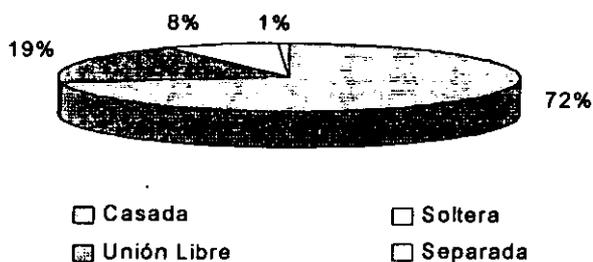
GRÁFICA 1

Distribución de la población de estudio, según ocupación
 Unidad de Medicina Familiar No. 21, IMSS. 1999
 n=144



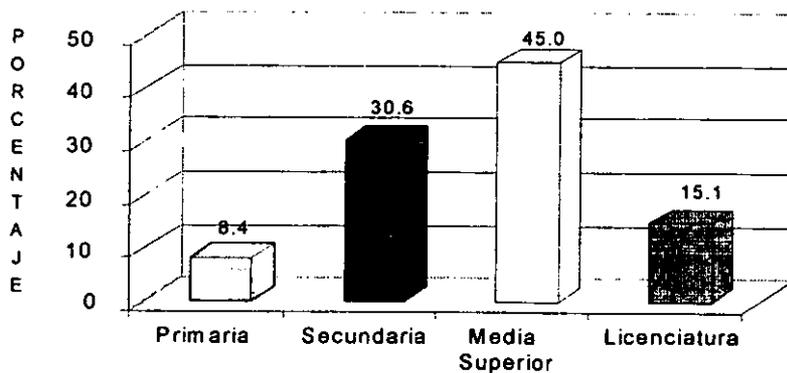
GRÁFICA 2

Distribución según estado civil.
Mujeres embarazadas.
Unidad de Medicina Familiar No. 21, IMSS. 1999
n= 144



GRÁFICA 3

Distribución de la población de estudio, según escolaridad
Unidad de Medicina Familiar No. 21, IMSS. 1999
n=144



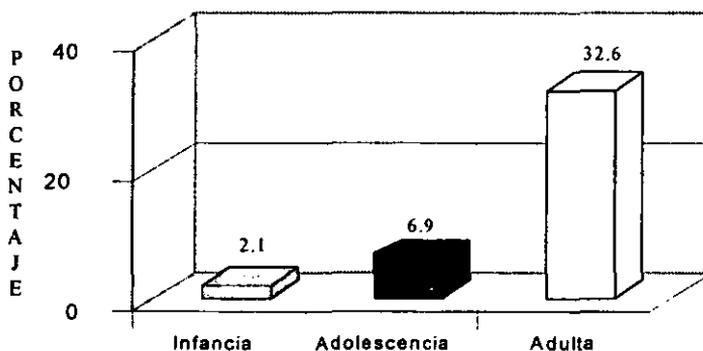
GRÁFICA 4

Medidas higiénicas señaladas por la población de estudio
 Unidad de Medicina Familiar No. 21, IMSS. 1999
 n= 144

Característica	n	Por ciento	I.C. 95%
Baño diario	131	91	86.3-95.6
Baño c/3er día	009	09	04.4-13.6
Cambio de ropa interior:			
Diario	139	96.5	93.5-99.5
Cada tercer día	005	03.6	03.2-06.5
Tipo de tela en ropa interior:			
Algodón	083	57.6	49.5-65.6
Mixta	056	38.9	30.9-46.2
Sintética	005	03.5	03.2-06.5

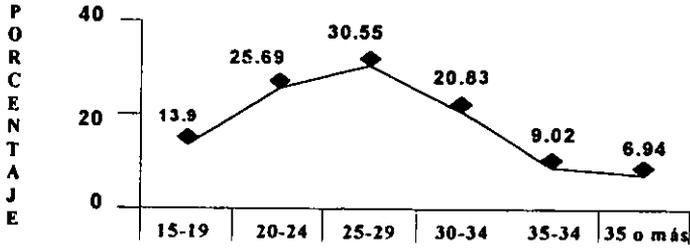
CUADRO 1

Antecedentes de enfermedades vaginales presentadas
 en mujeres embarazadas
 Unidad de Medicina Familiar No21, IMSS. 1999
 n=144



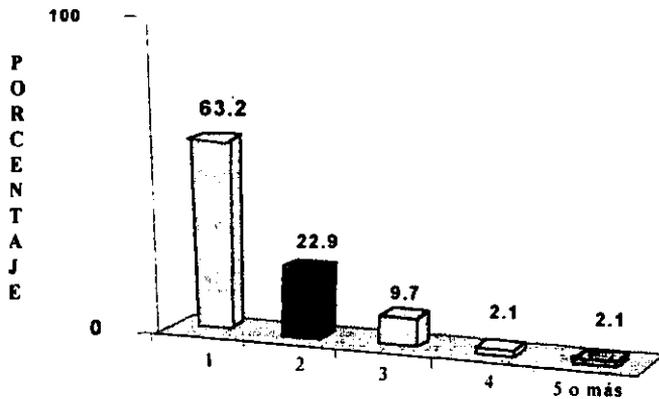
GRÁFICA 5

Inicio de vida sexual en mujeres embarazadas
 Unidad de Medicina Familiar No 21, IMSS, 1999
 n=144



GRÁFICA 6

Número de parejas que han tenido las mujeres embarazadas
 Unidad de Medicina Familiar No 21, IMSS, 1999
 n=144



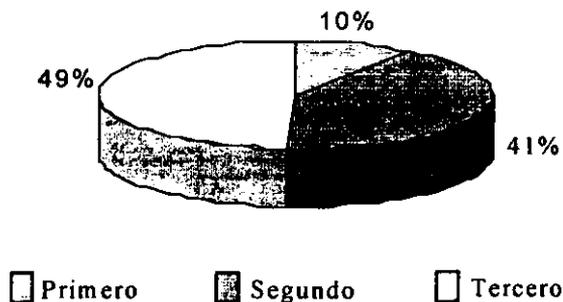
GRÁFICA 7

Antecedentes ginecoobstétricos de la población de estudio
 Unidad de Medicina Familiar No. 21, IMSS. 1999
 n = 144

Característica	No.	Porcentaje
Gestaciones:		
Cero	00	00.0
Una	59	41.0
Dos	48	33.3
Tres o más	37	25.7
Partos		
Cero	88	61.1
Uno	38	26.4
Dos	15	10.4
Tres o más	03	02.1
Abortos:		
Cero	123	85.4
Una	019	13.2
Dos	001	00.7
Tres o más	001	00.7
Cesáreas:		
Cero	116	80.6
Una	024	16.7
Dos	004	02.8
Tres o más	000	00.0

CUADRO 2

Distribución de la población de estudio según trimestre de embarazo
 Unidad de Medicina Familiar No. 21, IMSS. 1999
 n=144



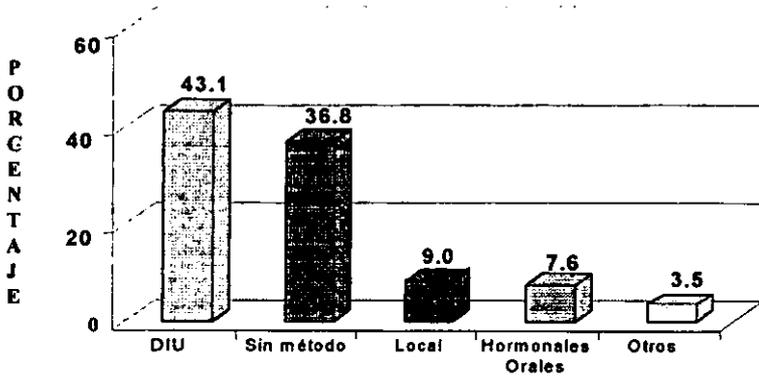
GRÁFICA 8

Se interrogó sobre el uso de métodos contraceptivos antes del embarazo y se encontró que un 43.1%(IC95% 35.2-51.1) habían utilizado el Dispositivo Intrauterino (DIU), el 36.8%(IC95% 28.9-44.6) no había empleado ninguno de los métodos conocidos y el resto había usado un método diferente al DIU (20.1%, IC95% 14.3-27.6). (Gráfica 9).

Se ha establecido que el tipo de práctica sexual tiene una relación directa con la presencia de vulvovaginitis, por lo cual se incluyeron dentro del cuestionario algunas preguntas que permitieran conocer lo referente a este factor de riesgo; se encontró que el 67.4%(IC95% 59.4-75.0) de las mujeres señalaron tener relaciones sexuales únicamente de tipo genital, un 19.4%(IC95% 12.9-25.8) combinaba el sexo oral y genital, el 4.9% (IC95% 1.3-8.42) anal y genital y un 8.3%(IC95% 3.8-12.8) señaló combinar anal, genital y oral. (Gráfica 10)

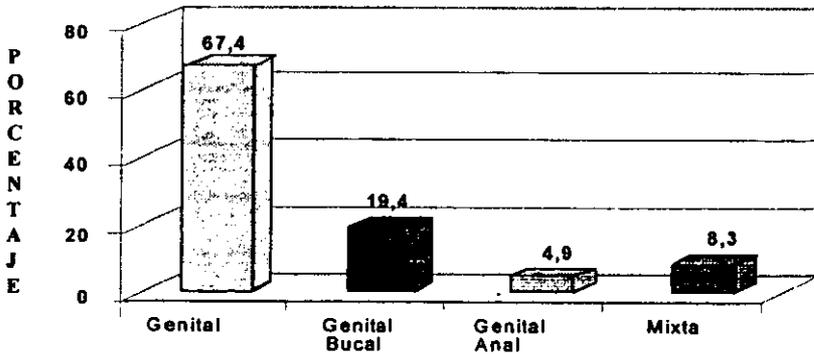
Se interrogó también lo referente a la presencia de sintomatología al momento de la entrevista, reportándose los siguientes hallazgos: un 69.4%(IC95% 61.8-76.9) mencionó presentar leucorrea, dispaurenia en el 27.8%(IC95% 20.4-35.1) y prurito en un 36.8%(IC95% 28.9-44.6). (Gráfica 11). Del total de mujeres que presentaron leucorrea, 52%(IC95% 43.8-60.1) señaló haberlo notado en poca cantidad; predominó el color amarillento en el 41%(IC95% 32.9-49.0), y sin olor un 64%(IC95%.56.2-71.8) (Cuadro 3)

Métodos contraceptivos utilizados por las mujeres entrevistadas antes del embarazo
Unidad de Medicina Familiar No 21, IMSS. 1999
n=144



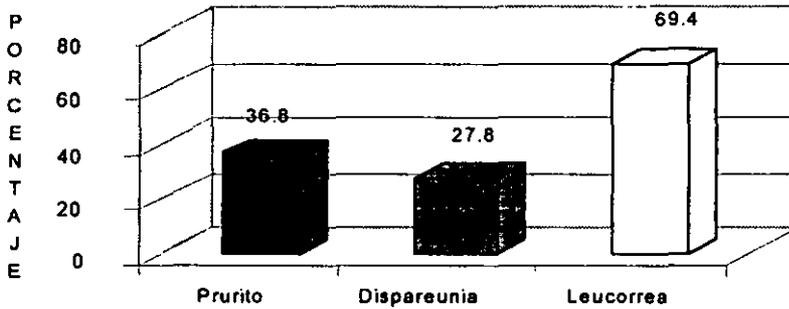
GRÁFICA 9

Prácticas sexuales que señalaron haber utilizado las mujeres embarazadas
Unidad de Medicina Familiar No 21, IMSS. 1999
n=144



GRÁFICA 10

**Sintomatología al momento de la entrevista
Unidad de Medicina Familiar No. 21, IMSS. 1999
n=144**



NOTA: Los porcentajes no son acumulativos, debido a que una mujer pudo haber presentado uno o más síntomas.

GRÁFICA 11

**Características generales de la leucorrea señaladas
por las mujeres embarazadas
Unidad de Medicina Familiar No. 21, IMSS. 1999
n = 100**

Característica	No.	Por ciento
Cantidad:		
Poca	52	52
Regular	30	30
Abundante	18	18
Color:		
Transparente	20	20
Amarillo	41	41
Blanco	30	30
Verde	02	02
Amarillo/verdoso	06	06
Sanguinolento	01	01
Olor:		
Inoloro	64	64
Dulce	05	05
Agrio	23	23
Pescado	08	08

CUADRO 3

ANÁLISIS BIVARIADO

Para comprobar la fuerza de asociación entre algunas de las variables incluidas en el estudio, se realizó el cruce de las siguientes variables:

- a) Leucorrea vs grupo de edad. No se encontró un gradiente biológico en el grupo de estudio, esto es, existe riesgo únicamente de los 15 a los 24 años (RM=1.29), posterior a esta edad se observa un aparente factor protector. Lo anterior es acorde a lo señalado por la literatura, en la cual se menciona que posterior a los 24 años, el riesgo de presentar leucorrea disminuye.
- b) Leucorrea vs ocupación. Se agruparon las categorías diferentes a la ocupación hogar, con la finalidad de demostrar cuál de ellas tenía mayor posibilidad de presentar leucorrea; se encontró que la mujer dedicada al hogar tiene 2.6 veces más riesgo de padecerla, en comparación de las mujeres clasificadas como empleadas y obreras (RM=2.67, IC95% 1.20-5.99, $X^2 = 6.99$, $p=0.008$). (Cuadro 4)
- c) Leucorrea vs. Estado civil. Para fines de análisis, se agruparon las categorías de casadas y unión libre vs solteras, divorciadas y separadas. Se encontró que en las mujeres que mencionaron contar con una pareja, existe un aparente efecto protector (RM=0.39, IC95% 0.06-1.97, $X^2=1.55$, $p=n/s$) para la presencia de vulvovaginitis, situación que es apoyada por los resultados reportados en la literatura, donde se menciona que la mujer con una pareja estable, tiene menor riesgo de infecciones vaginales. (Cuadro 4)

d) Leucorrea vs higiene personal: Se encontró una Razón de momios de 1, lo cual significa que independientemente de que la mujer se bañe diario o cada tercer día, son afectadas de igual forma.

Como parte de la higiene personal, se incluyó el cambio de ropa interior como factor de riesgo para presentar leucorrea, encontrándose que la mujer que lo realiza cada tercer día, tiene 1.79 veces más probabilidad de presentar leucorrea, en comparación con las que lo hacen diario (RM=1.79, IC95% 0.18-43.3, $X^2=0.2$, $p=n/s$). El tipo de tela de la ropa interior se agrupó tomando como base la de algodón vs. sintética-mixta; se observó que el hecho de utilizar ropa de algodón, tiene un aparente efecto protector vs. la presencia de leucorrea (RM=0.83, IC95% 0.3-1.81, $X^2=0.25$, $p=n/s$)

e) Al cruzar la variable presencia de enfermedades vs leucorrea, se encontró que la mujer que refirió haber cursado con enfermedades genitales durante la adolescencia, tiene un 3% más de riesgo de presentar leucorrea en comparación de quienes no las presentaron; esta proporción se incrementó hasta en un 69% para las mujeres que señalaron haberlas padecido durante la edad adulta.

f) Leucorrea vs. número de parejas: el número de parejas reportados por las mujeres entrevistadas se clasificaron en dos grupos, las que mencionaron tener solo una y quienes dijeron haber tenido 2 y más; las que reportaron dos y más parejas, tiene 1.74 veces más riesgo de presentar leucorrea, en comparación de quienes solo tenían una (RM=1.74, IC95% 0.6 -4.9, $X^2= 1.33$, $p=n/s$)

- g) El uso de métodos contraceptivos en las mujeres y su relación con la presencia de leucorrea, no tuvo significancia estadística.
- h) La presencia de leucorrea vs presencia de prurito demostró que las mujeres que señalaron haber presentado prurito, tuvieron 5.6 veces más riesgo de tener leucorrea, en comparación con aquellas que no lo presentaron (RM = 5.62, IC95% 2.02 –16.45, $X^2= 14.62$, $p=0.0005$) (Cuadro 4)
- i) Al cruzar la variable leucorrea vs dispareunia, se encontró que las mujeres que señalaron cursar con leucorrea tienen 8 veces más riesgo de presentar dispareunia, en comparación con aquellas que lo negaron (RM= 8.03, IC95%15 – 35.42, $X^2 13.87$, $p= 0.0004$). (Cuadro 4)
- j) En lo referente al tipo de practicas sexuales, se conformaron dos grupos: vaginal vs no vaginal; se encontró que el hecho de practicar el sexo no vaginal tiene 2 veces más riesgo para presentar leucorrea, en comparación con la práctica vaginal (RM = 2 , IC95% 0.83 –4.83, $X^2 2.8$ y una $p=n/s$).
- k) En cuanto al nivel educativo, se encontró una relación inversamente proporcional entre la presencia de leucorrea y nivel educativo, esto es, a mayor educación menor presencia de leucorrea: las mujeres con nivel medio superior, tienen casi 3 veces más riesgo (RM=2.8), las de nivel secundaria 4.5 veces más y las de nivel primaria 8 veces más, todas en ellas en comparación con la de nivel licenciatura ($X^2T=5.01$, $p=0.02$).

Fuerza de asociación de algunas variables estudiadas
 Unidad de Medicina Familiar No. 21. IMSS. 1999
 n= 144

Variables	R.M.	IC95%	X ²	p
Leucorrea y ocupación: Hogar vs No hogar	2.6	1.20-5.99	6.99	0.008
Leucorrea y estado civil Casada vs No casadas	0.39	0.06-1.97	1.55	n/s
Leucorrea vs prurito	5.62	2.02-16.4	14.6	0.0005
Leucorrea vs dispaurenia	8.03	15-35.42	13.8	0.0004

CUADRO 4

6. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de vulvovaginitis (leucorrea) en el grupo de estudio fue del 69.4%, cifra superior a lo reportado por otros autores (1,3,4,6,9,20) los cuales señalan la misma, en un rango del 45 al 47% en población general, no así en las mujeres embarazadas.
2. En cuanto a las características de la leucorrea, se encontró que el 52% de las mujeres embarazadas con vulvovaginitis la presentó en poca cantidad, el 41% era de color amarillo y el 64% la reportó sin olor. Debido a la variabilidad en las características clínicas reportada por diversos autores (3,4,6,20) y derivado de no haber realizado el aislamiento de los gérmenes que propician las mismas, no es posible conocer con exactitud la prevalencia de los agentes etiológicos.
3. Los rangos de edad reportados por el grupo de estudio osciló entre 16 y 40 años, con un promedio de 29 años; el grupo de edad en el que se observó mayor presencia de leucorrea fue en el de 15 a 24 años (adolescente y adultos jóvenes), esto esta de acuerdo a lo reportado por Melanie Mintzer, quien a pesar de no haber realizado el estudio en mueres embarazadas, observó una distribución similar a la encontrada en el presente estudio.

4. Varios autores (^{1,3,6,9,20}) han demostrado, en estudios realizados entre la población femenina en general, que a menor nivel educativo existe mayor presencia de vulvovaginitis. En el presente estudio, los resultados obtenidos no difieren de lo reportado, a pesar de haberse realizado en mujeres embarazadas.

5. En lo que respecta al estado civil, la literatura señala que existe una menor prevalencia de vulvovaginitis entre las mujeres casadas o en quienes tienen una relación monoparental (^{6,9,20}). Acorde a lo señalado por los autores, en el grupo de estudio se encontraron resultados similares.

6. Las mujeres que se dedican al hogar presentaron leucorrea 2.6 veces más que quienes reportaron ser obreras o empleadas. A pesar de que la literatura reporta la relación entre nivel socioeconómico vs vulvovaginitis y señala la existencia de una relación inversamente proporcional entre ambos parámetros (a mayor nivel, menor prevalencia) y toda vez que en el presente estudio, no se abordó lo relacionado con dicho parámetro, es evidente que las mujeres dedicadas al hogar, pueden pertenecer a cualquiera de los estratos socioeconómicos conocidos.

7. Investigaciones realizadas con respecto a los hábitos higiénicos vs vulvovaginitis, señalan como factores protectores el baño y cambio de ropa diariamente, además de utilizar ropa interior de fibras

naturales (algodón)^{3, 4, 6, 9, 20}. Las mujeres que participaron en el presente estudio y que no cumplieron con lo señalado previamente, tienen casi 2 veces más riesgo de presentar vulvovaginitis, en comparación con quienes si cumplieron con los anteriores preceptos.

8. La edad no es factor de riesgo para la presencia de vulvovaginitis, toda vez que esta patología la podemos encontrar en cualquier etapa de la vida de la mujer. Sin embargo, diversos estudios han demostrado que al iniciar la vida sexual activa, existe un incremento en la presencia de vulvovaginitis, aunado a promiscuidad sexual. (1,3,4,6,9,20). En el grupo de estudio se encontró que la edad promedio de inicio de vida sexual activa fue de 20.6 años con rangos de 14 a 35 años; el 63.2% de las mujeres entrevistadas señalaron tener una sola pareja sexual y quienes mencionaron haber tenido más de una, tuvieron 1.7 veces más riesgo de presentar vulvovaginitis.
9. Estudios realizados por Mc Rivera y cols., señalan que las mujeres que utilizan métodos contraceptivos de barrera, no presentan vulvovaginitis. En la presente investigación se interrogó sobre el uso de métodos contraceptivos de barrera (preservativo masculino) y se encontró que solamente el 9% de las mujeres entrevistadas aceptó haberlo utilizado antes del embarazo; el 43.1% de las entrevistadas, señalaron haber utilizado el DIU. Al realizar el cruce de variables se comprobó que efectivamente el uso del DIU antes del embarazo es un factor protector vs vulvovaginitis. (RM=0.45, IC95% 0.02-0.9, $\chi^2=4.89$, $p=0.002$)

10. Acorde a lo señalado por la literatura, la practica sexual que tiene mayor riesgo para presentar vulvovaginitis es la mixta; en el presente trabajo se corroboró que las mujeres que habían reportado prácticas sexuales mixtas, tuvieron hasta 2 veces más riesgo de sufrir esta afección, en comparación con las mujeres que tuvieron solamente prácticas sexuales vaginales.

11. Rivera L. y cols. realizaron un estudio en la población femenina general, con la finalidad de determinar la prevalencia de vaginitis y vaginosis bacteriana, destacando manifestaciones clínicas de estas patologías; reportan que un 46% de la población de estudio presentó prurito vaginal. Dado que no existen datos sobre la presencia de prurito vaginal en las mujeres embarazadas, se consideró conveniente tomar estos datos como referencia, encontrando en este grupo de estudio, una cifra inferior a la reportada por ese grupo de investigadores (46% vs 36.8%).

12. En lo que respecta a la presencia de leucorrea vs prurito, la literatura ha señalado que existe una asociación entre estas dos manifestaciones clínicas, sin embargo no se ha dilucidado cuál de ellas es la consecuencia de la otra; en esta investigación se encontró que las mujeres que presentaron leucorrea, tienen 5.6 veces más riesgo de sufrir prurito, en comparación con quienes manifestaron no haber presentado leucorrea.

13. Rivera L. Y cols. encontraron que las mujeres que presentaron infección vaginal, tienen un 44% más de riesgo para presentar dispareunia, en comparación de quienes no la presentaron (RM=1.44, IC95% 0.94-2.2). En el presente estudio con mujeres embarazadas, se encontró que las mujeres con vulvovaginitis tienen hasta 8 veces más riesgo de sufrir dispareunia, en comparación con aquellas que refirieron no haber presentado vulvovaginitis (RM= 8.03, IC95% 15 – 35.42, X^2 13.87, $p= 0.0004$.)

7. SUGERENCIAS

Tomando como base lo señalado por las múltiples investigaciones realizadas con respecto a la vulvovaginitis, se ha determinado que el grupo más vulnerable para padecer este tipo de patología, se ubica en las mujeres de 15 a 24 años (adolescentes y adultas jóvenes), lo cual debe motivar al personal de salud en general y al Médico Familiar en lo particular, para que en la atención médica que proporcione a cualquier mujer dentro de este grupo de edad, establezca una mayor relación de empatía, debe, dentro de los aspectos éticos que esto implica, hacer preguntas directas sobre su sexualidad, número de parejas , tipo de prácticas sexuales, uso de métodos contraceptivos, calidad de higiene, presencia de sintomatología de enfermedades genitales, antecedentes de las mismas, y en caso de estar embarazadas realizar una exploración ginecológica a adecuada.

En la actualidad, es menester que el personal de salud institucional efectúe acciones tendientes a "educar" a la población derechohabiente, toda vez que los aspectos educativos constituyen la esencia del quehacer preventivo que se debe realizar en el primer nivel de atención.

Agregado a lo anterior y derivado de las conclusiones obtenidas en el presente trabajo de investigación, se pueden enunciar las siguientes sugerencias:

1. Indicar a la población con riesgo, que el inicio de las relaciones sexuales después de los 18 años de edad y con una sola pareja, protege vs. la presencia de vulvovaginitis.
2. Señalar que el uso de métodos contraceptivos antes del embarazo (DIU), es factor protector vs. la presencia de vulvovaginitis durante la gestación.
3. Insistir que el tipo de práctica sexual vaginal es el mas adecuado y en caso de tener prácticas mixtas, utilizar el preservativo; aunado a lo anterior, hacer hincapié en observar una higiene adecuada antes, durante y al término de la misma.
4. Mencionar que el uso de métodos de barrera (preservativo masculino) es adecuado para el control de la fertilidad, además de que sirve para evitar la mayoría de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).
5. Resaltar que la higiene es importante para evitar la presencia de cualquier enfermedad, pero se debe enfatizar que la población blanco efectúe el baño y cambio de ropa diariamente, debiendo utilizar de preferencia, ropa interior de fibras naturales (algodón).
6. Orientar a las mujeres con menor nivel educativo, para que extremen precauciones y realicen actividades que les permitan modificar los factores de riesgo *per se* que existen con ellas, resaltando de manera fundamental los aspectos educativos que les permitan disminuir la prevalencia de vulvovaginitis.

7. Recordar que la presencia de leucorrea, dispareunia y prurito vaginal son síntomas que separados o unidos deben hacer pensar al Médico Familiar en una infección vaginal y en consecuencia, al menor indicio de alguno de ellos, es recomendable enviar a laboratorio para realización de cultivo específico y posteriormente iniciar con tratamiento a la pareja, además de modificar los factores de riesgo detectados.
8. Realizar una exploración ginecoobstétrica completa en todas las mujeres que acudan a la consulta de Medicina Familiar con sintomatología vaginal, independientemente de que curse con embarazo o no.
9. Realizar un estudio familiar a las mujeres con antecedentes de vulvovaginitis recurrentes, con la finalidad de identificar el mayor número de factores predisponentes para padecer dicha enfermedad y en caso necesario, enviarla a segundo nivel para erradicación del padecimiento.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Cob Carlos, Castañeda J, Valencia G. Vulvovaginitis. En: Infectología Clínica Pediátrica. González N, 4ª. edición. México: Trillas, 1991:282-98
2. Faro Sebastián. Vaginitis bacteriana. Am J Obste Gynecol 1995; 156: 563-7.
3. Cervicovaginitis. En: Guías de diagnóstico y terapéutica para el médico familiar Delegación 2 Noroeste, Medicina Familiar México. D:F: IMSS. 1998
4. Rivera L, Quintero M, Cruz A, Conde C. Prevalencia de vaginitis y vaginosis bacteriana: asociación de manifestaciones clínicas, de laboratorio y tratamiento. Ginec Obsts Méx. 1996; 64: 26-35.
5. Mondragón Castro H. Ginecología. 2 edición. México: Trillas, 1994.
6. Melanie Mintzer. Vaginitis Section III Common Problems. Essentials of Family Medicine Second. Edition. Philip D Sloone, Lisa M, Slsf, Peter Curtis; 283-90.
7. Jorma Pavoneen. Diagnosis and treatment of vulvodynia. Annals of Medicin 1995; 27; 175-81.
8. Carrillo B, Rivera L, Conde J. Prevalencia de parasitosis relacionadas con infección genital femenina. Enf Inf y Microb 1996; 16 (1): 16-18.
9. Jack D Sobel. Vaginitis. The NEJM. 1997; dec 25 (337): 1896-903.

10. Karl E Miller. Sexually transmitted Diseases. Prim Care 1997; Mar 24 (1); 179-93.
11. González M, Martínez E Itraconazol como tratamiento de vulvovaginitis por *Cándida* en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Ginec Obst Méx. 1995, Ene 63: 15-8.
12. Monterosa A, Blanquicet L, Cantillo J, Muñoz L, Valverde A Gardnerella Vaginalis en informes de citología cérvico-vaginal. Gac Med 1996; Vol. 132 (2): 119- 25.
13. Rossel A, Holst E, Milson I, Andersch B Microorganisms in vaginal fluid From Women in prolonged pregnancy. Gynecol Obsts Invest 1997; 44: 16-20.
14. Fabián Sab Miguel. Infecciones durante el embarazo. Ginecol obstrics clinicas. 1995: 549-57.
15. Del Río C. Infección por Citomegalovirus durante el embarazo. En: Tratado de Medicina Interna. Uribe M. 4ª. edición. México Interamericana, 1840-49.
16. Castro J, Anaya F, Said S, González M. Comparable Growth of Trichomonas vaginalis Stain in PEHPS and TYI-S 33 Media. Arch Med Res 1996, Vol. 27 (4): 567-9.
17. Sherrard J, Barlow D. Gonorrhoea in mean: Clinical and diagnostic aspects. Genitourin Med 1996; 72: 422-6.
18. Rosas J, Toca L, Díaz C, Nava J Infección por Chlamydia Trachomatis en cérvix uterino. Ginec obst Méx. 1993; 61: 326-8.

19. Alaniz A, Flores A, León M, Castañeda E. Chlamydia trachomatis y displasia cervical. Ginec Obst Méx. 1995; 63: 377-81
20. González J, Flores y Gómez G, Montero A. Asociación de la Chlamydia trachomatis y virus del Papiloma Humano como factores predisponentes en la etiopatogenia de la neoplasia intraepitelial cervical. Ginec Obst Méx. 1995; 63 422-6.
21. Acosta Benjamin. Chlamydia trachomatis como factor de riesgo de algunas complicaciones del embarazo. Enferm infec Microbio 1996; 16(3): 142-5.
22. O P Bleker, STD awareness today. Genitourin Med 1996; 72: 440-2.
23. Villarreal E, Montalbo G. Salinas A, Guzmán J, Tovar N, Garza M. Costo en el primer nivel de atención. Sal Pub Méx. 1996; 38: 332-40.

