



Universidad Abierta Interamericana
Sede Regional Rosario
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Título: “*Candidiasis, vaginosis bacteriana y trichomoniasis en 60 muestras vaginales de mujeres que concurren a la consulta ambulatoria.*”

Alumno: Maero, Florencia

Tutor: Dra. Luciano, María Isabel

Co-Tutor: Dr. Notario, Rodolfo

Fecha de presentación: marzo de 2009

Agradecimientos:

Se agradece por su buena predisposición a todas las pacientes que participaron de este trabajo y especialmente al Dr David Dimarco.

A mi tutora María Isabel por su tiempo y gran dedicación.

A mi cotutor Dr Rodolfo Notario y a todo el equipo del Hospital Español.

No quiero dejar de mencionar a mi familia fundamentalmente a mi hermana y amigos quienes hicieron posible la realización de este trabajo.

Índice

Índice-----	4
Resumen -----	¡Error! Marcador no definido.
Introducción-----	¡Error! Marcador no definido.
Problema -----	¡Error! Marcador no definido.
Objetivos -----	¡Error! Marcador no definido.
Actualización del tema -----	¡Error! Marcador no definido.
Marco teórico-----	¡Error! Marcador no definido.
Material y métodos -----	¡Error! Marcador no definido.
Resultados -----	27
Discusión -----	58
Conclusión -----	61
Propuesta-----	62
Bibliografía -----	63
Anexos-----	68

Resumen

Introducción: en el tracto genital femenino, la vagina representa un ecosistema dinámico que permanece en equilibrio gracias a una fina interacción de factores, sin embargo, se reconocen diversos microorganismos que pueden alterar el equilibrio ecológico ahí presente dando origen a infecciones vaginales. El objetivo de este trabajo fue analizar muestras de flujo vaginal para identificar la prevalencia de agentes infecciosos y su relación con factores predisponentes asociados. Material y método: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con 60 mujeres en edad fértil en un rango de edad entre 19 a 50 años. En el laboratorio se analizó el contenido vaginal mediante exámenes en fresco, coloraciones y cultivo. Resultados: la prevalencia de vaginosis bacteriana (VB) fue del 50 %, candidiasis 47.1 % y trichomoniasis 2.9 %. Conclusión: el grupo etáreo más expuesto lo constituyeron las mujeres entre 20 y 29 años predominando el nivel escolar primario y amas de casas. La relación existente entre número de coitos semanales y VB fue altamente significativa, como así también el consumo de anticonceptivos orales, el no uso de profiláctico y la utilización de duchas vaginales.

En lo que respecta a candidiasis se observó relación con el uso de anticonceptivos orales y bidet.

Por último el único caso de *Trichomona vaginalis* (Tv) hallado estuvo asociado a múltiples parejas sexuales.

Introducción

En el tracto genital femenino, (TGF), la vagina representa un ecosistema dinámico que permanece en equilibrio gracias a una fina interacción de factores. Uno de ellos es la flora normal bacteriana. Existe una microbiota habitual permanente integrada por microorganismos que se recuperan durante todo el ciclo en más del 90% de las mujeres. El género dominante en la edad fértil es el *Lactobacillus*.¹

Dicho ecosistema es reconocido como un importante mecanismo de defensa del huésped contra las infecciones, ya sea por la exclusión competitiva entre los agentes, la producción de ácido láctico por *Lactobacillus*, bacteriocinas y/o peróxidos de hidrógeno.

También se encuentra una flora intermitente endógena, constituida por *Candida*, *Gardnerella vaginalis*, (*Gv*), *Streptococcus agalactiae* y numerosas especies de bacterias anaerobias.^{1, 2,3}

El tracto genital inferior se ve comprometido por determinadas situaciones que alteran este ecosistema como los relacionados con la conducta sexual, el uso de antimicrobianos, los cambios naturales del ciclo menstrual, el uso de duchas vaginales, tampones, hábitos higiénicos y otros.^{2,4}

La aparición de candidiasis vaginal varía de un 10 a 25 % y la de VB entre un 20 a 50% según informes de la literatura.^{2,5}

Entre los agentes patógenos se halla *Trichomona vaginalis*. Esta parasitosis se adquiere por transmisión sexual. Se observa una reducción en la incidencia de trichomoniasis y un aumento de la candidiasis a lo largo de los últimos 40 años.⁶

El análisis de la flora vaginal es un tema de relevancia ya que las consultas por alteraciones del flujo vaginal ocupan un lugar preponderante en la práctica diaria.^{1, 2,7}

Es de conocimiento que tanto la VB, como la trichomoniasis en el embarazo pueden ocasionar alteraciones que ponen en riesgo la continuidad del mismo, como la ruptura prematura de membrana, y/o el parto prematuro.^{8,9}

El notable aumento de la demanda en la Atención Primaria Ginecológica hace necesario conocer la prevalencia de los principales agentes que pueden comprometer el ecosistema vaginal y discutir el costo-beneficio y la factibilidad de estudios básicos de laboratorios pero en el contexto de un manejo clínico racional que aseguren una rápida y digna atención.

Fundamenta esto el impacto en el equilibrio psicológico de la mujer, su gravedad orgánica potencial y la complejidad de su manejo integral en áreas de la población con bajos recursos socioeconómicos.

Este panorama pretende consolidar la gran importancia que cobra la atención primaria de las pacientes con alteraciones de la flora vaginal habitual.

Problema

Los datos locales correspondientes a agentes que modifican el ecosistema vaginal son escasos, lo que hace necesario estudios epidemiológicos para determinar la magnitud de la colonización e infección.

Ante una visión más comprensiva del concepto de salud y sus determinantes poblacionales, se reconoce la necesidad de considerar también factores ambientales, culturales y condiciones de vida, como así también acceso a sistemas de atención.

La situación problemática se plantea con el siguiente interrogante:

¿Cuál es la prevalencia de los agentes relacionados con vaginosis bacteriana, candidiasis, y trichomoniasis en mujeres en edad fértil, considerando factores socio-culturales, que acuden al Servicio de Obstetricia y Ginecología de un Centro Periférico de Salud en la ciudad de Rosario?

En esta investigación no se aborda en sí el campo de los servicios de atención, pero de alguna manera aparecen, ya que los enfoques y métodos interdisciplinarios que guían este trabajo hacen que en algún momento surjan.

Objetivos

Objetivo General:

Determinar la prevalencia de vaginosis bacteriana, candidiasis, y trichomoniasis en el flujo vaginal de 60 mujeres en edad fértil que concurren a la consulta ginecológica.

Objetivos Específicos:

- Reconocer como influyen los aspectos gineco-obstétricos en la aparición de los agentes en estudio.
- Evaluar las características sociodemográficas de las pacientes que acuden al Centro de Salud.
- Establecer la frecuencia relativa de los microorganismos en el grupo en estudio.

Propósito:

Una vez logrado el objetivo, en función de éste, diseñar acciones de promoción y prevención adecuadas a las necesidades y expectativas de esa comunidad. Esto permite una concentración de todo tipo de recursos con mayor eficacia y eficiencia.

Actualización del tema

La actualización del tema se realizó teniendo en cuenta los objetivos de este trabajo final.

A nivel mundial en los últimos años se destacan las siguientes investigaciones:

En Estados Unidos (Washington); Allsworth y Peipert (2001-2004) ¹⁰ realizaron un estudio para estimar la prevalencia de VB en mujeres entre 14 a 49 años. La prevalencia de VB fue del 29%, casi un tercio de la población. Estos resultados se relacionan con el uso de duchas vaginales, pobreza y escasa educación entre otras variables; en tanto Kouman y col. en el mismo período (2001-2004) ¹¹ realizaron otro estudio muy similar en Atlanta en mujeres entre 14 a 49 años obteniendo una prevalencia de VB en un 29.2%. En este caso los resultados se asociaron con relaciones sexuales con múltiples parejas, al igual que el trabajo anterior con el uso frecuente de duchas vaginales y el bajo nivel educativo.

En Atenas, Iavazzo (2003-2006) ¹² determinó en su estudio la prevalencia de los agentes más frecuentes de vaginitis y vaginosis siendo la *Candida sp* el microorganismo aislado con mayor frecuencia (42%), en segundo lugar se aisló *Gv* (40.4%) y en tercer lugar *Tv* (8.1%). La población incluida en el mismo eran mujeres en edad fértil.

En Australia Morton y Garland (2003-2004) ¹³ realizaron otro estudio en mujeres sexualmente activas relacionando factores de riesgos con VB y candidiasis. Dentro de un total de 342 mujeres, 152 fueron diagnosticadas con VB y 51 con candidiasis. La VB estuvo asociada a un mayor número de parejas en los últimos años, una nueva pareja sexual, baja educación; en cambio la candidiasis se atribuyó al uso de duchas vaginales. Otro estudio realizado por Schwebke en Birmingham USA (2005) ¹⁴ encuentra la misma asociación en lo que respecta a la VB.

En cuanto a las patologías que pueden afectar tanto a la embarazada como al producto de la gestación se ven apoyadas por bibliografías a nivel mundial:

Londres, Reino Unido Ugwumadu (2007) ¹⁵ llevó a cabo un estudio acerca de la asociación entre VB y complicaciones obstétricas. Este estudio reveló una clara asociación entre VB y múltiples complicaciones perinatales, entre ellas, aborto, parto pretérmino, ruptura prematura de membrana, inflamación de corion y amnios, endometritis post parto y mayor riesgo de infección por Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH).

En Birmighan, EEUU Schwebke y col. (2007) ¹⁶ efectuaron un estudio donde encontraron relación entre la VB y VIH. En esta investigación se comprobó aumento de gérmenes anaerobios, Gv y la disminución de la flora lactobacilar protectora. Esto se asocia con varias complicaciones, entre ellas la adquisición de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual (ITS).

En Latinoamérica las últimas investigaciones revelan los siguientes datos:

En Caracas Reyes y col. (2006- 2007) ¹⁷ efectuaron un estudio en mujeres en edad fértil entre 15 a 49 años con el fin de de describir el comportamiento de la infección vaginal en estas pacientes. El universo de estudio lo constituyeron 456 mujeres donde a 120 se les aplicó una encuesta para recabar datos sobre antecedentes sexuales y sociodemográficos.

En este caso la prevalencia para Gv fue del 36.5% siendo el microorganismo aislado con mayor frecuencia. El grupo que más estuvo expuesto fue de 25-29 años, predominando el nivel escolar y las amas de casa.

En tanto en Santiago de Chile, Martínez y col. (2002-2003) ¹⁸ realizaron un estudio certificando los datos anteriores. El grupo lo constituyeron 100 mujeres en edad reproductiva. En este caso la prevalencia de VB era de 31% ubicándose en primer lugar al igual que el estudio anterior. En segundo lugar la candidiasis con 24% y por último la trichomoniasis con un 2%. Entre los factores de riesgo de candidiasis se hallaron el uso de anticonceptivos orales y la actividad sexual.

En Venezuela, Guillén y col. (2003) ¹⁹ confeccionaron otro estudio que revela estadísticas similares al anterior siendo en este caso la prevalencia para VB (36.02%) candidiasis (23.92%), y trichomoniasis (21,91%). Además en este trabajo al igual que el efectuado en Santiago se observó la relación entre el uso de anticonceptivos orales y la micosis vaginal.

En Vera cruz, México, Pascual (2005) ²⁰ llevó a cabo un estudio sobre cervicocervicitis posterior a la aplicación de dispositivo intrauterino (DIU) para determinar las características sociodemográficas y la frecuencia de cervicovaginitis en las nuevas usuarias del DIU. Las pacientes incluidas tenían entre 18 y 45 años de edad sin cervicovaginitis.

También en México Gonzales- Pedraza (2007) ²¹ realizó un trabajo acerca de las infecciones cervicovaginales más frecuentes; prevalencia y factores de riesgos tomando como población de estudio a un total de 440 mujeres. Se asemeja con los anteriores en cuanto a la frecuencia de VB (25.5%), candidiasis (17.7%), trichomoniasis (2.2%). Es de destacar que este estudio difiere del realizado en Santiago con respecto a la candidiasis vaginal, en cuanto a que no se vio asociación con factores relacionados a la transmisión sexual. Dentro de las 43 mujeres incluidas la mayoría eran amas de casa, con edades entre 20 y 24 años, casadas, monogámicas, que habían iniciado vida sexual activa antes de los 20 años y pertenecían a familias nucleares con pobreza familiar baja. La frecuencia de cervicovaginitis al primer mes de inserción del DIU fue de 14%, al segundo mes del 2%; predominó la etiología bacteriana 71% siguiendo en frecuencia la candidiasica. El resultado de este trabajo fue determinar que la cervicovaginitis generalmente no está asociada al uso de este método anticonceptivo. Asimismo se pudo detectar que es importante tratar en caso necesario las infecciones vaginales antes de colocar el DIU para evitar complicaciones.

En Argentina las investigaciones realizadas concuerdan en la mayoría de los casos con las efectuadas anteriormente:

En Buenos Aires Buscemi y col. (2004) ²² estudiaron vulvovaginitis agudas en 749 pacientes de las cuales 334 eran VIH positivas, sexualmente activas, entre 17 y 52 años encontrando Gv en un 25.6% *Cándidas sp* en un 17.4% y Tv en un 5,3%. En esta investigación pudo verse una mayor frecuencia de candidiasis vaginal en mujeres VIH positiva.

En un estudio que se llevó a cabo en la ciudad de Corrientes por Mazo y col. (2005) ²³ se estudiaron 229 muestras de flujos vaginales provenientes de diferentes centros asistenciales privados. Las muestras correspondían a mujeres que consultaban al ginecólogo por diversas patologías. En todos los

casos se registraron los siguientes datos: edad de la paciente, fecha de última menstruación (FUM), semanas de gestación en caso de embarazadas y métodos anticonceptivos usados. Adicionalmente se registró el aspecto y color del flujo vaginal, además de la presencia o ausencia de ardor, dolor y prurito. Gv fue la bacteria encontrada con mayor frecuencia. Las especies de *Cándida* suelen asociarse a vaginitis, sobre todo en ciertas etapas del ciclo menstrual o cuando la paciente ha recibido dosis continuadas de antimicrobianos. En este estudio, en 47 pacientes (20%) se encontraron especies de *Cándida*, siendo *C. albicans* la más frecuente.

En Río Cuarto (Córdoba) Barberis y col. (1996) ²⁴ hallaron Gv en el 23,4% de 179 pacientes estudiadas, presentándose en la mayoría de los casos asociadas a gérmenes anaerobios.

En Tucumán Allori y col. (1995) ²⁵ analizaron 155 mujeres concurrentes a un servicio de Ginecología y Obstetricia de la ciudad y encontraron que Gv era en (37,9%) siendo la bacteria más frecuente.

En Rafaela, Santa Fe Fosch y Fogolín (2006) ²⁶ efectuaron un estudio con el objetivo de analizar muestras de flujos vaginales para identificar la etiología infecciosa y su relación con factores predisponentes asociados con uso de DIU, anticonceptivos orales, preservativos y antibióticos previos. La población en estudio la constituyeron 400 mujeres en edad reproductiva en un rango de edad de 15 a 55 años. El estudio duró 3 años. La prevalencia concuerda con todos los trabajos mencionados anteriormente siendo la VB la entidad más frecuentes representando el 13,5%; seguido por candidiasis (12,5%) y la trichomoniasis (2,8%). En este caso se vio una clara relación de la VB con la utilización de DIU, y la candidiasis con el uso de antibióticos.

En Rosario, Belmonte y otros (2002) ²⁷ estudiaron 241 pacientes que concurrían al servicio de Ginecología del Hospital Provincial Centenario cuyas edades estaban comprendidas entre 13 y 52 años, sexualmente activas, no gestantes; cuyos resultados fueron Gv (50%), *Cándida* (14%), Tv (6%).

En Buenos Aires, Perazzi y col. (2007) ²⁸ realizaron un trabajo con el objetivo de conocer la prevalencia de *Tv* en 223 pacientes embarazadas. El resultado obtenido fue de 4,5% para *Tv*. El diagnóstico de la infección por *Tv* durante el embarazo reviste gran importancia ya que dicha infección predispone a rotura prematura de membrana, trabajo de parto pretérmino y bajo peso al nacer. Además puede dar enfermedad inflamatoria pélvica e infertilidad tubárica.

Marco teórico

El TGF es una de las regiones del organismo que se halla colonizada por distintos agentes. Se hace difícil llegar a la conclusión sobre cuál es la "flora vaginal normal", prefiriéndose la denominación de "flora endógena", "flora indígena" o "flora habitual", incluyendo así a todo microorganismo presente en el TGF no patógenos, salvo bajo determinadas circunstancias o ciertas asociaciones con procesos infecciosos. Algunas de estas circunstancias se ven influenciadas por factores inherentes al huésped y/o al medio ambiente vaginal como así también a las diferentes características poblacionales y culturales. Es importante la estandarización en la toma de muestras vaginales y el consenso en las metodologías de laboratorio.²⁹

En el mantenimiento de la ecología microbiana vaginal intervienen la indemnidad anatómica y fisiológica de la vulva y el periné, flora microbiana habitual, hormonas, moco cervical, indemnidad de epitelios, inmunidad.^{3, 30}

Flujo vaginal

Generalidades: se definen como aquellas secreciones provenientes de la vagina que pueden presentar características distintas ante la intervención de diversos factores.

Las secreciones vaginales (SV) pueden considerarse normales o anormales

Las SV normales se caracterizan por ser:

- Inodoras
- Claras o blancas
- Viscosas o flocular
- Homogéneas o algo floculentas con elementos aglutinados
- pH ácido < 4,5
- No fluyen durante el examen del espejulo
- Sin neutrófilos polimorfonucleares (PMNs).

Suelen estar localizadas en fondo de saco posterior y a la microscopía revela muchas células epiteliales superficiales, pocos leucocitos (menos de 1 por célula epitelial) y presencia de *Lactobacillus*.

Las mismas pueden incrementarse hacia la mitad del ciclo menstrual a causa de aumento de la cantidad de moco cervical.^{3, 29, 31}

Las alteraciones de la SV pueden ser sintomáticas o asintomáticas, en este último caso el hallazgo de agentes infecciosos es casual ya que las pacientes recurren a la consulta ginecológica por otro motivo.

Las SV se ven comprometidas por agentes endógenos y exógenos que producen infecciones como VB, candidiasis y trichomoniasis.

A nivel mundial se ha observado que las tres más frecuentes son, en primer lugar VB, en segundo lugar candidiasis y en tercer lugar trichomoniasis.

³²

Las manifestaciones clínicas de estas infecciones son bastantes similares.

La mujer en edad fértil por diversos factores puede tener incorporado a su flora habitual *Gv* acompañada de anaerobios, como así también levaduras del género *Cándida*. Ambos agentes se consideran flora endógena con capacidad de transmisibilidad sexual.

Tv es un protozoo considerado dentro de las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Estos tres agentes pueden ser aislados de fondo de saco posterior.³³

Vaginosis bacteriana

Generalidades: no es considerada una ITS propiamente dicha porque si bien puede transmitirse por vía sexual también se ha descrito en mujeres vírgenes. Se origina por la disminución marcada de *Lactobacillus spp.* de la flora normal acompañado por aumento de las bacterias anaeróbicas, conjuntamente con *Gv*.³⁴

Representa una proporción anormal de bacterias en vagina, una disminución de *Lactobacillus* y un aumento de los anaerobios.

Es considerada una infección sinérgica, *Gv* más anaerobios asociados.

La infección ocurre por desplazamiento de la flora vaginal habitual constituida principalmente por *Lactobacillus* productores de H₂O₂, siendo reemplazada por otras bacterias como, *Gv*, *Bacteroides spp*, *Prevotella spp*, *Mobiluncus spp* y *Mycoplasma hominis*.

Al desaparecer la protección de los *Lactobacillus*, disminuye la concentración de H₂O₂ y el ámbito vaginal pasa a tener una menor concentración de O₂, favoreciendo la proliferación de anaerobios y *Gv*, habituales de la vagina en concentraciones no significativas (1.000 a 10.000 ufc/g).

Es de destacar que puede existir VB, donde encontramos *Gv*, acompañada de otros agentes, pero puede existir *Gv* en un 20-40% y la paciente no presentar VB.^{29, 33}

La manifestación más común es la SV no pruriginosa asociada con olor a pescado más pronunciado después del coito o de una ducha alcalina, la secreción puede ser gris, blanca, fluida y no característica de infección.^{3, 31, 35}

La presencia de flujo vaginal abundante, homogéneo, es criterio subjetivo dependiente del observador y sujeto a variabilidad.²⁹

El cuadro fue habitualmente ignorado por la comunidad médica, o considerado como una molestia menor para las mujeres, pese a los problemas emocionales y físicos y las importantes pérdidas económicas que produce. Una tercera parte de las mujeres que consultan padecen VB, por lo que puede considerarse la infección ginecológica más importante.^{29, 31}

Se asocia a serias infecciones obstétricas y del tracto genital superior, ocasionando partos prematuros, rotura prematura de membranas ovulares, endometritis postparto, EPI. Es seis veces mayor la posibilidad de desarrollar endometritis post cesárea.^{36, 37}

Características de los agentes causantes: *Gv* es un bacilo anaerobio facultativo, gramvariable, oxidasa y catalasa negativa, no esporulado, inmóvil, pleomórfico que requiere un medio enriquecido para crecer.³⁴

A veces no se decolora y parecen bacilos diferiformes. Es beta hemolítico en su crecimiento en agar sangre humana. Por sus fimbrias de adherencia se adhiere a las células vaginales.³⁸

En la VB aparecen bacterias anaerobias intermitentes y *Mycoplasma hominis*. Poseen decarboxilasas y aminopeptidasas que utilizan los productos de degradación proteica y transforman los aminoácidos producidos (lisina, ornitina y arginina) en aminas (trimetilamina, putrescina y cadaverina) responsables de la fetidez. Estas aminas aumentan el pH vaginal (por encima de 4,5) dificultando aún más la producción de *Lactobacillus*.²⁹

Diagnóstico: Ya descritas las características del flujo, al mismo se le realiza el examen de pH, el cual nos da como resultado pH alcalino. También se realiza la prueba de hidróxido de potasio (test de Fish) donde se revela la fuerte presencia de aminas. Microscópicamente en función de Gram Nicolle se hace la búsqueda de células guías o clue cells, cuya presencia es el signo más sensible y específico para el diagnóstico. Se trata de células epiteliales granuladas con acúmulos de bacterias fijas a su superficie de tal manera que sus bordes se oscurecen. No hay predominancia de leucocitos (de ahí la denominación de vaginosis). En el extendido coloreado se destaca la presencia de bacilos Gram negativos con ausencia de *Lactobacillus*, los cuales predomina normalmente en la flora vaginal. La metodología diagnóstica se constituyó en los llamados criterios de Amsel y de Nugent.^{3, 33}

Criterios de Amsel:

- Flujo vaginal homogéneo abundante, blanco grisáceo, con pequeñas burbujas
- pH mayor de 4.5, aunque actualmente se acepta que es mejor considerar como positivo al pH mayor de 5, debido a que las tiras reactivas comerciales no traen fracciones de unidad, solo números enteros
- Prueba de hidróxido de potasio positiva. Se agrega el hidróxido a la secreción obtenida mediante hisopo, en caso de existir aminas, se libera una enorme cantidad de gas de olor aminado (a pescado). Se sabe que las principales aminas que hay en el flujo vaginal de una paciente con VB son putrescina, cadaverina, y las más abundante, trimetilamina.

•Presencia de células clave, guías o pistas. Existe una gran cantidad de anaerobios que se adhieren a la superficie de las células maduras de descamación del epitelio vaginal y exocervical (epitelio plano estratificado sin estrato corneo).^{29, 31, 39}

Para definir la entidad clínica de VB, deben estar presentes tres de los criterios recién mencionados.

Criterios de Nugent:

En este método se realiza recuento de los morfotipos correspondientes a:

- Bacilos Gram positivos (*Lactobacillus spp.*)
- Bacilos Gram negativos pequeños (*Gv, Porphyromonas spp/ Prevotella spp.*)
- Bacilos pequeños curvos Gram variables (*Mobiluncus spp.*)

Este criterio permite catalogar las muestras con puntajes que oscilan entre 0 y 10 otorgándole mayor valor a un bajo recuento de bacilos Gram positivos y a un elevado recuento de bacilos pequeños Gram negativos y Gram variables. De esta manera, una muestra es diagnosticada con VB cuando el puntaje total obtenido es igual o superior a 7; corresponde a un estado intermedio cuando el puntaje total oscila entre 4 y 6 y una muestra es considerada normal al obtener un puntaje total de 0 a 3.⁴⁰

Candidiasis vaginal

Generalidades: la candidiasis mucocutánea entre otras manifestaciones comprende la vaginitis y la vulvogaginitis. Ciertas condiciones hacen que esta infección sea más frecuente; es el caso de la diabetes, enfermedades debilitantes, el propio embarazo, los antibióticos, los corticoides, los anticonceptivos orales, prendas interiores muy ajustadas pueden tener el riesgo de infección por levaduras a causa de mayor temperatura y humedad y / o de la irritación directa.^{3, 41}

En la mayoría de los casos se manifiesta con intenso prurito vulvar acompañado de síntomas urinarios. Debido al mismo, el área genital aparece inflamada, enrojecida y tumefacta. El exudado es blanco y espeso formando seudomembranas que se adhieren a la pared vaginal.^{31, 42}

Las características macroscópicas típicas no siempre están presentes. Algunos cuadros de candidiasis vulvovaginal por el aspecto de las secreciones, corresponden a flora habitual u otra patología, confundiendo el diagnóstico de la candidiasis.²⁹

La forma más común de candidiasis es la infección de la piel y de las mucosas. En los tejidos afectados, el hongo se detecta en su forma levaduriforme y micelial. El carácter invasivo de éste último viene dado por la mayor facilidad de las hifas para penetrar en los tejidos y su mayor resistencia a la fagocitosis destacándose el fenómeno de adherencia.³⁴

Epidemiológicamente cerca del 75 % de las mujeres tienen un episodio de vaginitis por cándida en su vida y las recidivas son muy frecuentes.^{36, 37}

Se considera un agente endógeno con o sin sintomatología y con capacidad de transmisibilidad sexual. En base a esto se considera la posibilidad de infecciones cruzadas. Son las mujeres las más afectadas de vulvovaginitis. En los varones se encuentran manifestaciones clínicas (balanopostitis). Si la mujer posee candidiasis vulvovaginal la colonización por cándida es cuatro veces más frecuente en su pareja masculina.^{33, 43}

Está ampliamente distribuido en el medio ambiente, puede originar infecciones de diferente localización y gravedad, generalmente asociada a situaciones favorecedoras por parte del huésped.³⁴

Supone aproximadamente un tercio de todas las vaginitis en mujeres en edad fértil, aunque también pueden aparecer en niñas y mujeres posmenopáusicas. Como ya se mencionó no suele tener la consideración de ITS pero se ha demostrado la transmisibilidad sexual, y se observa que la máxima frecuencia en los episodios, ocurre cuando las mujeres tienen actividad sexual.³⁶

Características del agente causante: la *Cándida* es una levadura que se encuentra en el ser humano presentando diferentes fases fenotípicas: como hongos filamentosos (seudohifas) o como levaduras. Los blastosporos son los responsables de la colonización vaginal asintomática, como de la transmisión y de la producción de micelios, siendo la forma invasora de la enfermedad sintomática.^{29, 33}

Diagnóstico: se basa en el examen microscópico del exudado y cultivo en medio de Sabouraud al que se le incorporan antibióticos para inhibir el crecimiento de la flora bacteriana acompañante. Las colonias de *Candida spp* se desarrollan en 24-48 horas. Tienen un aspecto característico que permite en el cultivo diferenciarlas de las producidas por bacterias. La microscopía aporta datos al diagnóstico en más del 50% de los casos. No es posible, por su aspecto microscópico, distinguir unas especies de otras.

La respuesta inflamatoria es impredecible en esta patología. Los cultivos pueden obviarse si se observan blastosporos, seudomicelios o hifas en fresco. Si no se observan debe cultivarse, lo cual también permite llegar a la identificación de género y especie.

Es importante la correlación entre la clínica, la microscopía y los hallazgos culturales, ya que un cultivo positivo no siempre indica que la *Cándida* es responsable del cuadro.

El pH es < 4,5 con test de aminas negativo. Por lo tanto, la demostración de un pH normal en una mujer con signos y síntomas de vaginitis sugiere candidiasis.^{29, 31, 41}

Trichomoniasis

Generalidades: se caracteriza por una intensa vaginitis con un particular exudado copioso y mal oliente con un pH entre 5 y 7. Las SV pueden variar desde blanca y serosa hasta espesa y verde. Este exudado puede ir acompañado de un cuadro de inflamación con prurito vulvar, cistitis y disuria. El cuello uterino puede estar muy comprometido, asociándose frecuentemente hemorragia postcoital con cervicitis trichomoniásica.^{31, 35, 43}

Infecta preferentemente vagina, uretra, endocérvix, vejiga, en edad reproductiva, con múltiple sintomatología. Asintomático en el 25- 50 % de los casos. La ubicación típica de éstos parásitos es la vagina y la próstata, no pudiendo sobrevivir fuera del sistema urogenital. El efecto patógeno se produce tanto por irritación mecánica como por producción de sustancias tóxicas. En mujeres con clínica de ITS su incidencia es de cerca del 40%.^{34, 42}

A nivel local se sabe que la flora microbiana esta condicionada por *Lactobacillus*.

Tv sustrae el glucógeno de las células epiteliales impidiendo de esta manera que los *Lactobacillus* puedan transformar el glucógeno en ácido láctico, por ende no pudiéndose mantener un pH ácido. Con pH alcalino favorece el desarrollo del parásito. También influyen factores hormonales.³⁵

La fuente de infección es exclusivamente humana. Se lo observa en secreciones vaginales, cervicales y seminales.

Epidemiológicamente es mucho más frecuentes en mujeres que en varones. Tanto el varón como la mujer pueden ser portadores sin sintomatología. El mecanismo de transmisión es por contacto sexual, y menos probablemente por agua, toallas, etc. Las niñas pueden contagiarse en el momento de nacer debido a que los primeros días de vida el pH de la vagina es alcalino.^{36, 41}

Características del agente causante: la *Tv* es un protozoo flagelado de distribución muy amplia que no adopta la forma quística. Es móvil y sensible a los agentes externos, aunque resiste algunas horas en ambientes húmedos. Esta forma vegetativa lábil muere con pH inadecuado. Al no existir forma quística el contagio es por contacto directo, generalmente sexual.³⁸

En cuanto al ciclo biológico se puede decir que el período de incubación de la infección abarca de 4-20 días siendo transmitida por vía sexual. Es asintomático conservándose los *Lactobacillus*, con poca reacción inflamatoria, a medida que avanza la enfermedad estos parámetros se invierten con disminución de los mismos y aumento de leucocitos y de *Tv*.^{29, 33}

Diagnóstico: se realiza por observación microscópica de los trofozoitos en el exudado vaginal de la mujer y en exudado uretral o sedimento urinario del hombre. El estudio puede efectuarse en fresco o bien por tinción de Giemsa o mediante tinciones especiales. La observación en fresco es una técnica muy satisfactoria al permitir la fácil detección de *Tv* debido a su gran movilidad, lo que se logra en el 80 a 90% de los casos. Lo más sensible es el cultivo, aunque no práctico (requiere medios especiales). Existen medios de cultivo selectivos generalmente con suero, hidrolizado de caseína y antibióticos, que se incuban a 35-37° C y permiten su crecimiento en 24-48 hs.

La inmunofluorescencia directa con anticuerpos monoclonales, hace el diagnóstico en un 86% de los casos, aunque se le reconoce un futuro promisorio como complemento diagnóstico.^{29, 41}

Material y métodos

Se llevó adelante un estudio de tipo epidemiológico descriptivo, de corte transversal.

Se efectuó análisis microbiológico del flujo vaginal de 60 mujeres en edad fértil que concurren a la consulta ginecológica en el Centro de Salud nº 27 “Ramón Carrillo” de la ciudad de Rosario, durante el período comprendido entre agosto y noviembre del año 2008. Quienes asisten pertenecen en su mayoría a familias de nivel socio-económico medio y bajo, sin cobertura de Obras Sociales, mutuales o medicina pre-paga.

En el momento de la extracción de la muestra se realizó una entrevista individual, cuya finalidad fue recabar información sobre su conducta sexual, hábitos de higiene, antecedentes gineco-obstétrico y aspectos socioeconómicos del paciente. Estos datos fueron volcados a fichas pre-elaboradas. (Ver anexo N° 1)

La entrevista y la toma de muestra del fondo de saco posterior de la vagina se efectuaron con previo consentimiento informado de las participantes.

Criterios de Inclusión:

- ✓ Mujeres en edad fértil, con o sin sintomatología que asisten a la consulta ginecológica.

Criterios de exclusión

- ✓ Sangrado por vía vaginal
- ✓ Tratamiento antibiótico
- ✓ Tópicos vaginales en las últimas 72 horas

Se realizó estudio microbiológico de SV indagando VB, candidiasis y trichomoniasis.

Una vez obtenida la toma de muestra de fondo de saco vaginal, mediante hisopo de dacron, se colocó en medio de transporte Stuart, hasta su traslado al laboratorio bacteriológico del Hospital Español de la ciudad de Rosario. Las muestras se procesaron manteniendo criterios adecuados para ello. Se tomó

el pH de la secreción vaginal y se efectuó examen en fresco para visualizar levaduras, trozofoitos y bacterias móviles, así como células guías (clue cells). Se efectuó extendido para coloración de Gram Nicolle para determinar el Score de Nugent.

Se sembró en agar glucosado de Saboraud con antimicrobianos.

En relación a las entrevistas, con los datos obtenidos se analizaron las siguientes variables:

a- Variables demográficas:

- Edad: en años cumplidos al momento de la entrevista.
- Grado de instrucción: primario, secundario, terciario, universitario, completo o incompleto.
- Ocupación: especificando actividad laboral.
- Tipo de vivienda: de material o de chapas.

b- Variables Ginecológicas:

- Sexuales:
 - Vida sexual activa: sí - no.
 - Vínculo sexual: heterosexual - homosexual.
 - Número de coitos semanales: menos de 5 coitos semanales - más de 5 coitos semanales.
 - Pareja/s en el último año: la misma pareja - distintas parejas sexuales.
- Anticoncepción
 - DIU: sí - no.
 - Anticonceptivos orales o inyectables: sí - no.
 - Uso de profiláctico:
- Usos y costumbres
 - Uso de bidet: sí - no.
 - Uso de duchas vaginales: sí - no.
 - Uso de apósitos: sí - no.

- Uso de tampones: sí - no.
- Uso de desodorantes vaginales: sí - no.

c- Variables obstétricas:

- Embarazos a término: ninguno, 1 – más de uno
- Abortos: naturales - inducidos.

d- Variables Vulvovaginales:

- Presencia de flujo vaginal anormal: sí - no
- Características del flujo vaginal: especificando las características relacionadas al color, olor, consistencia y cantidad de flujo vaginal, así como síntomas acompañantes (prurito).
- Presencia o ausencia de: vaginosis bacteriana, tricomoniasis, candidiasis.

Los datos obtenidos se volcaron en una base de datos de Microsoft Excel. Los datos se tabularon para su presentación (ver anexo). Para su análisis se confeccionaron tablas y gráficos. Se utilizaron medidas de resumen de tendencia central (media aritmética, mediana, modo) y de dispersión (desvío estándar), técnicas estadísticas descriptivas (distribuciones de frecuencias, promedios, porcentajes) e inferenciales (prueba exacta de Fisher y prueba de Chi cuadrado).

Resultados

a) Antecedentes demográficos

- **Edad**

La población estudiada presenta una edad promedio de 27,1 años ($\pm 7,7$ años), con una mediana de 25 años y un modo de 24 años.

Tabla 1: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la edad de la población estudiada.

Edad		
	f	%
< 20 años	8	13,3%
20 a 29 ños	36	60,0%
30 a 39 años	10	16,7%
40 a 49 años	5	8,3%
= 50 años	1	1,7%
Total	60	

Del total de la población estudiada (n=60), el 60% corresponde al intervalo de 20 a 29 años; el 16,7% al intervalo de 30 a 39 años; el 13,3% al intervalo de menos de 20 años; el 8,3% al intervalo de 40 a 49 años y el 1,7% al intervalo de 50 años o más.

- **Grado de instrucción**

Tabla 2: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del grado de instrucción de la población estudiada.

Grado de instrucción		
	f	%
primario incompleta	4	6,7%
primario completa	27	45,0%
secundario incompleta	0	0,0%
secundario completa	17	28,3%
terciario incompleta	0	0,0%
terciario completa	3	5,0%
universitario incompleta	8	13,3%
universitario completo	1	1,7%
Total	60	

El 45% corresponde a primario completo; el 28,3% a secundario completo; el 13,3% a universitario incompleto; el 6,7% a primario incompleto; el 5% a terciario completo y el 1,7% a universitario completo.

- **Ocupación**

Tabla 3: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la ocupación de la población estudiada.

Ocupación		
	f	%
ama de casa	25	41,7%
empleada	21	35,0%
estudiante	11	18,3%
comerciante	2	3,3%
desempleada	1	1,7%
Total	60	

El 41,7% corresponde a amas de casa; el 35% a empleadas; el 18,3% a estudiantes; el 3,3% a comerciantes y el 1,7% a desempleadas.

- **Tipo de vivienda**

Tabla 4: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del tipo de vivienda de la población estudiada.

Tipo de vivienda		
	f	%
material	58	96,7%
chapas	2	3,3%
Total	60	

El 96,7% de la población habita en viviendas de material y el 3,3% en viviendas de chapas.

b) Variables ginecológicas

- **Sexuales**

- **Vida sexual activa**

La totalidad de la población estudiada refiere tener vida sexual activa.

- **Vínculo sexual**

La totalidad de la población estudiada refiere tener vínculo de tipo heterosexual.

- **Número de coitos semanales**

Tabla 5: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del número de coitos semanales en la población estudiada.

Número de coitos semanales		
	f	%
menos de 5	28	46,7%
más de 5	32	53,3%
Total	60	

El 53,3% de la población refiere tener más de 5 coitos semanales y el 46,7% refiere menos de 5 coitos semanales.

- **Pareja/s sexuales en el último año**

Tabla 6: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la cantidad de parejas sexuales que tuvo en el último año la población estudiada.

Pareja/s en el último año		
	f	%
Misma pareja	49	81,7%
Distintas parejas	11	18,3%
Total	60	

El 81,7% de la población refiere haber tenido la misma pareja sexual durante el último año y el 18,3% refiere haber tenido distintas parejas sexuales durante el último año.

- **Anticoncepción**

Del total de la población estudiada (n=60), el 88,3% (53 casos) refieren utilizar algún tipo de anticoncepción.

Tabla 7: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del tipo de anticoncepción utilizada por la población estudiada.

Anticoncepción (n=53)		
	f	%
Uso de DIU	11	20,8%
Uso de ACO o inyectables	37	69,8%
Uso de profilácticos	7	13,2%

Del total de la población que refiere el uso de anticoncepción (n=53), el 69,8% refiere utilizar anticonceptivos orales o inyectables; el 20,8% DIU y el 13,2% profilácticos.

- **Usos y costumbres**

Tabla 8: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de usos y costumbres de la población estudiada.

Usos y costumbres (n=60)		
	f	%
Uso de bidet	36	60,0%
Uso de duchas vaginales	30	50,0%
Uso de apósitos	37	61,7%
Uso de tampones	25	41,7%
Uso de desodorantes vaginales	0	0,0%

Del total de la población estudiada (n=60), el 61,7% refiere el uso de apósitos; el 60% el uso de bidet; el 50% el uso de duchas vaginales y el 41,7% el uso de tampones. No se registró casos de uso de desodorantes vaginales.

c) Variables obstétricas

• Embarazos a término

Tabla 9: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la cantidad de embarazos a término en la población estudiada.

Embarazos a término		
	f	%
ningún hijo	31	51,7%
1 o más	29	48,3%
Total	60	

El 51,7% refiere no tener hijos y el 48,3% refiere tener 1 o más embarazos a término.

• Abortos

Tabla 10: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la cantidad de abortos en la población estudiada.

Abortos		
	f	%
ninguno	51	85,0%
naturales	8	13,3%
inducidos	1	1,7%
Total	60	

El 85% de la población refiere no haber tenido abortos; el 13,3% refiere haber tenido al menos un aborto natural y el 1,7% al menos un aborto inducido.

d) Variables vulvovaginales

- *Presencia de flujo vaginal anormal*

Tabla 11: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la presencia de flujo vaginal anormal en la población estudiada.

Presencia de flujo anormal		
	f	%
sí	35	58,3%
no	25	41,7%
Total	60	

El 58,3% de la población refiere presencia de flujo vaginal anormal.

- *Características del flujo vaginal*

Tabla 12: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de las características del flujo vaginal en la población estudiada.

Características del flujo		
	f	%
leucorrea	13	37,1%
cambio de color	13	37,1%
cambio de olor	8	22,9%
prurito	3	8,6%
cambio en la consistencia	2	5,7%
no refiere	9	25,7%
Total	35	

Del total de la población que refiere flujo vaginal anormal (n=35), el 37,1% refiere leucorrea; el 37,1% cambio de color; el 22,9% cambio de olor; el 8,6% prurito; el 5,7% cambio en la consistencia (grumoso) y el 25,7% no refiere las características del flujo a normal.

- **Presencia de vaginosis bacteriana, trichomoniasis y candidiasis**

Del total de la población estudiada (n=60), el 56,7% (34 casos) presenta vaginosis bacteriana, candidiasis o tricomoniasis.

Tabla 13: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la presencia de candidiasis, vaginosis bacteriana y tricomoniasis en la población estudiada.

Presencia de:		
	f	%
Candidiasis	16	47,1%
Vaginosis bacteriana	17	50,0%
Tricomoniasis	1	2,9%
Total	34	

Del total de la población estudiada que presenta alguna patología (n=34), el 50% presenta vaginosis bacteriana; el 47,1% candidiasis y el 2,9% tricomoniasis.

Análisis bivariado

❖ Vaginosis bacteriana y edad

Tabla 14: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la vaginosis bacteriana en relación a la edad de la población estudiada.

Vaginosis bacteriana y edad				
	con vaginosis bacteriana		sin vaginosis bacteriana	
	f	%	f	%
< 20 años	2	11,8%	6	14,0%
20 a 29 años	9	52,9%	27	62,8%
30 a 39 años	3	17,6%	7	16,3%
40 a 49 años	3	17,6%	2	4,7%
= 50 años	0	0,0%	1	2,3%
Total	17		43	

Del total de mujeres con vaginosis bacteriana (n=17), el 52,9% corresponde al intervalo de 20 a 29 años; el 17,6% de 30 a 39 años; el 17,6% de 40 a 49 años y el 11,8% de menos de 20 años.

Del total de mujeres sin vaginosis bacteriana (n=43), el 62,8% corresponde al intervalo de 20 a 29 años; el 16,3% de 30 a 39 años; el 14% de menos de 20 años; el 4,7% de 40 a 49 años y el 2,3% de 50 años o más.

❖ Vaginosis bacteriana y grado de instrucción

Tabla 15: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la vaginosis bacteriana en relación al grado de instrucción de la población estudiada.

Vaginosis bacteriana y grado de instrucción				
	con vaginosis bacteriana		sin vaginosis bacteriana	
	f	%	f	%
primaria incompleta	1	5,9%	3	7,0%
primaria completa	8	47,1%	19	44,2%
secundaria incompleta	0	0,0%	0	0,0%
secundaria completa	7	41,2%	10	23,3%
terciaria incompleta	0	0,0%	0	0,0%
terciaria completa	1	5,9%	2	4,7%
universitaria incompleta	0	0,0%	8	18,6%
universitaria completa	0	0,0%	1	2,3%
Total	17		43	

Del total de mujeres con vaginosis bacteriana (n=17), el 47,1% corresponde a primaria completa; el 41,2% a secundaria completa; el 5,9% a primaria incompleta y el 5,9% a terciaria completa.

Del total de mujeres sin vaginosis bacteriana (n=43), el 44,2% corresponde a primaria completa; el 23,3% a secundaria completa; el 18,6% a universitaria incompleta; el 7% a primaria incompleta; el 4,7% a terciaria completa y el 2,3% a universitaria completa.

❖ Vaginosis bacteriana y ocupación

Tabla 16: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la vaginosis bacteriana en relación a la ocupación de la población estudiada.

Vaginosis bacteriana y ocupación				
	con vaginosis bacteriana		sin vaginosis bacteriana	
	f	%	f	%
ama de casa	5	29,4%	20	46,5%
empleada	9	52,9%	12	27,9%
estudiante	2	11,8%	9	20,9%
comerciante	1	5,9%	1	2,3%
desempleada	0	0,0%	1	2,3%
Total	17		43	

Del total de mujeres con vaginosis bacteriana (n=17), el 52,9% corresponde a empleada; el 29,4% a ama de casa; el 11,8% a estudiante y el 5,9% a comerciante.

Del total de mujeres sin vaginosis bacteriana (n=43), el 46,5% corresponde a ama de casa; el 27,9% a empleada; el 20,9% a estudiante; el 2,3% a comerciante y el 2,3% a desempleada.

❖ Vaginosis bacteriana y número de coitos semanales

Tabla 17: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la vaginosis bacteriana en relación al número de coitos semanales en la población estudiada.

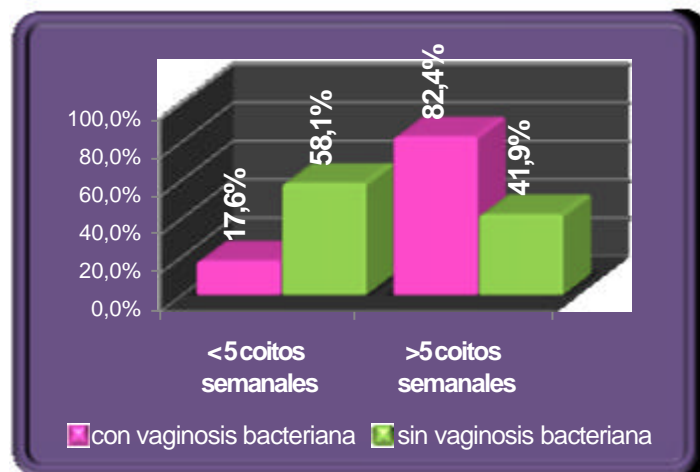
Vaginosis bacteriana y número de coitos semanales				
	con vaginosis bacteriana		sin vaginosis bacteriana	
	f	%	f	%
< 5 coitos semanales	3	17,6%	25	58,1%
>5 coitos semanales	14	82,4%	18	41,9%
Total	17		43	

Del total de mujeres con vaginosis bacteriana (n=17), el 82,4% refiere más de 5 coitos semanales y el 17,6% menos de 5 coitos semanales.

Del total de mujeres sin vaginosis bacteriana (n=43), el 58,1% refiere menos de 5 coitos semanales y el 41,9% más de 5 coitos semanales.

La relación entre presencia de vaginosis bacteriana y número de coitos semanales es altamente significativa ($p=0,001$). Es decir, que las mujeres que refieren más de 5 coitos semanales tienen mayor probabilidad de presentar vaginosis bacteriana que las mujeres que refieren menos de 5 coitos semanales.

Gráfico 1: distribución de las frecuencias relativas de la vaginosis bacteriana en relación al número de coitos semanales en la población estudiada.



❖ Vaginosis bacteriana y pareja/s en el último año

Tabla 18: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la vaginosis bacteriana en relación a pareja/s en el último año en la población estudiada.

Vaginosis bacteriana y pareja/s en el último año				
	con vaginosis bacteriana		sin vaginosis bacteriana	
	f	%	f	%
misma pareja	12	70,6%	37	86,0%
distintas parejas	5	29,4%	6	14,0%
Total	17		43	

Del total de mujeres con vaginosis bacteriana (n=17), el 70,6% refiere misma pareja en el último año y el 29,4% distintas parejas en el último año.

Del total de mujeres sin vaginosis bacteriana (n=43), el 86% refiere misma pareja en el último año y el 14% distintas parejas en el último año.

❖ Vaginosis bacteriana y uso de DIU

Tabla 19: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la vaginosis bacteriana en relación al uso de DIU en la población estudiada.

Vaginosis bacteriana y uso de DIU				
	con vaginosis bacteriana		sin vaginosis bacteriana	
	f	%	f	%
uso de DIU	4	23,5%	7	16,3%
sin uso de DIU	13	76,5%	36	83,7%
Total	17		43	

Del total de mujeres con vaginosis bacteriana (n=17), el 76,5% refiere no usar DIU y el 23,5% refiere el uso de DIU.

Del total de mujeres sin vaginosis bacteriana (n=43), el 83,7% refiere no usar DIU y el 16,3% refiere el uso de DIU.

❖ Vaginosis bacteriana y uso de ACO o inyectables

Tabla 20: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la vaginosis bacteriana en relación al uso de ACO o inyectables en la población estudiada.

Vaginosis bacteriana y uso de ACO o inyectables				
	con vaginosis bacteriana		sin vaginosis bacteriana	
	f	%	f	%
uso de ACO o inyectables	10	58,8%	27	62,8%
no uso de ACO o inyectables	7	41,2%	16	37,2%
Total	17		43	

Del total de mujeres con vaginosis bacteriana (n=17), el 58,8% refiere usar ACO o inyectables y el 41,2% refiere no usarlos.

Del total de mujeres sin vaginosis bacteriana (n=43), el 62,8% refiere usar ACO o inyectables y el 37,2% refiere no usarlos.

❖ Vaginosis bacteriana y uso de profilácticos

Tabla 21: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la vaginosis bacteriana en relación al uso de profilácticos en la población estudiada.

Vaginosis bacteriana y uso de profilácticos				
	con vaginosis bacteriana		sin vaginosis bacteriana	
	f	%	f	%
uso de profilácticos	3	17,6%	4	9,3%
no uso de profilácticos	14	82,4%	39	90,7%
Total	17		43	

Del total de mujeres con vaginosis bacteriana (n=17), el 82,4% refiere no usar profilácticos y el 17,6% refiere usarlos.

Del total de mujeres sin vaginosis bacteriana (n=43), el 90,7% refiere no usar profilácticos y el 9,3% refiere usarlos.

❖ **Vaginosis bacteriana y uso de bidet**

Tabla 22: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la vaginosis bacteriana en relación al uso de bidet en la población estudiada.

Vaginosis bacteriana y uso de bidet				
	con vaginosis bacteriana		sin vaginosis bacteriana	
	f	%	f	%
Uso de bidet	12	70,6%	24	55,8%
No uso de bidet	5	29,4%	19	44,2%
Total	17		43	

Del total de mujeres con vaginosis bacteriana (n=17), el 70,6% refiere usar bidet y el 29,4% refiere no usarlo.

Del total de mujeres sin vaginosis bacteriana (n=43), el 55,8% refiere usar bidet y el 44,2% refiere no usarlo.

❖ Vaginosis bacteriana y uso de duchas vaginales

Tabla 23: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la vaginosis bacteriana en relación al uso de duchas vaginales en la población estudiada.

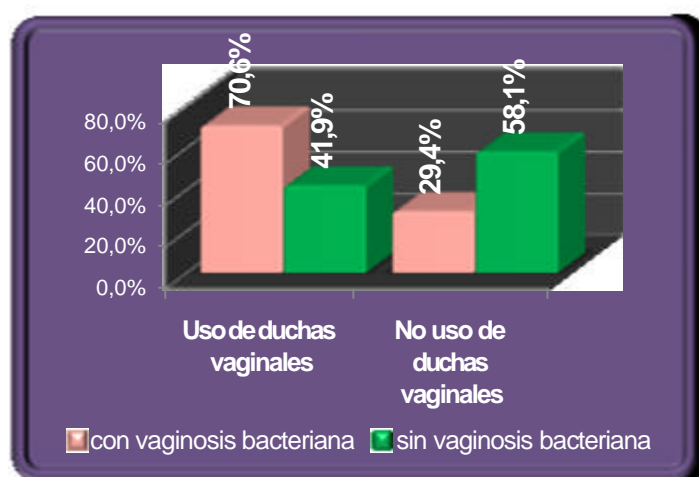
Vaginosis bacteriana y uso de duchas vaginales				
	con vaginosis bacteriana		sin vaginosis bacteriana	
	f	%	f	%
Uso de duchas vaginales	12	70,6%	18	41,9%
No uso de duchas vaginales	5	29,4%	25	58,1%
Total	17		43	

Del total de mujeres con vaginosis bacteriana (n=17), el 70,6% refiere usar duchas vaginales y el 29,4% refiere no usarla.

Del total de mujeres sin vaginosis bacteriana (n=43), el 58,1% refiere no usar duchas vaginales y el 41,9% refiere usarla.

La relación entre presencia de vaginosis bacteriana y uso de duchas vaginales es muy significativa ($p=0,05$). Es decir, que las mujeres que refieren usar duchas vaginales tienen mayor probabilidad de presentar vaginosis bacteriana que las mujeres que no las usan.

Gráfico 2: distribución de las frecuencias relativas de la vaginosis bacteriana en relación al uso de duchas vaginales en la población estudiada.



❖ Vaginosis bacteriana y uso de apósitos

Tabla 24: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la vaginosis bacteriana en relación al uso de apósitos en la población estudiada.

Vaginosis bacteriana y uso de apósitos				
	con vaginosis bacteriana		sin vaginosis bacteriana	
	f	%	f	%
Uso de apósitos	12	70,6%	25	58,1%
No uso de apósitos	5	29,4%	18	41,9%
Total	17		43	

Del total de mujeres con vaginosis bacteriana (n=17), el 70,6% refiere usar apósitos y el 29,4% refiere no usarlos.

Del total de mujeres sin vaginosis bacteriana (n=43), el 58,1% refiere usar apósitos y el 41,9% refiere no usarlos.

❖ Vaginosis bacteriana y uso de tampones

Tabla 25: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la vaginosis bacteriana en relación al uso de tampones en la población estudiada.

Vaginosis bacteriana y uso de tampones				
	con vaginosis bacteriana		sin vaginosis bacteriana	
	f	%	f	%
Uso de tampones	9	52,9%	16	37,2%
No uso de tampones	8	47,1%	27	62,8%
Total	17		43	

Del total de mujeres con vaginosis bacteriana (n=17), el 52,9% refiere usar tampones y el 47,1% refiere no usarlos.

Del total de mujeres sin vaginosis bacteriana (n=43), el 62,8% refiere no usar tampones y el 37,2% refiere usarlos.

❖ **Vaginosis bacteriana y presencia de flujo anormal**

Tabla 26: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la vaginosis bacteriana en relación a la presencia de flujo anormal en la población estudiada.

Vaginosis bacteriana y presencia de flujo anormal				
	con vaginosis bacteriana		sin vaginosis bacteriana	
	f	%	f	%
Presencia de flujo anormal	10	58,8%	25	58,1%
Ausencia de flujo anormal	7	41,2%	18	41,9%
Total	17		43	

Del total de mujeres con vaginosis bacteriana (n=17), el 58,8% refiere presencia de flujo anormal y el 41,2% refiere ausencia de flujo anormal.

Del total de mujeres sin vaginosis bacteriana (n=43), el 58,1% refiere presencia de flujo anormal y el 41,9% refiere ausencia de flujo anormal.

❖ Vaginosis bacteriana y características del flujo anormal

Tabla 27: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la vaginosis bacteriana en relación a las características del flujo anormal en la población estudiada.

Vaginosis bacteriana y características del flujo anormal				
	con vaginosis bacteriana		sin vaginosis bacteriana	
	f	%	f	%
leucorrea	1	5,9%	12	27,9%
cambio de color	3	17,6%	10	23,3%
cambio de olor	6	35,3%	2	4,7%
prurito	0	0,0%	3	7,0%
cambio en la consistencia	0	0,0%	2	4,7%
no refiere	2	11,8%	7	16,3%
Total	17		43	

Del total de mujeres con vaginosis bacteriana (n=17), el 35,3% refiere cambio de olor; el 17,6% cambio de color; el 11,8% no refiere cambios y el 5,9% refiere leucorrea.

Del total de mujeres sin vaginosis bacteriana (n=43), el 27,9% refiere leucorrea; el 23,3% cambio de color; el 16,3% no refiere cambios; el 7% refiere prurito; el 4,7% cambio de olor y el 4,7% cambio en la consistencia.

❖ Vaginosis bacteriana y embarazos a término

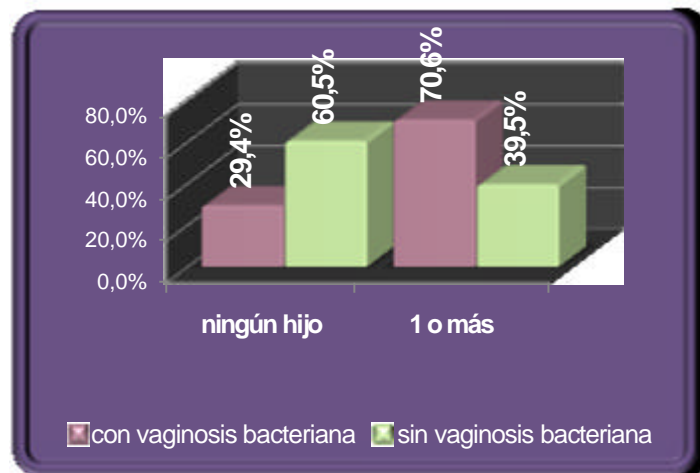
Tabla 28: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la vaginosis bacteriana en relación a los embarazos a término en la población estudiada.

Vaginosis bacteriana y embarazos a término				
	con vaginosis bacteriana		sin vaginosis bacteriana	
	f	%	f	%
ningún hijo	5	29,4%	26	60,5%
1 o más	12	70,6%	17	39,5%
Total	17		43	

Del total de mujeres con vaginosis bacteriana (n=17), el 70,6% refiere 1 o más hijos y el 29,4% ningún hijo.

Del total de mujeres sin vaginosis bacteriana (n=43), el 60,5% refiere ningún hijo y el 39,5% 1 o más hijos.

Gráfico 3: distribución de las frecuencias relativas de la vaginosis bacteriana en relación a los embarazos a término en la población estudiada.



❖ Vaginosis bacteriana y abortos

Tabla 29: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la vaginosis bacteriana en relación a los abortos en la población estudiada.

Vaginosis bacteriana y abortos				
	con vaginosis bacteriana		sin vaginosis bacteriana	
	f	%	f	%
aborto natural	4	23,5%	4	9,3%
sin aborto natural	13	76,5%	39	90,7%
Total	17		43	

Del total de mujeres con vaginosis bacteriana (n=17), el 76,5% refiere no tener antecedentes de abortos naturales y el 23,5% refiere antecedente de al menos 1 aborto natural.

Del total de mujeres sin vaginosis bacteriana (n=43), el 90,7% refiere no tener antecedentes de abortos naturales y el 9,3% refiere antecedente de al menos 1 aborto natural.

❖ Candidiasis y edad

Tabla 30: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la candidiasis en relación a la edad en la población estudiada.

Candidiasis y edad				
	con candidiasis		sin candidiasis	
	f	%	f	%
< 20 años	2	12,5%	6	13,6%
20 a 29 ños	11	68,8%	25	56,8%
30 a 39 años	2	12,5%	8	18,2%
40 a 49 años	1	6,3%	4	9,1%
= 50 años	0	0,0%	1	2,3%
Total	16		44	

Del total de mujeres con candidiasis (n=16), el 68,8% corresponde al intervalo de 20 a 29 años; el 12,5% a menos de 20 años; el 12,5% de 30 a 39 años y el 6,3% de 40 a 49 años.

Del total de mujeres sin candidiasis (n=44), el 56,8% corresponde al intervalo de 20 a 29 años; el 18,2% de 30 a 39 años; el 13,6% menos de 20 años; el 9,1% de 40 a 49 años y el 2,3% de 50 años o más.

❖ Candidiasis y grado de instrucción

Tabla 31: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la candidiasis en relación al grado de instrucción en la población estudiada.

Candidiasis y grado de instrucción				
	con candidiasis		sin candidiasis	
	f	%	f	%
primaria incompleta	2	12,5%	2	4,5%
primaria completa	7	43,8%	20	45,5%
secundaria incompleta	0	0,0%	0	0,0%
secundaria completa	2	12,5%	15	34,1%
terciaria incompleta	0	0,0%	0	0,0%
terciaria completa	0	0,0%	3	6,8%
universitaria incompleta	5	31,3%	3	6,8%
universitaria completa	0	0,0%	1	2,3%
Total	16		44	

Del total de mujeres con candidiasis (n=16), el 43,8% corresponde a primaria completa; el 31,3% a universitaria incompleta; el 12,5% a primaria incompleta y el 12,5% a secundaria completa.

Del total de mujeres sin candidiasis (n=44), el 45,5% corresponde a primaria completa; el 34,1% a secundaria completa; el 6,8% a terciaria completa; el 6,8% a universitaria incompleta; el 4,5% a primaria incompleta y el 2,3% a universitaria completa.

❖ Candidiasis y ocupación

Tabla 32: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la candidiasis en relación a la ocupación en la población estudiada.

Candidiasis y ocupación				
	con candidiasis		sin candidiasis	
	f	%	f	%
ama de casa	7	43,8%	18	40,9%
empleada	5	31,3%	16	36,4%
estudiante	4	25,0%	7	15,9%
comerciante	0	0,0%	2	4,5%
desempleada	0	0,0%	1	2,3%
Total	16		44	

Del total de mujeres con candidiasis (n=16), el 43,8% corresponde a ama de casa; el 31,3% a empleada y el 25% a estudiante.

Del total de mujeres sin candidiasis (n=44), el 40,9% corresponde a ama de casa; el 36,4% a empleada; el 15,9% a estudiante; el 4,5% a comerciante y el 2,3% a desempleada.

❖ Candidiasis y número de coitos semanales

Tabla 33: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la candidiasis en relación al número de coitos semanales en la población estudiada.

Candidiasis y número de coitos semanales				
	con candidiasis		sin candidiasis	
	f	%	f	%
< 5 coitos semanales	10	62,5%	18	40,9%
>5 coitos semanales	6	37,5%	26	59,1%
Total	16		44	

Del total de mujeres con candidiasis (n=16), el 62,5% refiere menos de 5 coitos semanales y el 37,5% más de 5 coitos semanales.

Del total de mujeres sin candidiasis (n=44), el 59,1% refiere más de 5 coitos semanales y el 40,9% menos de 5 coitos semanales.

❖ Candidiasis y pareja/s en el último año

Tabla 34: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la candidiasis en relación a pareja/s en el último año en la población estudiada.

Candidiasis y pareja/s en el último año				
	con candidiasis		sin candidiasis	
	f	%	f	%
misma pareja	15	93,8%	34	77,3%
distintas parejas	1	6,3%	10	22,7%
Total	16		44	

Del total de mujeres con candidiasis (n=16), el 93,8% refiere haber tenido la misma pareja en el último año y el 6,3% distintas parejas en el último año.

Del total de mujeres sin candidiasis (n=44), el 77,3% refiere haber tenido la misma pareja en el último año y el 22,7% distintas parejas en el último año.

❖ Candidiasis y uso de DIU

Tabla 35: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la candidiasis en relación al uso de DIU en la población estudiada.

Candidiasis y uso de DIU				
	con candidiasis		sin candidiasis	
	f	%	f	%
uso de DIU	2	12,5%	9	20,5%
sin uso de DIU	14	87,5%	35	79,5%
Total	16		44	

Del total de mujeres con candidiasis (n=16), el 87,5% refiere no usar DIU y el 12,5% refiere usarlo.

Del total de mujeres sin candidiasis (n=44), el 79,5% refiere no usar DIU y el 20,5% refiere usarlo.

❖ Candidiasis y uso de ACO o inyectables

Tabla 36: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la candidiasis en relación al uso de ACO o inyectables en la población estudiada.

Candidiasis y uso de ACO o inyectables				
	con candidiasis		sin candidiasis	
	f	%	f	%
uso de ACO o inyectables	11	68,8%	26	59,1%
no uso de ACO o inyectables	5	31,3%	18	40,9%
Total	16		44	

Del total de mujeres con candidiasis (n=16), el 68,8% refiere usar ACO o inyectables y el 31,3% refiere no usarlos.

Del total de mujeres sin candidiasis (n=44), el 59,1% refiere usar ACO o inyectables y el 40,9% refiere no usarlos.

❖ Candidiasis y uso de profilácticos

Tabla 37: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la candidiasis en relación al uso de profilácticos en la población estudiada.

Candidiasis y uso de profilácticos				
	con candidiasis		sin candidiasis	
	f	%	f	%
uso de profilácticos	1	6,3%	6	13,6%
no uso de profilácticos	15	93,8%	38	86,4%
Total	16		44	

Del total de mujeres con candidiasis (n=16), el 93,8% refiere no usar profilácticos y el 6,3% refiere usarlos.

Del total de mujeres sin candidiasis (n=44), el 86,4% refiere no usar profilácticos y el 13,6% refiere usarlos.

❖ Candidiasis y uso de bidet

Tabla 38: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la candidiasis en relación al uso de bidet en la población estudiada.

Candidiasis y uso de bidet				
	con candidiasis		sin candidiasis	
	f	%	f	%
Uso de bidet	12	75,0%	24	54,5%
No uso de bidet	4	25,0%	20	45,5%
Total	16		44	

Del total de mujeres con candidiasis (n=16), el 75% refiere usar bidet y el 25% refiere no usarlo.

Del total de mujeres sin candidiasis (n=44), el 54,5% refiere usar bidet y el 45,5% refiere no usarlo.

❖ Candidiasis y uso de duchas vaginales

Tabla 39: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la candidiasis en relación al uso de duchas vaginales en la población estudiada.

Candidiasis y uso de duchas vaginales				
	con candidiasis		sin candidiasis	
	f	%	f	%
Uso de duchas vaginales	7	43,8%	23	52,3%
No uso de duchas vaginales	9	56,3%	21	47,7%
Total	16		44	

Del total de mujeres con candidiasis (n=16), el 56,3% refiere no usar duchas vaginales y el 43,8% refiere usarlas.

Del total de mujeres sin candidiasis (n=44), el 52,3% refiere usar duchas vaginales y el 47,7% refiere no usarlas.

❖ Candidiasis y uso de apósitos

Tabla 40: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la candidiasis en relación al uso de apósitos en la población estudiada.

Candidiasis y uso de apósitos				
	con candidiasis		sin candidiasis	
	f	%	f	%
Uso de apósitos	10	62,5%	27	61,4%
No uso de apósitos	6	37,5%	17	38,6%
Total	16		44	

Del total de mujeres con candidiasis (n=16), el 62,5% refiere usar apósitos y el 37,5% refiere no usar.

Del total de mujeres sin candidiasis (n=44), el 61,4% refiere usar apósitos y el 38,6% refiere no usar.

❖ Candidiasis y uso de tampones

Tabla 41: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la candidiasis en relación al uso de tampones en la población estudiada.

Candidiasis y uso de tampones				
	con candidiasis		sin candidiasis	
	f	%	f	%
Uso de tampones	8	50,0%	17	38,6%
No uso de tampones	8	50,0%	27	61,4%
Total	16		44	

Del total de mujeres con candidiasis (n=16), el 50% refiere usar tampones y el 50% refiere no usar.

Del total de mujeres sin candidiasis (n=44), el 61,4% refiere no usar tampones y el 38,6% refiere usar.

❖ Candidiasis y presencia de flujo anormal

Tabla 42: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la candidiasis en relación a la presencia de flujo anormal en la población estudiada.

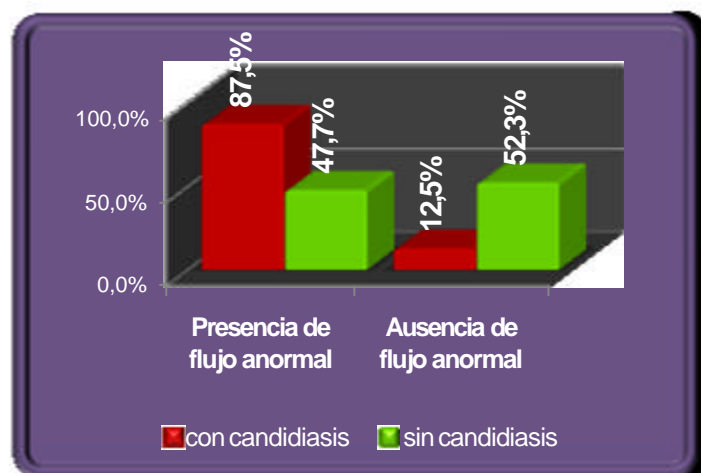
Candidiasis y presencia de flujo anormal				
	con candidiasis		sin candidiasis	
	f	%	f	%
Presencia de flujo anormal	14	87,5%	21	47,7%
Ausencia de flujo anormal	2	12,5%	23	52,3%
Total	16		44	

Del total de mujeres con candidiasis (n=16), el 87,5% refiere presencia de flujo anormal y el 12,5% refiere ausencia de flujo anormal.

Del total de mujeres sin candidiasis (n=44), el 52,3% refiere ausencia de flujo anormal y el 47,7% refiere presencia de flujo anormal.

La relación entre candidiasis y presencia de flujo anormal es altamente significativa ($p=0,001$). Es decir, que aquellas mujeres con flujo anormal es más probable que padezcan candidiasis que aquellas mujeres que presentan flujo normal.

Gráfico 4: distribución de las frecuencias relativas de la candidiasis en relación a la presencia de flujo anormal en la población estudiada.



❖ Candidiasis y características del flujo anormal

Tabla 43: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la candidiasis en relación a las características del flujo anormal en la población estudiada.

Candidiasis y características del flujo anormal				
	con candidiasis (n=16)		sin candidiasis (n=44)	
	f	%	f	%
leucorrea	6	37,5%	7	15,9%
cambio de color	8	50,0%	5	11,4%
cambio de olor	1	6,3%	7	15,9%
prurito	2	12,5%	1	2,3%
cambio en la consistencia	2	12,5%	0	0,0%
no refiere	3	18,8%	6	13,6%

Del total de mujeres con candidiasis (n=16), el 50% refiere cambio de color; el 37,5% refiere leucorrea; el 18,8% no refiere cambios; el 12,5% refiere prurito; el 12,5% refiere cambio en la consistencia y el 6,3% refiere cambio de olor.

Del total de mujeres sin candidiasis (n=44), el 15,9% refiere leucorrea; el 15,9% cambio de olor; el 13,6% no refiere cambios; el 11,4% cambio de color y el 2,3% refiere prurito.

❖ Candidiasis y embarazos a término

Tabla 44: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la candidiasis en relación a embarazos a término en la población estudiada.

Candidiasis y embarazos a término				
	con candidiasis		sin candidiasis	
	f	%	f	%
ningún hijo	9	56,3%	22	50,0%
1 o más	7	43,8%	22	50,0%
Total	16		44	

Del total de mujeres con candidiasis (n=16), el 56,3% no tiene hijos y el 43,8% tiene 1 hijo o más.

Del total de mujeres sin candidiasis (n=44), el 50% no tiene hijos y el 50% tiene 1 hijo o más.

❖ Candidiasis y abortos

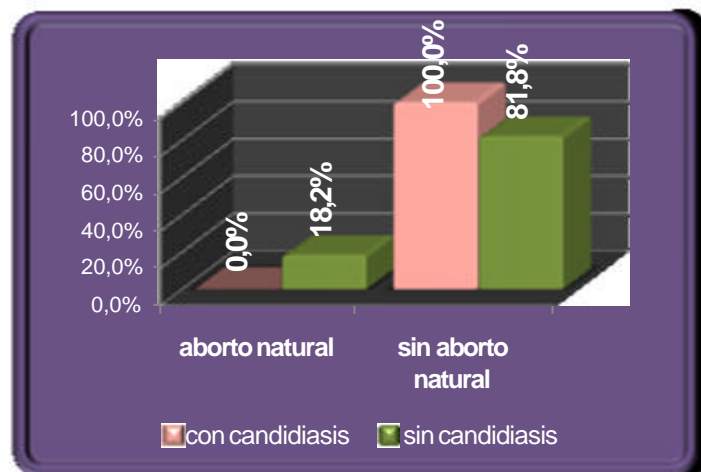
Tabla 45: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la candidiasis en relación a los abortos en la población estudiada.

Candidiasis y abortos				
	con candidiasis		sin candidiasis	
	f	%	f	%
aborto natural	0	0,0%	8	18,2%
sin aborto natural	16	100,0%	36	81,8%
Total	16		44	

La totalidad de mujeres con candidiasis (n=16) no presentan el antecedente de abortos naturales.

Del total de mujeres sin candidiasis (n=44), el 81,8% no presentan el antecedente de abortos naturales y el 18,2% presenta al menos un aborto natural.

Gráfico 5: distribución de las frecuencias relativas de la candidiasis en relación a los abortos en la población estudiada.



Discusión

En la práctica clínica, las infecciones vaginales, sobre todo las producidas por *Gv* y otros gérmenes como así también candidas, se determinan de acuerdo a la sintomatología y las características del flujo vaginal y en la mayoría de las veces se inicia un tratamiento empírico. Sin embargo, es importante diagnosticar y tratar oportunamente estas entidades pues a pesar de ser benignas puede dar lugar a complicaciones graves. Por tal motivo sería importante la incorporación, en los centros de salud, de una técnica diagnóstica económica como el extendido de Gram Nicolle y el examen en fresco para *Tv*. Apoya esta postura el hecho que en el mismo momento que la paciente hace su revisión ginecológica se tome la muestra de fondo de saco vaginal sin ocasionarle ninguna perturbación.

En este estudio se presenta una población de mujeres en edad fértil considerando diferentes grupos etarios.

De la totalidad de 60 mujeres, el 57.6% (34 casos) presentaron candidiasis, VB, trichomoniasis, lo cual traduce un notable número de casos de vaginosis y vulvovaginitis. Esto se debe a que muchas de las portadoras no reconocen los síntomas o cuando son reconocidos el tratamiento en forma empírica, en muchos casos no permite un diagnóstico correcto.

Al analizar la infección más frecuente se aisló VB en un 50%; candidiasis en 47.1% y trichomoniasis. 2.9%.

Estos resultados coinciden con Allsworth¹⁰, Morton¹³, Reyes¹⁷, Guillen¹⁹, Mazo²³ y Belmonte²⁷ en cuanto a que la VB ocupa el primer lugar en frecuencia, pero difiere con Ivazzo¹² ya que en su estudio la infección más frecuente fue la causada por candidiasis.

En relación a las diferentes variables estudiadas los resultados fueron los siguientes:

La edad donde encontramos mayor número de casos fue el grupo comprendido entre 20-29 años con el 60%. Relacionando esta variable con VB y candidiasis los resultados coinciden con el grupo etario mencionado. En este

caso los resultados son similares a los obtenidos por los distintos autores. lavazzo ¹², Reyes ¹⁷, Gonzáles- Pedraza ²¹

Al evaluar el nivel de instrucción, se observó que el primario fue el de mayor representación (45%), seguido por el secundario (28.3%). Esto puede deberse a que la paciente con menor grado de instrucción tiene mayor riesgo de tener infección genital, probablemente debido a los deficientes conocimientos que tienen sobre la higiene genital. Prada concluyó en 1998 que los hábitos de higiene perineal deficientes son factores de riesgo.

.Asociando este punto con VB y candidiasis se encontraron los mismos resultados en cuanto a frecuencia. Estos datos concuerdan con los obtenidos por Reyes ¹⁷.

Al valorar la ocupación, apreciamos una mayor representación de las amas de casa con un 41.7%. Esto puede estar en correspondencia que en el grupo poblacional estudiado hay predominio de las amas de casa, ya que es una zona de bajos recursos socioeconómicos. Esto coincide con diferentes autores Reyes ¹⁷, Gonzáles- Pedraza ²¹. Pero difiere con el desarrollo de VB ya que en ésta se pudo observar que el grupo mayormente perjudicado fue el de empleadas. Con respecto a la candidiasis el grupo más afectado lo constituyeron las amas de casas.

La relación entre presencia de VB y número de coitos semanales es altamente significativa ($p=0,001$). Es decir, que las mujeres que refieren más de 5 coitos semanales tienen mayor probabilidad de presentar VB que las mujeres que refieren menos de 5 coitos semanales, teniendo la misma pareja en el último año. Los resultados coinciden con Schwebke ⁽¹⁶⁾ y se contraponen con los de Morton y Garland ¹³ quienes demostraron asociación con múltiples parejas sexuales.

En candidiasis pudieron verse resultados opuestos en referencia al número de coitos semanales; sin embargo demostraron tener estabilidad sexual.

En cuanto a la anticoncepción, se observó que las usuarias de DIU no presentaban mayor riesgo de VB que el resto de la población en estudio. Esto coincide con Gonzáles – Pedraza ²¹ quien determinó en su trabajo que la

cervicovaginitis no está asociada al uso del DIU; en tanto que Pascual ²⁰ y Fosch ²⁶ difieren de este resultado.

En la investigación se detectó la existencia de un nexo entre el no uso de profiláctico 82.4%, 93.8% con presencia de VB y candidiasis respectivamente. Se cree que esto puede estar influenciado por las relaciones sexuales no protegidas. Además se encontró una notable relación entre el consumo de ACO con la presencia VB y candidiasis. Esta asociación concuerda con lo dicho por distintos autores Martínez ¹⁸, Guillen ¹⁹, Mazo ²³, Fosh ²⁶.

Al evaluar los usos y costumbres (uso de bidet, duchas vaginales, apósitos, tampones) se apreció que presentaban alta frecuencia de uso en los casos de VB y candidiasis. Con respecto al uso de duchas vaginales y VB existen diferentes estudios que avalan este resultado, entre ellos figuran varios autores Allsworth ¹⁰, Kouman ¹¹, Morton ¹³.

Los síntomas más frecuentes que se presentaron en la infección vaginal fueron leucorrea y cambio de color de las SV con un 37.1 % en ambos casos.

En cuanto a la VB el síntoma preponderante fue el cambio de olor, seguido del cambio de color; en tanto que la candidiasis presentó como síntoma principal el mencionado anteriormente seguido de leucorrea.

En cuanto a trichomoniasis se encontró un solo caso. El mismo se relacionó con múltiples parejas sexuales. Además se apreció que la paciente presentaba síntomas al momento de la consulta.

Al analizar las variables gineco obstétricas los resultados no brindaron datos relevantes debido al reducido tamaño de la muestra.

Conclusión

Se aprecia que sobre la muestra tomada de fondo de saco vaginal en 60 mujeres en edad fértil, la prevalencia para VB fue de 50%, candidiasis 47.1% y trichomoniasis 2.9%.

En esta investigación se pudo observar que las variables ginecológicas analizadas influyen en forma positiva en la aparición de los agentes causante en estudio.

El grupo etario más afectado por la infección vaginal lo constituyeron las mujeres entre 20- 29 años. En cuanto al grado de instrucción el grupo prevalente fue de escolaridad primaria y a la ocupación amas de casas y empleadas.

La Gv fue el microorganismo aislado con mayor frecuencia

La importancia de hallar estos agentes en mujeres en edad fértil radica por un lado, en que los signos y síntomas que posee la mujer pueden llevarla a un desequilibrio de origen psicológico y por el otro lado, pueden afectar el producto de la gestación siendo manifiesto lo anteriormente dicho, por ruptura prematura de membrana y síndrome post parto en embarazada, entre los más importantes.

Epidemiológicamente debemos considerar la importancia de su posible transmisibilidad sexual en aquellos agentes endógenos como así también los exógenos adquiridos por vía sexual.

Propuesta

Con la experiencia obtenida de mi trabajo vivencíé que los datos aportados al ginecólogo luego del estudio de laboratorio fueron de suma utilidad. Fundamento esto en que en un alto porcentaje las pacientes no hubiesen sido tratadas sin el informe que les suministré. Por eso con una metodología simple como la descrita anteriormente, en la medida que la mujer sintomática o asintomática concurre a la consulta ginecológica, se puede investigar el flujo vaginal pudiendo de esta manera detectar enfermedades de origen endógeno con transmisibilidad sexual, afectación del producto de la gestación por ruptura prematura de membrana, parto pretérmino entre otras, y/o enfermedades de transmisión sexual como la producida por *la Tv*.

Bibliografía

1. Gramiño-Arroyo A, Minerva P, Lydia Patricia Cardenos de la Peña. "Flora Normal, Prebióticos y Salud Humana", Acta universitaria, 2005; Vol. 15:36-37
2. Gonzales- Pedraza A, Ortiz Zaragoza C. "Infecciones cervicovaginales mas frecuentes", Prevalencia y Factores de Riesgos. Revista Cubana Obstetricia y Ginecología, 2007; 33
3. Martinez Castro K, Gérmenes patógenos más frecuentes encontrados en tracto genital de embarazadas en el trabajo de parto, entre las 35 – 40 semanas de gestación y sus complicaciones materno fetales, atendidas en el hospital Dr. Fernando Vélez Paíz. Noviembre – Diciembre 2005". 5-8.
4. Austin M.N, R.H Beigi,S.L Hillier." Microbiology response to treatment Of Bacterial Vaginosis with Topical Clidamycin or Metronidazole". Journal of Clinical Microbiology", Sep 2005; Vol. 43 N° 9:4492-4497
5. Chinnock M, Robson S. 2007. "Best Practice Research Clinical Obstetric & Gynecology" (En linea) disponible en: [http:// www.journalofclinical Obstetric.com](http://www.journalofclinicalobstetric.com)1-2
6. Adad S, R Vaz de Lima, Z Tannous. "Epidemiología de *Trichomona Vaginalis*, *Cándida sp* y *Garnerella Vaginallis*". Sao Pablo, Medical Journal Nov 2001;1119: 200-205
7. Faure R, Betancourt A."Prevalence of Trichomoniasis, Bacterial Vaginosis and Candidiasis in Women attending a sexual Transmitted Infections and Gynecologic Clinical using an Immunologic Latex

- Agglutination Test". Journal Of Gynecology and Obstetrics, 2007; Vol. 6
Nº 2: 6-9
8. Di Bartolomeo S, Leonino P. "Balance del contenido vaginal en el diagnostico diferencial de vaginosis-vaginitis. Reacción inflamatoria vaginal en embarazadas sintomática". Acta bioquímica, clínica Latinoamericana, La Plata Abril- Junio, 2007; Vol. 41 Nº 2
 9. Clínica Universitaria de Pueblo Nuevo programa Universitario de Salud y Educación por la Vida, Prevalencia de Vaginosis Bacteriana en una Clínica Universitaria", Universidad autónoma de Nuevo León, México 2005;
 10. Allsworth J and Peipert J. "Prevalence of Bacterial Vaginosis". Obstetrics and Gynecology, 2007; 109: 114-120.
 11. Koumans E and Sternber G. "The prevalence of bacterial vaginosis in the United States, 2001-2004; associations with symptoms sexual behaviors and reproductive health", 2007; 1-3
 12. Iavazzo C, Vogiatzi C, Falagas Me y col. "Restrospective análisis of isolates from patients with vaginitis in a private greek obstetric gynecological hospital". AIBS, 2008; 1-3
 13. Morton y col. "Higher- Risk Behavioral practices associated with bacterial vaginosis compared with vaginal candidiasis". Australia. 2007; 1-2
 14. Schuebke J, Desmond R. "Risk factors for bacterial vaginosis in women at high risk for sexually transmitted diseases", 2005; 32 (11): 654-658
 15. Ugwumadu A. "Papel de la terapia con antibióticos en la vaginosis bacteriana y en la flora intermedia en el embarazo". Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynecology 2007; 21 (3): 391-402

- 16.Schuebke J y col. "El tratamiento de pacientes con vaginosis bacteriana asintomática favorece la prevención de ETS". EEUU 2007; 196 (6): 517
- 17.Reyes DA. "Infección vaginal en edad fértil en dos consultorios del área de salud integral comunitaria Río de Janeiro", 2006-2007; 1
- 18.Martinez M. "Vulvovaginitis en la adolescencia: estudio etiológico". Revista chilena de obstetricia y ginecología, 2003; 68 (6): 499-502
- 19.Guillen M, Moreno F y col. "Hallazgos microbiológicos cervicovaginales en pacientes de pesquisa de cáncer". Revista de la facultad de farmacia, 2003; vol. 45 (1)
- 20.Pascual- Confesor T y col. "Cervicovaginitis posterior a la aplicación del dispositivo intrauterino: experiencia en una Unidad de Medicina Familiar", 2007; vol. 9 (3) 133-136
- 21.González A y col. "Infecciones cervicovaginales más frecuentes; prevalencia y factores de riesgo". Revista cubana de Obstet ginecol, 2007; 33 (2)
- 22.Buscemi L y otros. "Estudio de las vulvovaginitis agudas en pacientes adultas, sexualmente activas, con especial referencia a la candidiasis, en pacientes del hospital de infecciones Francisco Muñiz". Revista Iberoam Micol, 2004; 21: 177-181
- 23.Mazo, J y col. "Microbiología de las infecciones vaginales en pacientes ambulatorios en la ciudad de corrientes". 2001; 1-3
- 24.Barberis J y col "Evaluación clínica y microbiológica de vaginosis bacteriana en mujeres de un hospital de Río Cuarto (Argentina), Enferm Infecc Microbiol Clin 1996; 14: 611- 613.

25. Allori CG y col. "Cérvico-vaginitis. Etiología microbiológica VII Congreso Argentino de Microbiología". Buenos Aires, 1995; 11
26. Fosch N y col. "Vulvovaginitis: correlación con factores predisponentes, aspectos clínicos y estudios microbiológicos, Rafaela. Revista Argentina de Microbiología, 2006, vol.38 n 4; 1-2
27. Belmonte A, Nogueras M y otros. "Estudio microbiológico de vaginitis y vaginosis en mujeres sexualmente activas". 2002; 62: 103-106
28. Perazzi B y col. "Investigación de tricomonas vaginalis durante el embarazo mediante diferentes metodologías". Revista Argentina de microbiología, Buenos Aires, 2007; vol. 39: 99-104
29. Issler, J. "Infecciones del Tracto Genital Inferior". Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina, 2001; N° 102: 16- 24
- 30.
31. González Bosquet, E. "Enfermedades de transmisión sexual". Editorial Elsevier, España, 2003; 217
32. OMS. "Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo: una guía práctica básica", 2005; 1-6
33. Basualdo J. "En Microbiología Bio médica", Editorial Atlanta Bs As 1996; 903-904
34. García- Rodríguez y col. "Compendio de Microbiología Médica". Madrid 2000, Tema 18; 178-181
35. Casanova Román, G. "Infecciones de transmisión sexual". Editorial Alfil, Mexico. 2004; 217-230

36. Aznar- Marin, J y col. "Diagnostico Microbiologico de las ITS y otras Infecciones genitales". Procedimientos en Microbiología Clínica. Editores E. Cernado. España, 2007 ; 25-27
37. Garcia Heredia y col. "Prevalencia de de Candidiasis y Trichomoniasis en embarazadas. Identificación de levaduras y sensibilidad a los antifungicos. Revista de Microbiología. 2006; Vol 38 N°1
38. Notario, R. "Microbiología para el médico". Editora UNR. 2005
39. Cetina, T y col. "Prevalencia de VB en un grupo de mujeres de una clinica de planificación familiar". México, 2002; Vol 138 N° 1
40. Navarrete, W. "Evaluación de los criterios de Nugent y Amsel para el diagnóstico de vaginosis bacteriana". Revista Médica Chile, 2000; Vol.128 N° 7
41. Pumarola A. y col. "Pasteurella, Francinella, Legionella y otros bacilos gram negativos". Microbiología y Parasitología Médica. Editorial Masson. España, 1987; 474- 475 ; 830-831
42. Maha- Azzan. W y col. "Vulvovaginitis por *Candida sp* y *Trichomonas vaginalis* en mujeres sexualmente activas." Venezuela 2002; Vol 43
43. Mins y col. "Microbiología Médica". España 1996; 24.11- 24.14

Anexos

Anexo 1: FICHA

Nombre

Edad

Antecedentes ginecológicos

a) Sexuales

Vida sexual activa:	Si	No	Homosexual
Heterosexual			
Número de coitos semanales:	Más de 5		Menos de 5
Pareja/s último año:	Misma pareja sexual		Distintas parejas sexuales

b) Anticoncepción

DIU	Si	No
Anticonceptivos orales o inyectables	Si	No
Uso de profilácticos	Si	No

c) Usos y costumbres

Uso de bidet	Si	No
Uso de duchas vaginales	Si	No
Uso de apósitos	Si	No
Uso de tampones	Si	No
Desodorantes vaginales	Si	No

Síntomas vulvovaginales

a) Presencia de flujo anormal	Si	No
-------------------------------	----	----

Antecedentes obstétricos

Embarazos a término		Ninguno	Uno o más
Abortos		Naturales	Inducidos

a) Grado de instrucción

Primario	Completo	Si	No
Secundario	“	Si	No
Terciario	“	Si	No
Universitario	“	Si	No

b) Ocupación

.....

<i>c) Tipo de vivienda</i>	de material	de chapa
Presencia o ausencia de:		
a) <i>Vaginosis bacteriana</i>	Presencia	ausencia
b) <i>Tricomonirosis</i>	Presencia	ausencia
c) <i>Candidiasis</i>	Presencia	ausencia

Anexo 2: Consentimiento informado

Proyecto: Prevalencia de vaginitis y vaginosis en una población de Rosario

Por la presente se hace constar que se ha invitado a la paciente.....

a participar de la investigación sobre colonización de agentes productores de vaginitis/vaginosis, siendo responsable del mismo el Dr. Rodolfo Notario.

Este no ocasionará daño ni trastorno alguno ya que se tomará la muestra durante la consulta ginecológica de rutina.

Esto será de suma utilidad para tomar medidas preventivas y terapéuticas en el caso de hallarse dichos agente.

Dejo constancia de que la paciente que firma al pie ha sido informada y aceptó voluntariamente su participación.

Los resultados son confidenciales.

.....

Paciente
Presto mi conformidad

Anexo 3: Tabulación de datos

	Antecedentes demográficos				Antecedentes ginecológicos										Síntomas vulvovaginales		Antecedentes obstétricos		Presencia de:			
	Edad	Grado de instrucción	Ocupación	Tipo de vivienda	Sexuales			Anticoncepción			Usos y costumbres				Presencia de flujo anormal		Características	Embarazos a término	Abortos	Vaginitis bacteriana	Tricomontiasis	Candidiasis
					Vida sexual activa	Homosexual/heterosexual	n° coitos semanales	Parejas/último año	DIU	ACO o inyectables	Uso de profilácticos	Bidet	Duchas vaginales	Apositos	Tampones	Desodorantes vaginales						
1	17	PC	ama de casa	mat	sí	hetero	<5	misma	sí	no	no	sí	no	sí	leucorrea	1 o más	no	no	no	no	no	
2	22	SC	ama de casa	mat	sí	hetero	<5	distintas	no	no	no	no	no	sí	abundante, maloliente, prurito	ninguno	naturales	no	no	sí	no	
3	17	PC	ama de casa	mat	sí	hetero	>5	misma	sí	no	no	sí	no	sí	blanquecino, grumoso	1 o más	no	no	no	no	sí	
4	24	PI	ama de casa	mat	sí	hetero	<5	misma	no	no	no	no	no	sí	blanquecino, prurito	1 o más	no	no	no	no	sí	
5	41	PC	ama de casa	mat	sí	hetero	<5	misma	no	sí	no	sí	no	sí	blanquecino grumoso	1 o más	no	no	no	no	sí	
6	25	UC	desempleada	mat	sí	hetero	<5	misma	no	sí	no	sí	no	no		ninguno	no	no	no	no	no	
7	26	UI	estudiante	mat	sí	hetero	<5	misma	no	sí	no	sí	no	sí	amarillento	ninguno	no	no	no	no	no	
8	27	UI	estudiante	mat	sí	hetero	<5	misma	no	sí	no	sí	no	sí	flujo blanquecino	ninguno	no	no	no	no	sí	
9	25	UI	empleada	mat	sí	hetero	<5	misma	no	sí	no	sí	no	no		ninguno	no	no	no	no	no	
10	24	UI	estudiante	mat	sí	hetero	>5	misma	no	sí	no	no	no	no		ninguno	no	no	no	no	no	
11	19	PC	empleada	mat	sí	hetero	>5	distintas	no	no	sí	sí	sí	sí	flujo mal oliente	ninguno	no	no	sí	no	no	
12	24	UI	estudiante	mat	sí	hetero	<5	misma	no	sí	no	sí	sí	sí	abundante, blanquecino	ninguno	no	no	no	no	sí	
13	23	TC	estudiante	mat	sí	hetero	<5	misma	no	sí	no	sí	sí	sí	abundante, blanquecino	ninguno	no	no	no	no	no	
14	19	SC	estudiante	mat	sí	hetero	>5	misma	no	sí	sí	no	no	no		ninguno	no	no	no	no	no	
15	21	UI	empleada	mat	sí	hetero	<5	misma	no	sí	no	no	no	sí		ninguno	no	no	no	no	sí	
16	30	PC	ama de casa	mat	sí	hetero	<5	misma	sí	no	no	no	no	no		1 o más	no	no	no	no	no	
17	19	PC	ama de casa	mat	sí	hetero	>5	misma	sí	no	no	sí	no	sí	asintomático	1 o más	no	no	no	no	no	
18	33	PI	empleada	mat	sí	hetero	<5	misma	no	sí	no	no	no	no	abundante	1 o más	no	no	no	no	no	
19	22	PC	ama de casa	mat	sí	hetero	>5	misma	sí	no	no	sí	no	sí	maloliente, blancogrisáceo	1 o más	no	no	sí	no	no	

20	19	PC	empleada	mat	sí	hetero	>5	misma	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	ninguno	naturales	no	no	no
21	21	TC	estudiante	mat	sí	hetero	<5	misma	no	sí	no	sí	no	no	no	no	no	no	ninguno	no	no	no	no
22	24	SC	estudiante	mat	sí	hetero	<5	misma	no	sí	no	no	sí	no	sí	abundante	ninguno	no	no	no	no	no	sí
23	30	PC	ama de casa	mat	sí	hetero	>5	misma	no	no	no	no	no	no	no	maloliente	1 o más	no	no	no	no	no	no
24	22	PC	ama de casa	mat	sí	hetero	>5	misma	no	sí	no	no	no	no	sí	maloliente	1 o más	no	no	no	sí	no	no
25	18	PC	ama de casa	mat	sí	hetero	>5	misma	no	sí	no	sí	no	no	no	maloliente	1 o más	no	no	no	sí	no	no
26	36	SC	empleada	chapas	sí	hetero	>5	misma	sí	no	no	sí	sí	no	sí	asintomático	1 o más	naturales	sí	no	no	no	no
27	29	SC	empleada	mat	sí	hetero	<5	misma	no	sí	no	no	no	no	no	maloliente	ninguno	no	no	no	no	no	no
28	54	SC	comerciante	mat	sí	hetero	<5	misma	no	no	no	sí	no	no	no	maloliente	1 o más	naturales	no	no	no	no	no
29	28	SC	ama de casa	mat	sí	hetero	>5	misma	sí	no	no	sí	sí	no	sí	maloliente	ninguno	no	no	sí	no	no	no
30	38	PI	ama de casa	mat	sí	hetero	>5	distintas	no	no	no	sí	sí	no	sí	abundante, prurito	1 o más	no	no	no	no	no	sí
31	27	PC	empleada	mat	sí	hetero	<5	distintas	no	sí	no	no	no	no	no	maloliente	ninguno	no	no	no	no	no	no
32	24	UI	empleada	mat	sí	hetero	>5	misma	no	sí	no	sí	sí	no	sí	asintomático	ninguno	no	no	no	no	no	sí
33	24	UI	empleada	mat	sí	hetero	<5	misma	no	sí	no	sí	sí	no	no	maloliente	ninguno	no	no	no	no	no	sí
34	25	PC	ama de casa	mat	sí	hetero	>5	distintas	sí	no	no	sí	sí	no	no	maloliente	ninguno	no	no	no	no	no	no
35	20	PC	ama de casa	mat	sí	hetero	<5	distintas	no	sí	no	sí	sí	no	sí	asintomático	ninguno	no	no	no	no	no	no
36	46	PI	empleada	mat	sí	hetero	<5	distintas	no	sí	no	sí	no	no	sí	maloliente, blanco	1 o más	no	no	sí	no	no	no
37	28	PC	empleada	mat	sí	hetero	>5	misma	no	sí	no	no	sí	no	sí	abundante, blanco	1 o más	no	no	no	no	no	sí
38	31	SC	ama de casa	mat	sí	hetero	>5	misma	sí	no	no	sí	sí	no	sí	asintomático	1 o más	no	no	no	no	no	no
39	30	PC	ama de casa	mat	sí	hetero	>5	misma	no	sí	no	no	no	no	no	maloliente	1 o más	no	no	no	no	no	no
40	32	PC	ama de casa	mat	sí	hetero	>5	misma	no	no	no	sí	sí	no	sí	distinto color y olor	1 o más	no	no	no	no	no	sí
41	24	SC	ama de casa	mat	sí	hetero	<5	misma	no	no	no	no	no	no	no	leucorrea	ninguno	naturales	no	no	no	no	no
42	33	PC	empleada	mat	sí	hetero	>5	misma	no	sí	no	no	sí	no	sí	leucorrea	1 o más	no	sí	no	sí	no	no
43	46	PC	ama de casa	mat	sí	hetero	>5	misma	no	sí	no	no	no	no	sí	leucorrea	1 o más	no	sí	no	no	no	no
44	28	SC	estudiante	mat	sí	hetero	>5	misma	no	sí	no	sí	sí	no	sí	maloliente	ninguno	no	no	sí	no	no	no
45	23	SC	empleada	mat	sí	hetero	>5	distintas	no	sí	no	sí	sí	no	sí	blanogrísáceo	ninguno	no	no	sí	no	no	no

46	22	PC	empleada	mat	sí	hetero	>5	misma	no	sí	no	no	no	no	no	no	flujo mail olinete	1 o más	no	sí	no	no
47	44	PC	ama de casa	mat	sí	hetero	>5	misma	no	si	no	no	no	no	no	no	asintomatico	1 o más	naturales	sí	no	no
48	23	PC	empleada	chapas	sí	hetero	>5	misma	no	no	sí	sí	no	no	no	no	asintomatico	1 o más	no	no	no	no
49	23	PC	ama de casa	mat	sí	hetero	<5	misma	no	sí	no	no	no	no	no	no	asintomatico	1 o más	no	no	no	sí
50	40	PC	comerciante	mat	sí	hetero	>5	distintas	sí	no	no	sí	sí	no	no	no		1 o más	no	sí	no	no
51	24	SC	ama de casa	mat	sí	hetero	<5	misma	no	sí	no	sí	sí	no	no	no		ninguno	no	no	no	no
52	24	SC	empleada	mat	sí	hetero	<5	misma	no	sí	no	sí	sí	no	no	no	abundante, blanco	ninguno	no	no	no	sí
53	30	SC	empleada	mat	sí	hetero	<5	misma	no	no	sí	sí	sí	no	no	no		1 o más	inducido	sí	no	no
54	27	PC	ama de casa	mat	sí	hetero	>5	misma	no	sí	no	sí	sí	no	no	no		ninguno	no	no	no	no
55	27	SC	empleada	mat	sí	hetero	>5	misma	no	sí	no	sí	sí	no	no	no		1 o más	naturales	sí	no	no
56	29	PC	estudiante	mat	sí	hetero	<5	misma	sí	no	no	sí	sí	no	no	no	asintomatico	ninguno	no	no	no	sí
57	28	TC	empleada	mat	sí	hetero	<5	misma	no	sí	no	sí	sí	no	no	no		1 o más	naturales	sí	no	no
58	25	SC	empleada	mat	sí	hetero	>5	distintas	no	no	sí	no	no	no	no	no		ninguno	no	no	no	no
59	21	SC	estudiante	mat	sí	hetero	>5	distintas	no	sí	no	sí	sí	no	no	no		ninguno	no	sí	no	no
60	19	PC	ama de casa	mat	sí	hetero	>5	misma	no	sí	no	sí	sí	no	no	no	leucorrea	ninguno	no	no	no	sí