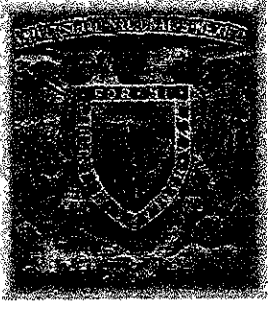


1122



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

133
2 es.

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

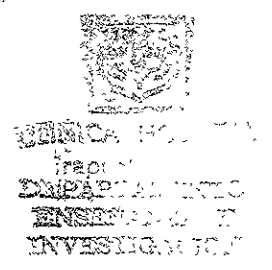
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

Unidad Académica:

CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE
IRAPUATO, GTO.

EVOLUCIÓN DE LA VAGINITIS ESTUDIO COMPARATIVO

Trabajo de Investigación que para obtener el
Diploma de Especialista en Medicina Familiar



Presenta:

DR. SALVADOR OLMOS RAMÍREZ

263012



ISSSTE

Irapuato, Gto.
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1998



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).

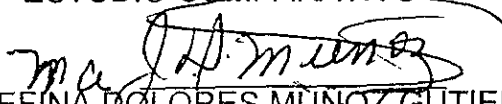
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. SALVADOR OLMOS RAMIREZ.

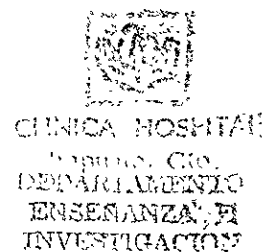
EVOLUCION DE LA VAGINITIS
ESTUDIO COMPARATIVO




DRA. JOSEFINA DOLORES MUÑOZ GUTIERREZ.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES
CLINICA HOSPITAL ISSSTE, IRAPUATO, GTO.



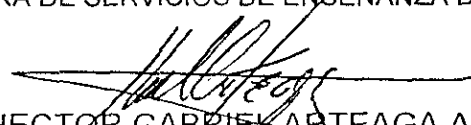
DR. PEDRO HERNANDEZ TENORIO.
COORDINACION DE LA JEFATURA DE ENSEÑANZA
DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE, IRAPUATO, GTO.



DR. FEDERICO CARDENAS OLIVARES.
ASESOR DE TESIS.

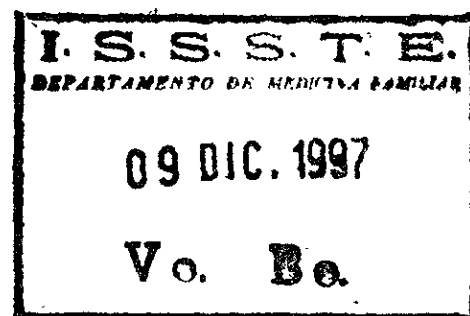


DR. EMILIO GRANIEL GUERRERO.
ASESOR DE TESIS
COORDINACION DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL ISSSTE.



DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES.
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL ISSSTE.

IRAPUATO, GTO., ENERO 1996



EVOLUCION DE LA VAGINITIS
ESTUDIO COMPARATIVO

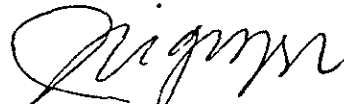
TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

DR. SALVADOR OLMOS RAMIREZ.


AUTORIZACIONES:



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



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA.
COORDINADOR DE INVESTIGACIONES DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.



DRA. MARIA DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY.
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
JUSTIFICACIÓN	14
OBJETIVO E HIPÓTESIS	15
METODOLOGÍA	16
CARTA DE CONSIDERACIONES ÉTICAS	20
CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA SER INCLUIDO EN EL ESTUDIO	21
RESULTADOS	22
TABLAS Y GRÁFICAS	25
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	36
DISCUSIÓN	37
CONCLUSIONES	38
BIBLIOGRAFÍA	39
ANEXOS	41

INTRODUCCIÓN

La descarga vaginal anormal es una queja común, muy frecuente en las mujeres, que acuden a la consulta de GINECO-OBSTETRICIA Y MEDICINA FAMILIAR, ⁽¹⁾ La vaginitis es frecuente tanto en mujeres sexualmente activas, como en mujeres sin actividad sexual, ⁽²⁾

Las infecciones vaginales, con la consiguiente secreción vaginal, es uno de los síntomas ginecólogos más frecuentes y por los cuales se acude a consulta ⁽³⁾

Su etiología es variada, siendo esta de tres tipos diferentes; traumatismos, químicos y flogogenéticos, ⁽⁴⁾. dentro de este tipo se consideran básicamente tres tipos; Vaginitis Bacteriana (30-40%), Candidiasis (20-25%), Tricomoniasis (20%), finalmente Mixta (15%), ⁽⁵⁾

Las vaginitis son lesiones benignas, que si se diagnostican y tratan a tiempo son curables hasta en un 80%, ⁽⁶⁾. de lo contrario, se ha visto que los problemas de tipo inflamatorio crónico pueden evolucionar hacia el Cáncer, ⁽⁶⁾

La forma de diagnosticarlas y tratarlas son básicas para poder obtener resultados positivos (eliminación de síntomas y signos), o negativos (persistencia de síntomas y signos).

MARCO TEÓRICO

Vaginitis, término que viene del Latín VAGINAE-AE, ITIS, y quiere decir, inflamación de la vagina, pero por extensión, se incluye, en ésta definición, la afectación inflamatoria de la Vagina propiamente dicha, de la Pars Vaginalis del cuello uterino, e incluso del tejido endocervical ectópico, (6),(7)

La vaginitis es una patología común en la consulta de Ginecología y Medicina Familiar, representando aproximadamente unas quinientas visitas anualmente por este motivo,(3) La vagina es un canal músculo-membranoso, que se extiende desde el vestíbulo de la vulva al útero, y está situada por detrás de la vejiga urinaria y por delante del recto; su eje forma un ángulo de unos 90 grados con el útero. Sus paredes ordinariamente se hallan en contacto; al corte horizontal su parte inferior presenta una forma de H cuya rama transversal se incurva ligeramente hacia adelante o hacia atrás, mientras que las ramas laterales son algo convexas hacia la línea media. Su longitud es de 6-7 cm. medidos desde su pared anterior, y de 9 cm. medidos de su pared posterior.

Estrecha en sus inicios, se dilata en su parte media y se torna más estrecha en su extremo uterino; rodea la porción vaginal de la cérvix uterina y su fijación se efectúa más arriba, en la pared posterior del útero. El fondo de saco posterior a la cérvix es el fórnix posterior; los recesos menores anterior y lateral toman el nombre de fórnix anterior y lateral. (8)

La vagina se relaciona en su cara anterior con el fondo de la vejiga urinaria y con la uretra. Su cara posterior está separada del recto por la excavación rectouterina en su cuarto superior, y por la fascia rectovaginal en sus dos cuartos medios, el cuarto inferior se halla separado del conducto anal por el núcleo del perineo.

La vagina se compone de una mucosa interna y una capa muscular, separadas por una lámina de tejido eréctil. La mucosa tapiza el cuello o cérvix del útero, su cara interna presenta pliegues, estos pliegues toman el nombre de columnas rugosas de la vagina, desde las cuales se extienden pequeñas arrugas que se extienden hacia afuera, en ambos lados, estas arrugas le dan a la vagina un aspecto aterciopelado por sus proyecciones cónicas o papilas. El epitelio que

cubre la mucosa es de la variedad escamosa estratificada. El tejido submucoso es laxo y contiene plexos de venas junto con fibras musculares lisas. Contiene unas criptas, pero no verdaderas glándulas. (9)

La capa muscular tiene dos estratos, uno externo longitudinal, que es más recio, y otro interno circular, el extremo interno de la vagina se halla rodeado por el tejido eréctil del bulbo del vestíbulo y por una banda de fibras musculares estriadas, el músculo bulbocavernoso.

Vasos y nervios; La arteria vaginal nace de la uterina o en la adyacente arteria ilíaca interna, irriga la mucosa y se anastomosa con la uterina, la vesical y la rectal. La rama uterina que desciende por las paredes y forma la arteria ácidos de la vagina que se anastomosa con la vaginal.(8) Las venas discurren por los lados y forman plexos con la uterina, la vesical y las rectales, y desembocan en la ilíaca interna. Los nervios proceden del plexo y del nervio pudendo, (10)

La vagina tiene sin duda funciones importantes; como conducto excretor, como órgano femenino del coito, es el viaducto del parto, así como el asiento de múltiples agresiones (6) El desarrollo de alteraciones a nivel vaginal, depende de la integridad de su ecosistema, que tiene una función depuradora o de defensa, también llamada barrera microbiológica que actúa sobre las agresiones (6),(1),(11)

La flora vaginal es un ecosistema dinámico que puede alterarse fácilmente. Las secreciones vaginales tienen una composición compleja que incluye moco cervical, secreciones transudadas a través de la pared vaginal. La cantidad y la composición pueden variar grandemente con la edad y, la fase del ciclo menstrual, la excitación y la actividad sexual, los contraceptivos, embarazos frecuentes y estado emocional (6),(4),(11)

Las secreciones vaginales normales son; inodoras, claras o blancas, viscosas, homogéneas, ph ácido menor de 4.5, no resbalan durante el examen del espéculo, sin neutrófilos polimorfonucleares. La flora vaginal normal está formada por; Bacilos que producen peróxido en concentraciones hasta de 10 millones de lactobacilos por mililitro de secreciones vaginales. La Gardnerella Vaginalis puede aislarse hasta en el 5% de mujeres sanas, además pueden encontrarse en concentraciones balanceadas organismos facultativos y anaerobios.

La flora bacteriana predominante de la vagina, Bacilos Dorelein, producen peróxido. Estos organismos producen grandes cantidades de ácido láctico a partir de la descomposición del glucógeno que se deposita en las células epiteliales de la vagina después de la pubertad. Este proceso hace que la vagina mantenga un ph ácido (3.8-4.4), el cual inhibe el crecimiento de organismos patógenos en vagina ^{(1),(3),(12)}

El ecosistema vaginal es muy susceptible a cambios por numeroso factores endógenos y exógenos, y al sufrir cambios en dicho ecosistema se da lugar a una alteración patológica, con el desarrollo de Vaginitis.

Las causas más frecuentes del cambio de la flora vaginal son:

- Antibioticoterapia.
- Duchas Vaginales.
- Deformidades Anatómicas.
- Condiciones Inmunosupresoras.
- Cambios hormonales.
- Enfermedades sistémicas.
- Vida sexual activa.
- Uso de anticonceptivos (DIAFRAGMA). ⁽¹²⁾

- **CAMBIOS HORMONALES:** Los cambios hormonales se dan durante toda la vida de la mujer, cambios fisiológicos, y dichos cambios alteran la flora vaginal. Un ejemplo simple es el embarazo, durante el cual el PH vaginal cambia, este cambio aumenta el riesgo de candidiasis vaginal. ⁽¹²⁾

Los anticonceptivos orales es otra de las causas de alteración de la flora vaginal. Además la flora vaginal alterada por la retención prolongada por los diafragmas, DIU, y taponamientos vaginales, así como las duchas vaginales. Los espermaticidas contienen monoxinol 9 que altera mucho la flora vaginal.

- **ENFERMEDADES GENERALES:** Algunas enfermedades generales como D.M. inmunosupresoras, con un mal control, aumentan la posibilidad de adquirir enfermedades vaginales, sobre todo por *Cándida*. (12)

- **TRATAMIENTOS CON MEDICAMENTOS:** La flora vaginal endógena puede ser erradicada por antibióticos de amplio espectro, cuando estos se usan por largo tiempo en enfermedades de transmisión sexual o en enfermedades del tracto respiratorio inferior, aumentando la proliferación de *Cándida* en la vagina. del mismo modo los tratamientos prolongados con citostáticos, corticoesteroides, antivirales y antimicóticos alteran la flora vaginal. (12)

- **EL PAPEL DE LA PAREJA SEXUAL:** A pesar que el sexo masculino juega un papel importante en la patogénesis de las enfermedades de la transmisión sexual, causando cervicitis, infecciones vaginales como tricomoniasis, herpes, condilomas, su papel en la etiología no es tan elevado. La colonización de bacterias en la vaginitis no es más frecuente en la uretra masculina de compañeros sexuales de mujeres con vaginitis, que en compañeros sexuales de mujeres sin vaginitis.

Sin embargo en estudios realizados, se han encontrados en uretra masculina bacterias patógenas, por lo que se sugiere tratar a la pareja simultáneamente en las enfermedades de transmisión sexual.

- **MECANISMOS DE DEFENSA INMUNOLOGICOS:** La secreción de anticuerpos locales vaginales, en los mecanismos de defensa, que aglutinan bacterias, no parece ser eficiente en la prevención de vaginitis y otros tipos de cambios en la flora vaginal. Esto es porque las proteínas bacterianas, producidas por la colonización vaginal. Tiene mucha capacidad para inactivar IgA. La capacidad IgG no esta bien estudiada además el semen tiene una función inhibitoria en el sistema inmune del tracto genital. (12)

FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología de la leucorrea debida a vaginitis debe ser considerada por grupos de edad a causa de la influencia de estrógenos, endógenos y exógenos y por la actividad sexual. Bajo la influencia de los estrógenos, el epitelio vaginal se engruesa y se presentan grandes cantidades de glucógeno en las células epiteliales. La acumulación del glucógeno intraepitelial da como resultado la producción de ácido láctico.

Este ambiente ácido fomenta al desarrollo de una flora vaginal normal. La falta relativa de estrógenos en la niña premenárquica da como resultado una mucosa vaginal delgada de escasa resistencia a la infección.

La disminución de estrógenos por el envejecimiento, la ovariectomía o la radiación pélvica, ocasionan atrofia de la mucosa vaginal, reducción del contenido del glucógeno y disminución de la acidez del líquido vaginal.

Una mucosa vaginal delgada es sensible a los traumatismos. La población bacteriana de la vagina cambia de lactobacilos predominantes a una flora mixta que consta principalmente de cocos patógenos.

Otros factores que tienden a disminuir la acidez de la vagina son: moco cervical infectado (siempre alcalino), líquido menstrual y el trasudado vaginal que se presenta con la excitación sexual. Además el eyaculado masculino es alcalino. (2)

Por lo tanto podemos mencionar que no todas las infecciones vaginales son de origen sexual, aunque en su gran mayoría si lo son, predominando las Vaginitis Bacterianas (40-50%), Candidiiasis (20-25%), Tricomonas (15-20%), y por otros agentes (5%), (5) (13),(14). Los datos clínicos que se presentan en las vaginitis son muy variados, dependiendo estos del agente causal, sin embargo podemos considerar que en forma general se presentan los siguientes:

- Descarga transvaginal abundante (manchado de la ropa).
- Olor desagradable.
- Cambios en la consistencia o color de la secreción.

Además de alteraciones secundarias:

- Irritación vulvar.
- Prurito
- Dispareumia.

(1,2,15,16)

Desde tiempos muy antiguos es conocida la existencia de la vaginitis (inflamación de la vagina), sin embargo, no se contaba con los medios diagnósticos como los existentes actualmente, y solo se catalogaban como Vaginitis Inespecíficas, Gonocóccicas y Sífilis ⁽⁶⁾. hay otras clasificaciones mas recientes pero no son tan especificas, como las siguientes; Vaginitis Inespecíficas. Candidiasis, Tricomonas. ⁽³⁾

Actualmente contamos con métodos adecuados para llegar a un buen diagnostico, para precisar mejor la etiología y conocer más a fondo ésta patología, como serian:

- Medición del PH.
- Pruebas de aminas.
- Coloración y viscosidad del exudado.
- Observación en fresco (microscopía).
- Tinciones de gram.
- Cultivos ^{(3) (10),(17),(16)}

Estos estudios nos permiten conocer una gran diversidad de patógenos como causas de vaginitis, dentro de los cuales podemos citar alguno de los más comunes en nuestro medio: Gardnerella Vaginalis, Cándida Albicans, trichomonas Vaginalis, entre otras, ^{(13),(18)}

GARDNERELLA VAGINALIS: Es la causa más común de infección vaginal en mujeres en edad reproductiva, en un tiempo fue llamada vaginitis inespecifica, pero Gardner y Dukes en 1955 fueron los primeros en señalar la relación entre Gardnerella Vaginalis y Vaginitis inespecifica. La vaginitis

inespecífica es el resultado de la proliferación masiva de la flora mixta que incluye peptostreptococos, especies de Bacteroides, Micoplasma, Mobiluncus.

Sus causas no están bien precisas pero se mencionan la antibióticoterapia, la edad de la menarquía, frecuencia del coito, dispositivos intrauterinos.

Su cuadro clínico se caracteriza por tener una secreción homogénea no floculosa, blanca y adherente, olor a pescado. La exploración indica una secreción adherente, blanquecina y grisácea no viscosa, que se identifica en el área de los labios y del introito, generalmente no hay manifestaciones externas.

Su diagnóstico se basa en los siguientes criterios:

- Secreción homogénea, adherente.
- Prueba positiva de aminas y generación de olor a pescado, al agregar Hidróxido de potasio al 10% a las secreciones vaginales.
- PH vaginal mayor de 4.5
- Presencia de células patognomónicas en la microscopía (células epiteliales con borde cerrado, células se oscurecen), este dato es el más fidedigno.

El tratamiento más adecuado es a base de metronidazol, tinidazoles.^{(1),(3),(5)}

CÁNDIDA ALBICANS: Una de las vaginitis que es común aislar en las mujeres en edad reproductiva, se desconoce el curso normal de la colonización asintomática, aunque estudios limitados sugieren que el estado de portador vaginal, puede persistir por muchos meses o años. Hay varios factores que guardan relación con las tasas mayores de colonización vaginal asintomática con Cándida como son:

- Embarazo.
- Anticonceptivos con alto contenido de estrógenos.
- Diabetes sacarina.
- Corticoesteroides.
- Ropa íntima de material sintético.
- Antimicrobianos.

La *Candida albicans* se aísla hasta en un 85-90% del total de las levaduras.

Los síntomas más frecuentes causados por esta etiología son: prurito vaginal y vulvar intenso, disuria, eritema perivulvar y perivaginal, típicamente la leucorrea candidiasica no tiene ningún olor, es de aspecto blanquecino, flocular y altamente viscosa, se puede observar, adherida a las paredes vaginales, placas blanco muget, no hay olor a aminas, PH igual o menor de 4.5 ni células clave. Su diagnostico se basa en la observación de los micelios en preparaciones a base de hidróxido potasico, además de la valoración clínica que es muy especifica para la *Candida*.

Su tratamiento se basa en aplicaciones locales de agentes antifúngicos de entre los cuales podemos citar nistatina, miconazol, clotrimazol, obteniendo resultados muy satisfactorios. (1),(3),(5)

TRICHOMONAS VAGINALIS: Fue el primer patógeno reconocido de transmisión sexual por Donne en 1836. La prevalencia de la tricomoniasis guarda relación con el nivel global de actividad sexual y varios compañeros sexuales. El uso de métodos de planificación familiar que no son de barrera, aumentan la presencia de tricomoniasis.

Los síntomas característicos son: leucorrea profusa, maloliente, disuria intensa. La leucorrea tiene un aspecto purulento y homogéneo de baja viscosidad y de un color que oscila entre el blanco y el verdoso, ph mayor de 4.5, débil el olor a aminas y gran número de leucocitos y tricomonas en preparaciones microscópicas con suero salino. El tratamiento es a base de metronidazol. (1),(3),(5).

A pesar de tener ahora la facilidad para precisar la etiología, conocer más afondo esta patología, se sigue teniendo persistencia de los síntomas después de terminado el tratamiento, considerándose esto como un fracaso en el tratamiento.

Hay muchas razones para señalar el fracaso en el tratamiento dentro de las cuales están:

I. DIAGNOSTICO INESPECÍFICO

En donde podemos mencionar una serie de acciones que realizan comúnmente los médicos como son:

INTERROGATORIO INESPECÍFICO: En donde podemos hacer notar que no se realiza una semiología adecuada de los datos proporcionados por la paciente relacionados con su padecimiento actual, que nos permitan tener una idea más amplia y adecuada de su problema, ⁽²¹⁾ suponiendo además que el diagnóstico actual es igual al ataque anterior.

NO REALIZAR UNA EXPLORACIÓN FÍSICA ADECUADA: Es fundamental para el diagnóstico, realizar una exploración física armada con espejo vaginal, que normalmente no se efectúa, para visualizar directamente el introito, ya que no es suficiente la palpación abdominal y el tacto vaginal ⁽⁵⁾

NO REALIZAR ESTUDIOS DE LABORATORIO: Normalmente el diagnóstico es clínico, basados en signos y síntomas, y exploración, pasando por alto el laboratorio, que en este caso es fundamental para precisar el diagnóstico etiológico, debido a la gran cantidad de gérmenes causantes de vaginitis y el tratamiento específico para cada uno de ellos ⁽⁷⁾

BASAR EL DIAGNOSTICO EN ESTUDIO DE PAPANICOLAOU: El estudio de papanicolaou es específico para determinar neoplasias (a través del estudio de células exfoliadas), y no es específicos para la determinación de la flora patógena, por lo tanto, basar el diagnóstico de vaginitis en este estudio es hacer un diagnóstico inespecífico ⁽⁵⁾

NO DIAGNOSTICAR ENFERMEDADES AGREGADAS: Estas pueden ser locales o sistémicas, que pueden interferir en el tratamiento médico y hacer que los signos y síntomas de la enfermedad a tratar, persistan aún con el tratamiento establecido.

II TRATAMIENTO INADECUADO

DAR TRATAMIENTO CUANDO SE REPORTA FLORA NORMAL:

Es frecuente que el desconocimiento de la flora normal vaginal, lleve al médico a dar tratamiento farmacológico, ocasionando con esto alteración del ecosistema vaginal, manteniéndose la posibilidad del desarrollo de infecciones oportunistas.

USO Y ABUSO DE MEDICAMENTOS: En forma frecuente se observa el empleo de diversos medicamentos juntos, "escopetazo", ocasionando alteración del ecosistema vaginal y resistencia bacteriana. Además se observa con mucha frecuencia que la dosis, el tiempo de duración del medicamento no se indican adecuadamente ⁽⁵⁾.

OMITIR A LA PAREJA (S) SEXUAL (ES) : Esta es una práctica común en nuestro medio, siendo éste uno de los principales problemas para el no éxito en el tratamiento y las revividas de la sintomatología, ya que se ha encontrado en la uretra masculina la presencia de bacterias patógenas, encontrándose dichos pacientes asintomáticos,⁽¹¹⁾.

III. NO ACATAR LAS INDICACIONES MEDICAS POR PARTE DE LOS PACIENTES.

Dentro de éste apartado es común observar que los pacientes no utilizan en forma adecuada los medicamentos indicados por parte del medico argumentando que son muchos días de tratamiento, tener que efectuar varias tomas al día, no saber aplicarse el medicamento, cuando se indica en forma vaginal, o simplemente no lo toman por olvido. Lo que sin duda lleva al abandono del tratamiento en forma definitiva. Cabe mencionar, que pocas parejas se abstienen de tener relaciones sexuales durante el tratamiento, lo que también influye en el éxito del mismo ^{(3),(5)}

Por lo tanto, es muy importante que para poder diagnosticar y tratar adecuadamente las vaginitis es fundamental seguir los siguientes lineamientos:

- HISTORIA CLÍNICA COMPLETA.
- EXPLORACIÓN FÍSICA COMPLETA (CON ESPEJO VAGINAL)
- EXAMEN DE LABORATORIO (MEDICIÓN DE PH, CULTIVO, TINCIONES).
- TRATAMIENTO MEDICO ADECUADO DE ACUERDO AL AGENTE CAUSAL INCLUYENDO A LA PAREJA SEXUAL ^{(7) (16)}

Por lo anteriormente expuesto la vaginitis cobra gran importancia, y es de nuestra competencia llegar a un diagnostico preciso para poder ofrecer un tratamiento adecuado, ya que se ha observado que los problemas inflamatorios crónicos vaginales pueden llegar a ocasionar alteraciones muy importantes a nivel local y sistémico, e incluso Cáncer del Cuello Uterino ^{(6),(19),(20)}

Por estas circunstancias es muy importante tener presente que muy probablemente la lucha contra el Cáncer pudiera empezar justamente con la profilaxis de las alteraciones inflamatorias del canal cervicovaginal.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Por qué la vaginitis no evoluciona satisfactoriamente?. Siendo esta una patología común en nuestro medio, ya que se encuentra dentro de los diez principales motivos de consulta en medicina familiar y ginecología (aproximadamente 1600 consultas al año), de la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Salamanca, Guanajuato.

La vaginitis ocupa aproximadamente 10 millones de consultas al año en varios centros de atención, en Estados Unidos, como son: Clínicas de Enfermedades Transmitidas Sexualmente, Clínicas de Salud Estudiantil, Consultorios Privados, Clínicas de Ginecología, encontrando las tasas más altas en las Clínicas de Enfermedades de Transmisión Sexual, hasta en un 64%. ^{(1),(14)}. También datos estadísticos revelan que la secreción vaginal anormal es una de las 25 razones más comunes por lo cual se acude a los médicos ⁽⁵⁾

La vaginitis, se ha observado que, es más común en la edad reproductiva, dado esto por la influencia de las hormonas, así como por la actividad sexual y el número de compañeros sexuales ⁽⁵⁾, embarazos, anticonceptivos (sobre todo el DIU) ⁽¹⁾, y pacientes multitratadas con diversos fármacos, en quienes normalmente no se realizó un examen clínico y de laboratorio adecuado, así como no haberle ofrecido tratamiento a su pareja sexual ⁽⁵⁾

Todo esto trae consigo, que la evolución de la vaginitis sea crónica pudiendo llegar en un momento dado hasta el Cáncer Cervicouterino ⁽⁶⁾

JUSTIFICACIÓN.

La presente investigación, es importante llevarla a cabo, porque la vaginitis es mal tratada médicamente, sobre todo por los médicos de primer contacto ⁽⁵⁾, quienes normalmente basan el diagnóstico y tratamiento únicamente en las características de la secreción transvaginal anormal, obteniendo por lo tanto malos resultados ^{(3),(5)}

El elaborar un protocolo para su manejo, nos permitirá tener un mejor resultado en el manejo de esta patología, disminuyendo con esto su reincidencia y complicaciones que pueden ser bastante graves.

Se ha comprobado que la vaginitis es una patología benigna que si se diagnostica y trata adecuadamente, en forma temprana, tiene un porcentaje de curación hasta de un 80-85%, de lo contrario puede evolucionar hacia la cronicidad y probablemente a un carcinoma ⁽⁶⁾

La vaginitis tiene una amplia distribución a nivel nacional e internacional, datos estadísticos así lo demuestra (10 millones de consultas al año, solo en Norte América), no respetando razas, ni condición social, alcanzando tasas altas de morbilidad, sobre todo en la edad reproductiva (32-64% en las clínicas especializadas de enfermedades sexuales, 12-25% a nivel de medicina familiar y 10-26% en consulta de obstetricia) ⁽¹¹⁾

Dada la magnitud del problema considero importante realizar el presente estudio, en la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Salamanca, Guanajuato, en el período comprendido de Enero a Septiembre de 1995, en donde se otorgaron un total de 4805 consultas, 1300 con diagnóstico de vaginitis, que representa un 27% del total de consultas.

OBJETIVO.

Evaluar la evolución de la vaginitis, cuando se da tratamiento a la pareja (paciente y su compañero sexual), en comparación cuando se da tratamiento solo a la paciente, por medio de un cultivo vaginal, en la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Salamanca, Guanajuato, en un período comprendido de Enero a Septiembre de 1995.

HIPÓTESIS.

HIPÓTESIS DE NULIDAD: La evolución de la vaginitis no es mejor cuando se da tratamiento a la pareja.

HIPÓTESIS ALTERNA: La evolución de la vaginitis es mejor cuando se da tratamiento a la pareja.

METODOLOGÍA.

Se realizará un estudio clínico, prospectivo, longitudinal, comparativo (dos grupos de pacientes), descriptivo y observacional.

El universo de la población es de 800 pacientes mujeres en edad reproductiva, adscritas a los consultorios de Gineco-Obstetricia y Medicina Familiar, Consultorio 2, de la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Salamanca, Guanajuato. Sometiéndose únicamente a aquellas pacientes que acudieron a consulta en forma fortuita durante Enero a Marzo de 1995, y en quienes se les hizo un diagnóstico de vaginitis, que fueron un total de 100 pacientes.

El tamaño de la muestra fue una población de 50 pacientes que fueron seleccionadas por cuota, de acuerdo a los criterios de inclusión dividida en dos grupos de 25 cada uno, en el Grupo I se incluirá a la paciente con su pareja sexual realizándoles un examen clínico y de laboratorio a ambos, así como ofreciéndoles un tratamiento médico, con su seguimiento por espacio de seis meses a partir de su fecha de captación, realizando estudio de laboratorio al término del tratamiento. El Grupo II se incluirá únicamente a la paciente, con examen clínico y de laboratorio, dando tratamiento solo a la paciente, con su seguimiento por espacio de seis meses a partir de la fecha de captación y su estudio de laboratorio al término del tratamiento. Por lo tanto, el tiempo de duración del estudio será: Enero a Marzo de 1995, captación de las pacientes y su seguimiento por espacio de seis meses a partir de su fecha de captación.

Los Criterios de Selección serán: Mujeres en edad reproductiva, con vida sexual activa, con diagnóstico de vaginitis adscritas a la consulta de Gineco-Obstetricia y Medicina Familiar, Consultorio 2, de la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Salamanca, Guanajuato.

Los Criterios de Inclusión serán: Mujeres con edad entre los 20 y 50 años, con diagnóstico de vaginitis, independientemente si es aguda o crónica con vida sexual activa, adscritas a los consultorios de Gineco-Obstetricia y medicina familiar, Consultorio 2, de la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Salamanca, Guanajuato.

Los Criterios de Exclusión serán: Pacientes en edad reproductiva y no reproductiva, sin vida sexual activa, sin diagnóstico de vaginitis.

Los Criterios de Eliminación serán: Todas aquellas mujeres a quienes se les diagnostique una enfermedad agregada local (úlceras cervicales, anexitis, ectópias), o una enfermedad sistémica agregada como D.M. o bien un embarazo, así como abandono de tratamiento.

Las Variables de Medición serán: Variables independientes; Vaginitis, término que viene del latín Vagina-ae, itis, y quiere decir inflamación de la vagina, pero por extensión, se incluye en esta definición la alteración inflamatoria de la vagina propiamente dicha, de la Pars Vaginalis del cuello uterino, e incluso el tejido endocervical ectópico ^{(6),(7)} Diagnóstico Clínico, es el que se realiza en base a los signos y síntomas proporcionados por el paciente y la valoración de los mismos por parte del médico. Diagnóstico de Laboratorio, es aquel que se realiza en base a un reporte de laboratorio, cultivo de secreción vaginal, para la identificación del agente causal. Tratamiento Clínico, es aquel que otorga el médico en base a los datos encontrados en la exploración física y en el reporte del laboratorio. Otras variables a considerar son Abandonos del tratamiento, Excluir ala pareja sexual en el tratamiento, Indicaciones en cuanto al uso del medicamento.

Dentro de las variables dependientes se encuentra la Mejoría, entendiendo por esta, la eliminación de los signos y síntomas relacionados con la vaginitis, secreción transvaginal abundante, olor desagradable de la misma y su cambio de coloración, prurito, irritación vulvar, dispareumia ^{(1),(2),(15),(16)}

Para evaluar los resultados, se considera como mejoría, a la eliminación de los signos y síntomas antes citados. Y no mejoría a la persistencia de los signos y síntomas de la vaginitis. Así como la confirmación de los mismos con el examen de laboratorio control. Notando que al seguir los criterios establecidos se asocia con un aumento en el porcentaje de mejoría.

CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Se escogieron un total de 50 pacientes, por cuota, de un total de 100, de acuerdo con los criterios de inclusión, que acudieron a consulta un forma fortuita, al servicio de Gineco-Obstetricia y Medicina Familiar, Consultorio 2, de la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Salamanca, Guanajuato, en un período de Enero a Marzo de 1995, y su seguimiento por espacio de seis meses a partir de su fecha de captación. Dividiéndolas en 2 grupos de 25 cada uno, en el Grupo I se incluyeron a las pacientes con su pareja sexual, y en el Grupo II solo a la paciente.

En ambos grupos se les elaboro su cédula de información, realizándoles un examen clínico, incluyendo examen con espejo vaginal, a la mujer, y de laboratorio, realizando la toma de la muestra de la secreción en el laboratorio, con un isopo estéril, colocando la muestra inmediatamente en el medio de cultivo. Igualmente la toma de la muestra uretral, en hombres, se realizo en el laboratorio con un isopo estéril y colocada inmediatamente en un medio de cultivo.

Una vez obtenidos los resultados, 8 días después, se inicio el tratamiento médico, en base al reporte del cultivo, tanto al hombre como a la mujer en el Grupo I, en el Grupo II únicamente se le dio tratamiento a la mujer, se les dieron en ambos grupos indicaciones precisas para el uso del medicamento, citándoseles al término del mismo para su evaluación y cultivo de control para comprobar la mejoría terapéutica.

Cabe hacer mención que por las características de la clínica, Medicina Familiar, el laboratorio es un servicio subrogado, pero se tiene contacto inmediato con él, para la verificación del procedimiento llevado en el manejo de las muestras del cultivo. Por el mismo motivo no se realizo la determinación del ph, la prueba de aminas y la determinación de células indicadoras.

CÉDULA PARA CAPTACIÓN DE INFORMACIÓN

Para la captación de la información se utilizara una Cédula para cada paciente, especialmente diseñada para el presente estudio, en donde se incluyen los siguientes datos:

Nombre del paciente, edad, número de afiliación al ISSSTE, fecha de la toma de la muestra para el cultivo, vaginal y uretral (a la pareja cundo así se requiera), resultado del cultivo (s), fecha para el inicio del tratamiento, medicamentos utilizados, dosis, duración, inclusión o no del pareja en el tratamiento, indicación precisa sobre el uso del medicamento, fecha del termino del tratamiento. Incluyendo al final un espacio para las observaciones sobre las incidencias captadas durante el desarrollo del estudio. Cada paciente recibirá en promedio 4 consultas.

Los recursos humanos son el investigador principal y el gineco-obstetra, ambos adscritos a la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Salamanca, así como la farmacobiologa del laboratorio subrogado.

CARTA DE CONSIDERACIONES ÉTICAS

Considero que sí reúne las características previstas en la declaración de Helsinki y la misma modificada, así como la ley general de salud y el instructivo para tales efectos del ISSSTE, sin descuidar las que surjan durante el procedimiento de aplicación y manejo operativo del cuestionario estructurado, las cuales se sujetarán de acuerdo a lo normado y previsto.

En cuanto a las consideraciones de las normas o instructivos en materia de investigación científicas, considero que si reúnen los requisitos, ya que toma en cuenta la declaración de Helsinki y los artículos de la ley general de salud (artículo 96 a 103) y el instructivo de investigación para el ISSSTE.

CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA SER INCLUIDO EN EL ESTUDIO

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

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE SALAMANCA, GUANAJUATO

Por medio de la presente doy mi consentimiento y acepto colaborar voluntariamente y sin que presión medie o coacción moral ética ni profesional de ningún tipo en realización de la investigación que se efectuará en la Clínica del ISSSTE, de Salamanca, Guanajuato, durante el periodo de Enero a Septiembre de 1995, titulada EVOLUCIÓN DE LA VAGINITIS, ESTUDIO COMPARATIVO, que consiste en contestar un cuestionario, y la toma de cultivo vaginal o uretral, según el caso.

Debo mencionar que he sido ampliamente informado acerca de los beneficios potenciales de los resultados a que se lleguen, así como que no revierte peligro, biológico o moral a mi persona, y que puedo negarme a contestar y retirarme de la investigación en el momento que yo juzgue conveniente o que así me convenga, sin que por ello se vea afectada la atención que estoy recibiendo, ni en las prestaciones de ésta institución.

FIRMA DEL PACIENTE INVESTIGADO

FIRMA TITULAR DE INVESTIGACIÓN

DR. SALVADOR OLMOS RAMÍREZ

FIRMA DIRECTOR DE UNIDAD

DR. JAVIER VILLALOBOS G.

Vo. Bo. Comité de investigación de Irapuato, Guanajuato. (183).

RESULTADOS

El Grupo I quedo asignado con 25 pacientes con sus compañeros sexuales, dicha designación de pacientes y sus compañeros fue realizada por cuota, realizándoles un diagnóstico en base a cultivo de secreción vaginal y uretral (compañero sexual) respectivamente, tratamiento médico en base al reporte de laboratorio, indicando debidamente fármaco, dosis al día, tiempo de duración, vía de administración, obteniéndose los siguientes resultados:

DIAGNOSTICO:	Laboratorio	24	Pacientes = 96%
	Excluida	1	Pacientes = 4% EMB
	Media de	2.28	y Desviación Estándar 1.40
TRATAMIENTO EN BASE.:	Laboratorio	24	Pacientes = 96%
	Media de	1.32	y Desviación Estándar 1.60
TRATAMIENTO PAREJA:	Si	24	Pacientes = 96%
	Media de	1.32	y Desviación Estándar 1.60
INDICACIÓN ADEC. TX.:	Si	24	Pacientes = 96%
	Media de	1.36	y Desviación Estándar 1.60
ABANDONO TRATAMIENTO:	Si	4	Pacientes = 16%
	No	20	Pacientes = 80%
	Media de	2.12	y Desviación Estándar 1.48
MEJORÍA:	Si	19	Pacientes = 76%
	No	4	Pacientes = 16%
	Abandono	1	Paciente = 4%
	Media de	1.56	y Desviación Estándar 1.64

El Grupo II quedó asignado con 25 pacientes, sin sus compañeros sexuales, dicha asignación de pacientes fue realizada por cuota, realizándoles a cada uno un diagnóstico en base a cultivo de secreción vaginal, ofreciendo tratamiento médico en base al reporte de laboratorio, indicando debidamente el fármaco, dosis por día, tiempo de duración vía de administración obteniendo los siguientes resultados:

DIAGNOSTICO:	Laboratorio	25	Pacientes =100%
	Clínico	0	Pacientes
	Media de 2.00 y Desviación Estándar 0		
TRATAMIENTO EN BASE:	Laboratorio	25	Pacientes =100%
	Clínico	0	Pacientes
	Media de 2.00 y Desviación Estándar 0		
TRATAMIENTO DE PAREJA:	Si	0	Pacientes
	No	25	Pacientes =100%
	Media de 2.00 y Desviación Estándar 0		
INDICACIÓN ADEC. TX. :	Si	5	Pacientes =20%
	No	20	Pacientes =80%
	Media de 1.80 y Desviación Estándar 0.41		
MEJORÍA:	Si	7	Pacientes =28%
	No	13	Pacientes =52%
	Abandono	5	Pacientes =20%
	Media de 3.12 y Desviación Estándar 3.30		

Se considera mejoría a la eliminación de signos y síntomas de la vaginitis. En base a los resultados obtenidos es importante señalar lo siguiente:

El GRUPO I el porcentaje de mejoría fue del 76% (19 pacientes), no mejoría 16% (4 pacientes), abandono 4% (1 paciente).

El GRUPO II el porcentaje de mejoría fue del 28% (7 pacientes), no mejoría 52% (13 pacientes), abandono 20% (5 pacientes).

El mayor porcentaje de mejoría se localiza en el GRUPO I, 76%, en donde se incluye en el tratamiento a la paciente y su pareja.

EVOLUCION DE LA VAGINITIS ESTUDIO COMPARATIVO

DISTRIBUCION EN EL DIAGNOSTICO DE LA VAGINITIS, EN LA POBLACION ESTUDIADA DEL GRUPO I, CONSULTORIO 2 Y GINECO-OBSTETRICIA, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE, SALAMANCA, GTO. ENERO-SEPTIEMBRE 95.

TABLA I

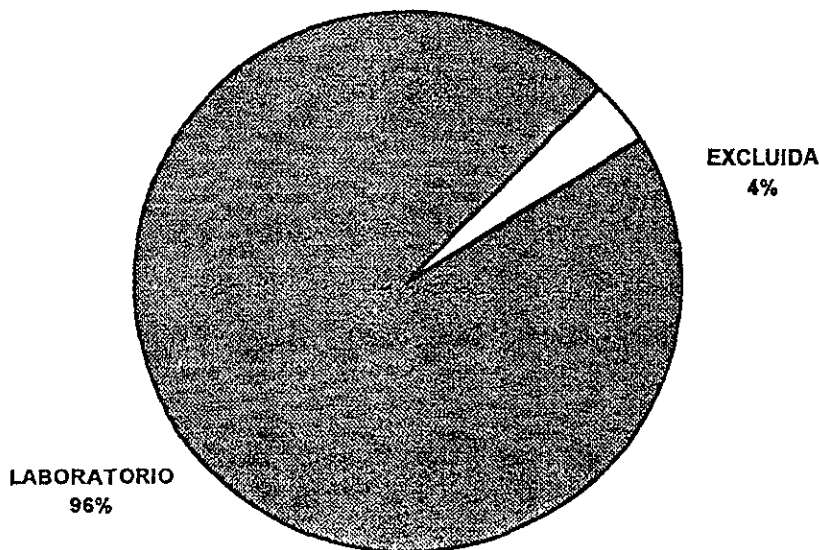
DIAGNOSTICO, LABORATORIO	NUMERO DE PACIENTES	%
SI	24	96
EXCLUIDA	1	4

FUENTE: ESTUDIO LONGITUDINAL DEL CONSULTORIO 2 Y GINECO-OBSTETRICIA, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE, SALAMANCA, GTO., ENERO - SEPTIEMBRE 95.

EVOLUCION DE LA VAGINITIS ESTUDIO COMPARATIVO

DISTRIBUCION EN EL DIAGNOSTICO DE LA VAGINITIS, EN LA POBLACION ESTUDIADA DEL GRUPO I, CONSULTORIO 2 Y GINECO-OBSTETRICIA, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE, SALAMANCA, GTO. ENERO-SEPTIEMBRE 95.

GRAFICA I



FUENTE: ESTUDIO LONGITUDINAL DEL CONSULTORIO 2 Y GINECO-OBSTETRICIA, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE, SALAMANCA, GTO, ENERO - SEPTIEMBRE 95

EVOLUCION DE LA VAGINITIS ESTUDIO COMPARATIVO

DISTRIBUCION EN EL TRATAMIENTO A LA PAREJA, POR LABORATORIO E INDICACION ADECUADA DE LA VAGINITIS, EN LA POBLACION DEL GRUPO I, CONSULTORIO 2 Y GINECO-OBSTETRICIA, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE, SALAMANCA, GTO. ENERO-SEPTIEMBRE 95.

TABLA II

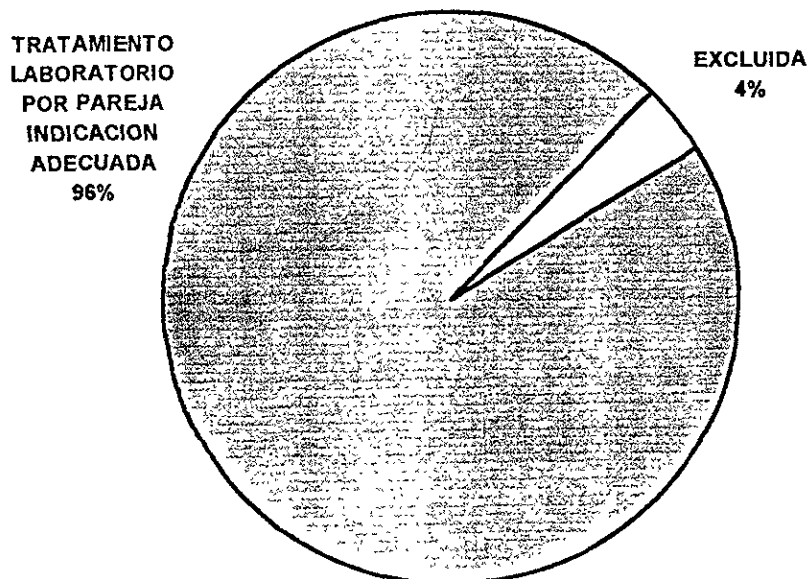
TRATAMIENTO, LABORATORIO POR PAREJA INDICACION ADECUADA	NUMERO DE PACIENTES	%
SI	24	96
EXCLUIDA	1	4

FUENTE: ESTUDIO LONGITUDINAL DEL CONSULTORIO 2 Y GINECO-OBSTETRICIA, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE, SALAMANCA, GTO., ENERO - SEPTIEMBRE 95.

EVOLUCION DE LA VAGINITIS ESTUDIO COMPARATIVO

DISTRIBUCION EN EL TRATAMIENTO A LA PAREJA, POR LABORATORIO E INDICACION ADECUADA DE LA VAGINITIS, EN LA POBLACION DEL GRUPO I, CONSULTORIO 2 Y GINECO-OBSTETRICIA, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE, SALAMANCA, GTO. ENERO-SEPTIEMBRE 95.

GRAFICA II



FUENTE: ESTUDIO LONGITUDINAL DEL CONSULTORIO 2 Y GINECO-OBSTETRICIA, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE, SALAMANCA, GTO, ENERO - SEPTIEMBRE 95.

EVOLUCION DE LA VAGINITIS ESTUDIO COMPARATIVO

DISTRIBUCION EN EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE LA VAGINITIS, DEL GRUPO I, CONSULTORIO 2 Y GINECO-OBSTETRICIA, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE, SALAMANCA, GTO. ENERO-SEPTIEMBRE 95.

TABLA III

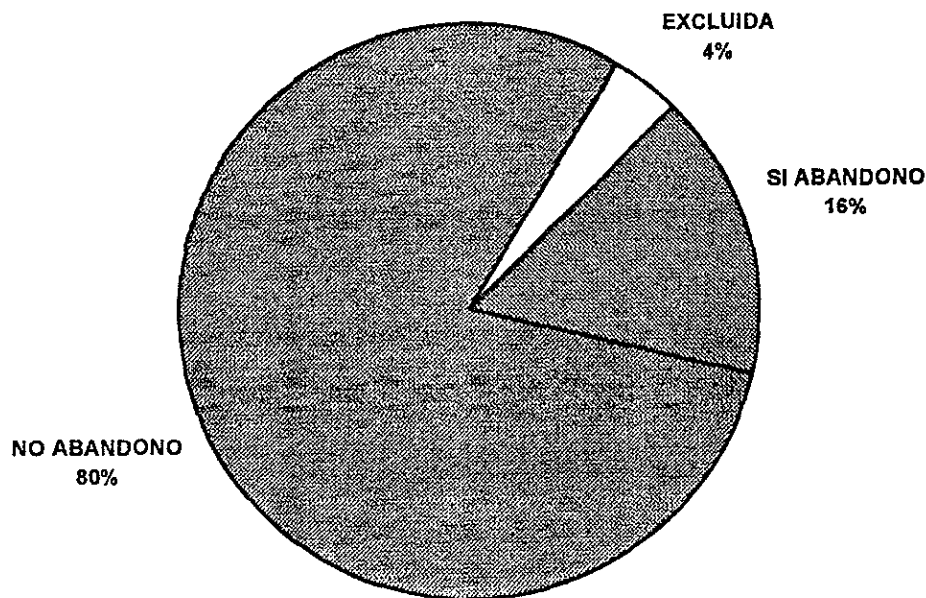
ABANDONO	NUMERO DE PACIENTES	%
SI	4	16
NO	20	80
EXCLUIDA	1	4

FUENTE: ESTUDIO LONGITUDINAL DEL CONSULTORIO 2 Y GINECO-OBSTETRICIA, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE, SALAMANCA, GTO., ENERO - SEPTIEMBRE 95.

EVOLUCION DE LA VAGINITIS ESTUDIO COMPARATIVO

DISTRIBUCION EN EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE LA VAGINITIS, DEL GRUPO I, CONSULTORIO 2 Y GINECO-OBSTETRICIA, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE, SALAMANCA, GTO. ENERO-SEPTIEMBRE 95.

GRAFICA III



FUENTE. ESTUDIO LONGITUDINAL DEL CONSULTORIO 2 Y GINECO-OBSTETRICIA, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE, SALAMANCA, GTO., ENERO - SEPTIEMBRE 95

EVOLUCION DE LA VAGINITIS ESTUDIO COMPARATIVO

DISTRIBUCION EN LA MEJORIA EN LA VAGINITIS, DEL GRUPO I, CONSULTORIO 2 Y GINECO-OBSTETRICIA, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE, SALAMANCA, GTO. ENERO-SEPTIEMBRE 95.

TABLA IV

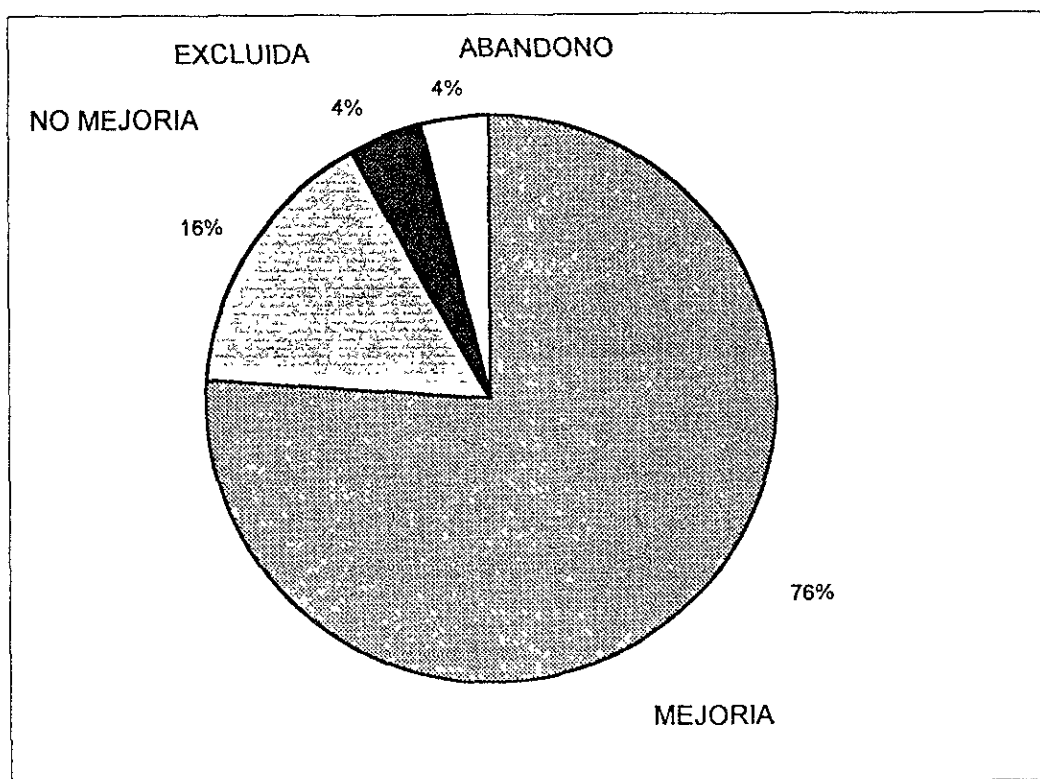
MEJORIA	NUMERO DE PACIENTES	%
SI	19	76
NO	4	16
EXCLUIDA	1	4
ABANDONO	1	4

FUENTE. ESTUDIO LONGITUDINAL DEL CONSULTORIO 2 Y GINECO-OBSTETRICIA, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE, SALAMANCA, GTO, ENERO - SEPTIEMBRE 95.

EVOLUCION DE LA VAGINITIS ESTUDIO COMPARATIVO

DISTRIBUCION EN LA MEJORIA EN LA VAGINITIS, DEL GRUPO I, CONSULTORIO 2 Y GINECO-OBSTETRICIA, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE, SALAMANCA, GTO. ENERO-SEPTIEMBRE 95.

GRAFICA IV



FUENTE: ESTUDIO LONGITUDINAL DEL CONSULTORIO 2 Y GINECO-OBSTETRICIA, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE, SALAMANCA, GTO., ENERO - SEPTIEMBRE 95.

EVOLUCION DE LA VAGINITIS ESTUDIO COMPARATIVO

DISTRIBUCION EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA VAGINITIS,
BASADO EN LA CLINICA Y LABORATORIO, GRUPO II, CONSULTORIO 2 Y GINECO-
OBSTETRICIA, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE, SALAMANCA, GTO. ENERO-
SEPTIEMBRE 95.

TABLA V

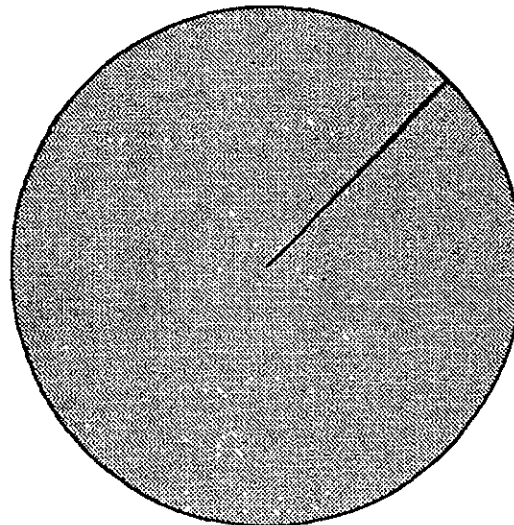
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN BASE A	NUMERO DE PACIENTES	%
CLINICA	0	0
LABORATORIO	25	100

FUENTE: ESTUDIO LONGITUDINAL DEL CONSULTORIO 2 Y GINECO-OBSTETRICIA, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE, SALAMANCA, GTO., ENERO - SEPTIEMBRE 95.

EVOLUCION DE LA VAGINITIS ESTUDIO COMPARATIVO

DISTRIBUCION EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA VAGINITIS,
BASADO EN LA CLINICA Y LABORATORIO, GRUPO II, CONSULTORIO 2 Y GINECO-
OBSTETRICIA, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE, SALAMANCA, GTO. ENERO-
SEPTIEMBRE 95.

GRAFICA V



DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
LABORATORIO
100%

FUENTE: ESTUDIO LONGITUDINAL DEL CONSULTORIO 2 Y GINECO-OBSTETRICIA, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE, SALAMANCA, GTO., ENERO - SEPTIEMBRE 95.

EVOLUCION DE LA VAGINITIS ESTUDIO COMPARATIVO

DISTRIBUCION EN EL TRATAMIENTO A LA PAREJA, EN LA VAGINITIS, GRUPO II, CONSULTORIO 2 Y GINECO-OBSTETRICIA, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE, SALAMANCA, GTO. ENERO-SEPTIEMBRE 95.

TABLA VI

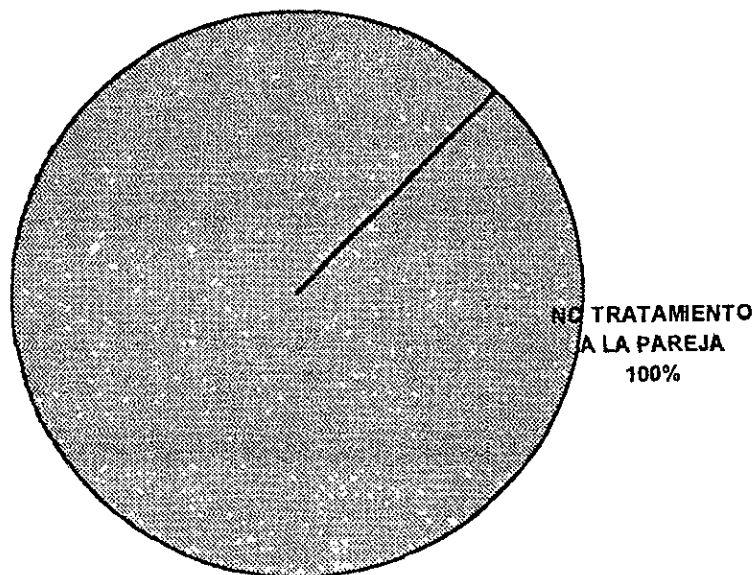
TRATAMIENTO CON PAREJA	NUMERO DE PACIENTES	%
SI	0	0
NO	25	100

FUENTE: ESTUDIO LONGITUDINAL DEL CONSULTORIO 2 Y GINECO-OBSTETRICIA, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE, SALAMANCA, GTO., ENERO - SEPTIEMBRE 95.

EVOLUCION DE LA VAGINITIS ESTUDIO COMPARATIVO

DISTRIBUCION EN EL TRATAMIENTO A LA PAREJA, EN LA VAGINITIS, GRUPO II, CONSULTORIO 2 Y GINECO-OBSTETRICIA, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE, SALAMANCA, GTO. ENERO-SEPTIEMBRE 95.

GRAFICA VI



FUENTE. ESTUDIO LONGITUDINAL DEL CONSULTORIO 2 Y GINECO-OBSTETRICIA, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE, SALAMANCA, GTO, ENERO - SEPTIEMBRE 95

EVOLUCION DE LA VAGINITIS ESTUDIO COMPARATIVO

DISTRIBUCION DE INDICACION ADECUADA AL TRATAMIENTO, DE LA VAGINITIS, GRUPO II, CONSULTORIO 2 Y GINECO-OBSTETRICIA, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE, SALAMANCA, GTO. ENERO-SEPTIEMBRE 95.

TABLA VII

INDICACION ADECUADA AL TRATAMIENTO	NUMERO DE PACIENTES	%
SI	25	100
NO	0	0

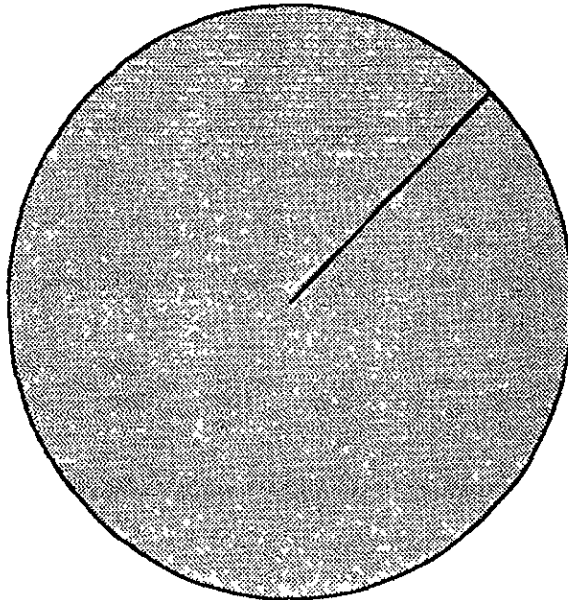
FUENTE: ESTUDIO LONGITUDINAL DEL CONSULTORIO 2 Y GINECO-OBSTETRICIA, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE, SALAMANCA, GTO., ENERO - SEPTIEMBRE 95.

EVOLUCION DE LA VAGINITIS ESTUDIO COMPARATIVO

DISTRIBUCION DE INDICACION ADECUADA AL TRATAMIENTO, DE LA VAGINITIS, GRUPO II, CONSULTORIO 2 Y GINECO-OBSTETRICIA, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE, SALAMANCA, GTO. ENERO-SEPTIEMBRE 95.

GRAFICA VII

INDICACION
ADECUADA AL
TRATAMIENTO
100%



FUENTE: ESTUDIO LONGITUDINAL DEL CONSULTORIO 2 Y GINECO-OBSTETRICIA, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE, SALAMANCA, GTO , ENERO - SEPTIEMBRE 95.

EVOLUCION DE LA VAGINITIS ESTUDIO COMPARATIVO

DISTRIBUCION EN EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE LA VAGINITIS, GRUPO II, CONSULTORIO 2 Y GINECO-OBSTETRICIA, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE, SALAMANCA, GTO. ENERO-SEPTIEMBRE 95.

TABLA VIII

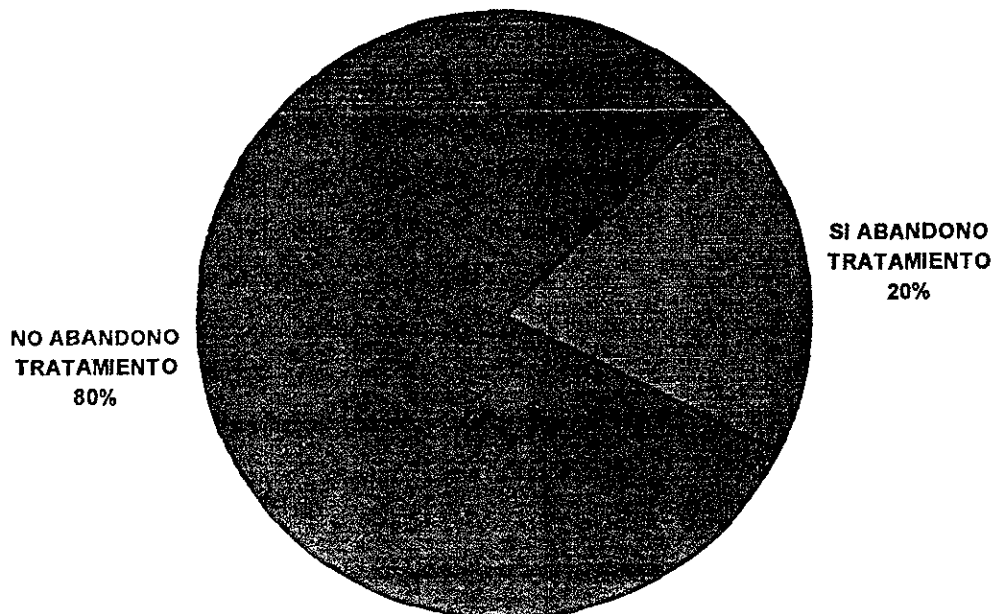
ABANDONO AL TRATAMIENTO	NUMERO DE PACIENTES	%
SI	5	20
NO	20	80

FUENTE: ESTUDIO LONGITUDINAL DEL CONSULTORIO 2 Y GINECO-OBSTETRICIA, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE, SALAMANCA, GTO., ENERO - SEPTIEMBRE 95.

EVOLUCION DE LA VAGINITIS ESTUDIO COMPARATIVO

DISTRIBUCION EN EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE LA VAGINITIS, GRUPO II, CONSULTORIO 2 Y GINECO-OBSTETRICIA, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE, SALAMANCA, GTO. ENERO-SEPTIEMBRE 95.

GRAFICA VIII



FUENTE: ESTUDIO LONGITUDINAL DEL CONSULTORIO 2 Y GINECO-OBSTETRICIA, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE, SALAMANCA, GTO, ENERO - SEPTIEMBRE 95.

EVOLUCION DE LA VAGINITIS ESTUDIO COMPARATIVO

DISTRIBUCION EN LA MEJORIA DE LA VAGINITIS, GRUPO II, CONSULTORIO 2 Y GINECO-OBSTETRICIA, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE, SALAMANCA, GTO. ENERO-SEPTIEMBRE 95.

TABLA IX

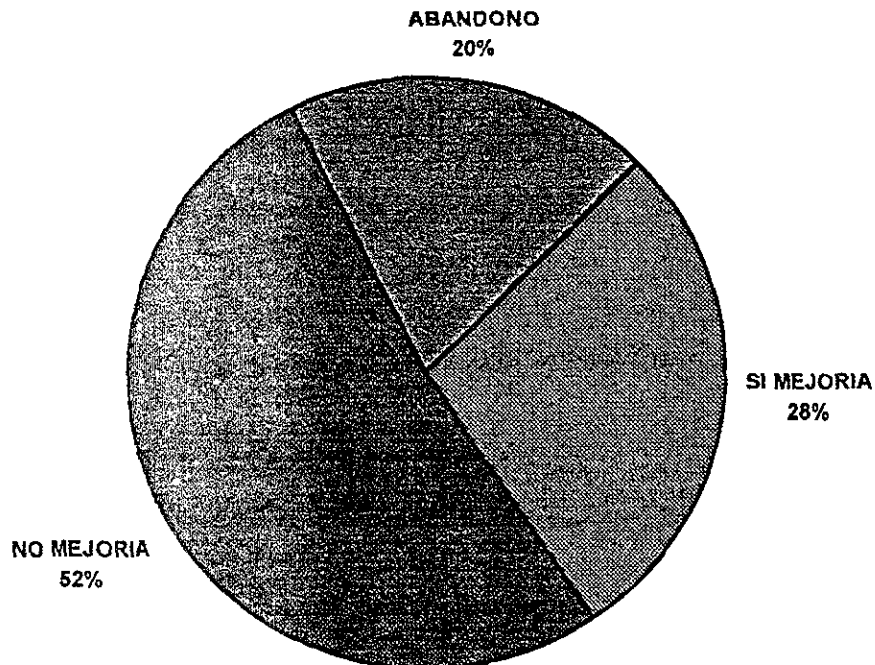
MEJORIA	NUMERO DE PACIENTES	%
SI	7	28
NO	13	52
ABANDONO	5	20

FUENTE: ESTUDIO LONGITUDINAL DEL CONSULTORIO 2 Y GINECO-OBSTETRICIA, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE, SALAMANCA, GTO, ENERO - SEPTIEMBRE 95.

EVOLUCION DE LA VAGINITIS ESTUDIO COMPARATIVO

DISTRIBUCION EN LA MEJORIA DE LA VAGINITIS, GRUPO II, CONSULTORIO 2 Y GINECO-OBSTETRICIA, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE, SALAMANCA, GTO. ENERO-SEPTIEMBRE 95

GRAFICA IX



FUENTE: ESTUDIO LONGITUDINAL DEL CONSULTORIO 2 Y GINECO-OBSTETRICIA, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE, SALAMANCA, GTO., ENERO - SEPTIEMBRE 95.

EVOLUCION DE LA VAGINITIS ESTUDIO COMPARATIVO

DISTRIBUCION EN LA MEJORIA DE LA VAGINITIS, COMPARANDO GRUPO I Y GRUPO II, CONSULTORIO 2 Y GINECO-OBSTETRICIA, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE, SALAMANCA, GTO. ENERO-SEPTIEMBRE 95.

TABLA X

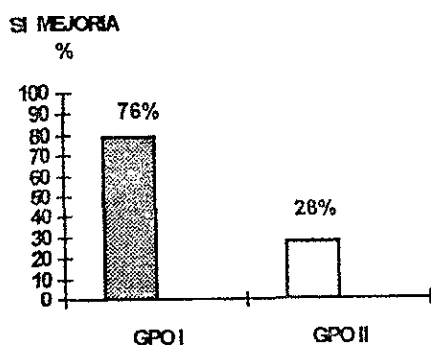
MEJORIA	GRUPO I NUMERO DE PACIENTES	%	GRUPO II NUMERO DE PACIENTES	%
SI	19	76	7	28
NO	4	16	13	52
ABANDONO	1	4	5	20

FUENTE: ESTUDIO LONGITUDINAL DEL CONSULTORIO 2 Y GINECO-OBSTETRICIA, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE, SALAMANCA, GTO., ENERO - SEPTIEMBRE 95.

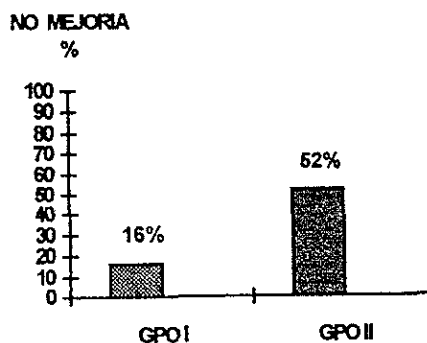
EVOLUCION DE LA VAGINITIS ESTUDIO COMPARATIVO

DISTRIBUCION EN LA MEJORIA DE LA VAGINITIS, COMPARANDO GRUPO I Y GRUPO II, CONSULTORIO 2 Y GINECO-OBSTETRICIA, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE, SALAMANCA, GTO. ENERO-SEPTIEMBRE 95.

GRAFICA X



GRAFICA XI



FUENTE: ESTUDIO LONGITUDINAL DEL CONSULTORIO 2 Y GINECO-OBSTETRICIA, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE, SALAMANCA, GTO., ENERO - SEPTIEMBRE 95.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS

Las variables de interés en el presente estudio se sometieron a una prueba de X^2 con una $P < 0.05$ significativa de X^2_c de 10.14 contra una X^2_t de 3.841, en el grupo de control en relación con el grupo II.

Por lo tanto se acepta la Hipótesis Alternativa y se rechaza la Hipótesis Nula.

Igualmente las variables se sometieron a una prueba de "T de Student" con una $P < 0.05$ significativa de "T" de 8.66 contra una "T" de 1.74.

Por lo tanto se rechaza la Hipótesis Nula y se acepta la Hipótesis Alternativa.

Siendo la regla de decisión la asociación positiva de los criterios involucrados (variantes independientes), con la mejoría (variante dependiente), por las pruebas de Hipótesis con el método estadístico.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente estudio, nos permite observar que cuando se diagnóstica y trata adecuadamente la Vaginitis, con los lineamientos mencionados, GRUPO I (examen clínico y de laboratorio a la paciente y su pareja, así como ofreciéndoles tratamiento a ambos y su seguimiento hasta el término del mismo), el porcentaje de mejoría es del 76% (19 pacientes de un total de 25), y cuando no se siguen los lineamientos, GRUPO II (tratar solo a la paciente), el porcentaje de mejoría es del 28% (7 pacientes de un total de 25).

Comparando estos resultados con los encontrados en la bibliografía consultada, notamos que hay una concordancia en el porcentaje de mejoría, cuando se sigue un lineamiento adecuado incluyendo a la pareja sexual, que en esta patología es de aproximadamente del 80-90%. (3),(5),(10),(13),(16),(18),(20)

Si bien es cierto que durante la realización del estudio, se detectaron factores de sesgo, como lo es, la utilización adecuada del medicamento, así como si los pacientes los tomaron en forma correcta, ya que no se tuvo un contacto estrecho con ellos, cabe considerar que la mejoría clínica observada y comprobada por medio del cultivo, al término del tratamiento, hace pensar que efectivamente se llevo a cabo el tratamiento en la forma indicada a los pacientes.

La aportación que deja el presente estudio es positiva, haciéndonos reflexionar que la Vaginitis es un problema común en nuestro medio, no tan fácil de tratar y que requiere de mucha atención por parte del médico tratante, ya que su mal manejo puede condicionar problemas crónicos que pueden evolucionar hasta un Carcinoma.

CONCLUSIONES

El presente estudio nos permitió comprobar que la evolución de la Vaginitis puede ser muy diversa, hacia la mejoría o la cronicidad, dependiendo esto del diagnóstico y manejo otorgado por parte del médico tratante, así como, si se incluye o no a la pareja sexual de la paciente en el manejo.

El incluir a la pareja sexual en el tratamiento es fundamental para tener un mayor éxito en el manejo de la Vaginitis, teniendo los porcentajes más altos de mejoría, 78%, no así cuando no se incluye, ya que tan solo se obtiene un 28%.

Los resultados obtenidos en el presente estudio, fueron también sometidos a un análisis estadístico mediante el cual se puede concluir lo siguiente:

Se apoya el Objetivo establecido, además de aceptar la Hipótesis Alternativa y rechazar la de Nulidad.

Finalmente la enseñanza que aporta es positiva, ya que permite darnos cuenta del error que cometemos continuamente al tratar esta patología, al no hacer un diagnóstico específico, y no incluir a la pareja sexual en el manejo, lo que sin duda nos lleva a una mala evolución de la Vaginitis.

En cuanto a la Medicina Familiar se puede mencionar que, el médico familiar es el de primer contacto y que frecuentemente se tiene que enfrentar a ésta patología y tiene que estar preparado para poder realizar un diagnóstico y manejo adecuado, disminuyendo con esto su reincidencia y la cronicidad, que pueden llevar a la paciente a desarrollar un Carcinoma Cervicouterino. Por lo tanto podemos mencionar que la lucha contra el Cáncer comienza desde el manejo de la Vaginitis y esto es tarea del Médico Familiar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Upjohns, S.A.: Vaginosis Bacteriana, Nuevas Perspectivas. México 1994: 2-29.
2. Barclay D.L.: Enfermedades Benignas de la Vulva y la Vagina. Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstétricos.; Pernoel L.M.. Editorial Manual Moderno, 6a ed.; 1993: 823-839
3. Eschenbach D.A. Infección Vaginal. Clínicas Obstétricas y Ginecólogas de Norte América. Volumen 1; 1993: 221-239.
4. Ghione M., De Palo G. Infecciones no Virales. Colposcopia y Patología del Tracto Genital Inferior. De Palo G. Editorial Médica Panamericana, 1a ed.; 1992: 119-133.
5. Sobel J.D. Infecciones Vaginales en Adultas. Clínicas Obstétricas y Ginecólogas de Norte América. Volumen 6; 1990: 1637-1661.
6. Fernández-Cid F.A. Conceptos Generales Sobre las Vaginitis. Tratado y Atlas de Vaginitis. Fernández-Cid F.A. Editorial Salvat, 2a ed.; 1986: 36-47.
7. Cruz L.A. Vaginosis Bacteriana. Revista Mexicana de Patología Clínica. Volumen 39; 1992: 70-71.
8. Gray H., Mayo G.CH. Aparato Urogenital. Anatomía. Gray H., Mayo G.CH. Editorial Salvat, 29 ed.; 1976: 1265-1266.
9. Benson R.C. Anatomía y Fisiología del Sistema Reprodutor Femenino. Ginecología y Obstetricia. Benson R.C. Editorial Manual Moderno, 6a ed.; 1981:7
10. Danforth J.L. Anatomía del Aparato Genital Femenino, Infecciones Pélvicas y Enfermedades de Transmisión Sexual. Obstetricia y Ginecología. Danforth J.L. Editorial Interamericana, 1a ed.; 1994: 9-10, 32-34, 986-989.
11. Villegas C.H., González J.Ma., Fuentes G.S., Casanova R.G., Beltrán Z.M., Flores R.E.. Infección por Gardnerella Vaginalis en Parejas Heterosexuales. Estudio Ultraestructural en Células de Descamación del Epitelio Estratificado. Ginecología y Obstetricia de México. Volumen 63; 1995: 138-146.

12. Mardh P.A. The Vaginal Ecosystem. Am. J. Obstet. Gynecol. Volumen 165; 1991: 1163-1168.
13. Serno C.J., Ricalde B.C., Cabada J., Vázquez A. Frecuencia de Diferentes Patógenos en México. Estudio Multicentrico. Ginecología y Obstetricia de México. Volumen 58; 1990: 128-132.
14. Kent H.L. Epidemiology of Vaginitis. Am. J. Obstet. Gynecol. Volumen 165; 1991: 1168-1176.
15. Osborne N.G., Brubin L., Pratson L. Vaginitis in Sexually Active Women: Relationship to Nine Sexually Transmitted Organisms. Am.J. Obstet. Gynecol. Volumen 142; 1982: 962-967.
16. Pelusi M.A., Apuzzid J. Vaginitis; Actualización Sobre su Diagnóstico y Tratamiento. Mundo Médico. Volumen 14; 1991: 83-94.
17. Berkon R. Problemas Ginecológicos Comunes Manual Merk. Berkon R. Editorial Interamericana.. 7a ed.; 1986: 1535-1537.
18. Ledger W.J. Historical Review of The Treatment of Bacterial Vaginosis. Am.J. Obstet. Gynecol. Volúmen 169; 1993: 474-478.
19. Toca P.L., Rosas A.J., Nava F.J. Infecciones por Chlamydia Trachomatis y por Mycoplasma en Esterilidad. Medicina en Ginecología Obstétrica y Perinatología. hospital Gineco-Obstetricia 3, C.M.N. La Raza IMSS. Junio 1994; 70-74.
20. Sweet R.L. New Approaches for The Treatment of Bacterial Vaginosis. Am.J. Obstet. Gynecol. Volúmen 169; 1993: 479-482.
21. Abreu L.M. El Aparato Genital Femenino. Fundamentos del Diagnóstico. Abreu L.M. Editorial Mendez Cervantes. 4 ed.; 1980: 381-410.

ANEXOS

CEDULA PARA CAPTACION DE LA INFORMACION

NOMBRE. _____

EDAD. _____

No. AFILIACION. _____

FECHA, TOMA DE MUESTRA CULTIVO VAGINAL. _____

FECHA, TOMA DE MUESTRA CULTIVO URETRAL. _____

RESULTADO DEL CULTIVO VAGINAL. _____

RESULTADO CULTIVO URETRAL. _____

FECHA, INICIO DE TRATAMIENTO. _____

MEDICAMENTOS UTILIZADOS. _____

DOSIS, DURACION. _____

TRATAMIENTO A LA PAREJA. SI. _____ NO. _____

INDICACION DE COMO TOMAR Y APLICAR EL MEDICAMENTO.

FECHA DE TERMINO DEL TRATAMIENTO.

OBSERVACIONES.
