

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
UNIDAD CENTRAL
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VULVOVAGINITIS EN NIÑAS Y
ADOLESCENTES DE 6 A 19 AÑOS DE EDAD ATENDIDAS EN UCSFI ACAJUTLA Y
UCSFE CIUDAD MUJER COLÓN, EN EL PERÍODO DE MARZO A JUNIO 2016**

Informe Final presentado por:

Mónica Beatriz Erazo Alfaro
Mónica Rocío Torres Padilla

Para Optar al Título de:
DOCTOR EN MEDICINA

Asesor

Dra. Sheila Teresa Castellanos

San Salvador, Octubre de 2016.

INDICE

RESUMEN	III
INTRODUCCIÓN	IV
OBJETIVOS	6
MARCO TEÓRICO.....	7
Definición del problema.	7
Fisiopatología.....	7
Etiología.....	8
Vulvovaginitis en niñas.....	8
Vulvovaginitis en adolescente	10
Factores de riesgo asociados	11
Presentación clínica	12
Diagnóstico y manejo.	13
DISEÑO METODOLÓGICO.....	15
Tipo de investigación:.....	15
Periodo de investigación	15
Universo.....	15
Muestra	15
Variables	15
Operacionalización de variables	16
Fuentes de información.....	18
Técnicas de obtención de información.....	18
Herramientas para obtención de información	18
Mecanismos de confidencialidad y resguardo de los datos	18
Procesamiento y análisis de información.....	18
RESULTADOS.....	19
DISCUSIÓN	32
CONCLUSIONES	35
RECOMENDACIONES.....	36
CRONOGRAMA.....	37
BIBLIOGRAFÍA	38
ANEXOS	41

RESUMEN

La investigación incursiona en una patología poco estudiada, pues en El Salvador no se encuentran datos estadísticos relacionados, se espera disponer de información que permita desarrollar instrumentos para la educación de los cuidadores y adolescentes; prevenir dicha morbilidad y que la población identifique los signos y síntomas que se asocian a las infecciones y busquen ayuda oportunamente.

El presente trabajo busca identificar los principales factores de riesgo asociados a vulvovaginitis en niñas y adolescentes de 6 a 19 años (clasificación de edades en programas de infancia y adolescencia del Ministerio de Salud de El Salvador). Se trata de un estudio descriptivo observacional, transversal, de pacientes atendidas del 1° de Marzo al 30 de Junio del 2016 en UCSFI Acajutla y UCSFE Ciudad Mujer Colón. El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia. La muestra se conforma de 55 pacientes, registradas en el sistema operativo SIMMOW. Se revisaron los expedientes de todas las pacientes que acudieron a la consulta en los centros mencionados con síntomas de enfermedad vulvovaginal en las edades establecidas.

Se determinó que la población mayoritariamente afectada por la patología en estudio es de 16-18 años de edad. Quienes buscan atención por ellas mismas. El motivo de consulta por el que principalmente tanto padres, cuidadores y pacientes incluidos en la revisión solicitan atención es el flujo vaginal. El síntoma más frecuente de consulta es la secreción vaginal. Los hallazgos más frecuentes al examen físico fue leucorrea. Entre los factores de riesgo estudiados encontramos que ante vaginosis bacteriana, las pacientes mayormente afectas son entre 16 y 19 años la mayoría usan método de anticoncepción e iniciaron actividad sexual.

Una de las principales limitantes del estudio fue la poca calidad de historia clínica y examen físico, falta de profundización en el interrogatorio indagando factores de riesgo.

INTRODUCCIÓN

La vulvovaginitis se considera el problema ginecológico más frecuente en niñas prepuberales, aunque su incidencia es desconocida. En la práctica clínica, los términos vulvitis, vaginitis y vulvovaginitis se usan indistintamente para referirse a las inflamaciones del tracto genital femenino externo.

La vulvovaginitis cursa habitualmente con distintos grados de eritema, prurito, disuria, sangrado o secreción vaginal. En la niña prepuberal existen condiciones anatómicas, fisiológicas e higiénicas diferentes a la adolescente y a la mujer adulta que la hacen especialmente susceptible a este cuadro.

En las niñas antes de la menarquia, es más frecuente la vulvovaginitis inespecífica o bacteriana mixta, denominada así por la simultánea concurrencia de varios agentes bacterianos. La infección vulvovaginal en este grupo es secundaria a mala higiene perineal. En la mayoría de las pacientes el agente infeccioso llega a la vulva a través del arrastre mecánico, situación originada por la misma paciente, desde la región anal, piel o vías respiratorias. En un porcentaje variable pueden aislarse bacterias patógenas específicas. La presencia de oxiuros, cuerpos extraños vaginales, hongos o infecciones de transmisión sexual, aunque con menos frecuencia, también es en ocasiones responsable de la aparición de esta entidad y debe ser investigada, sobre todo en los casos de vulvovaginitis de repetición o en aquellos casos refractarios al tratamiento habitual.

Se deben investigar las características físicas del flujo vaginal (color, cantidad, olor, consistencia y duración), pues en ocasiones nos orientarán hacia un cuadro específico. En el examen físico, además de la presencia de secreción purulenta, se pueden apreciar signos de inflamación (eritema del introito), así como signos de excoriación del área genital por rascado.

La microbiología de los genitales en mujeres adolescentes después de la menarquia es diferente de acuerdo con la actividad sexual, anticoncepción y presencia de vaginitis no específica.

En un estudio retrospectivo de la atención médica otorgada por el servicio de Ginecología de la Infancia y la Adolescencia del Instituto Nacional de Pediatría de México del 1 de enero de 2002 al 31 de diciembre de 2013, con 21,190 consultas ginecológicas a niñas y adolescentes; la información estadística agrupada por el Departamento de Archivo Clínico del Instituto Nacional de Pediatría divide a la población en 3 grupos de edad, conformado por 1 año y menos, 2 a 9 años y 10 a 18 años respectivamente; el grupo 1 muestra afecciones inflamatorias de la vagina y la vulva como motivo de consulta en un 18.7%, el grupo 2 en un 43.3%, y grupo 3 con un 8.2% de frecuencia.

Las afecciones observadas con mayor frecuencia en los tres grupos en conjunto fueron: hemorragia vaginal uterina anormal (26.4%), afecciones inflamatorias de la vagina y la vulva (13.5%),

dismenorrea (12.3%), enfermedad benigna de la mama (4.5%), síndrome de ovario poliquístico (3.2%). Las tres primeras causas de consulta representaron 52.3% del total. (4)

Cuando la niña o adolescente es llevada al médico por este motivo, las principales molestias manifestadas incluyen: secreción vaginal, prurito, ardor o mal olor vulvar; los hallazgos a la exploración física pueden ir desde la ausencia de signos patológicos evidentes, hasta datos floridos de inflamación: secreción transvaginal, eritema, huellas de rascado y mal olor. A diferencia de lo que ocurre en la mujer adulta, en las niñas y adolescentes no se han identificado signos y síntomas específicos que permitan orientar al clínico hacia el o los microorganismos causales de la infección.

En el servicio de Ginecología del Instituto Nacional de Pediatría se encontró que 91.1% de los microorganismos aislados en los cultivos vaginales de niñas y adolescentes correspondieron a microorganismos inespecíficos: *Escherichia coli* (28.7%), *Staphylococcus epidermidis* (16.7%), *Enterococcus faecalis* (11.0%), y otros, que individualmente representaron menos de 5% del total. El 8.9% correspondió a “microorganismos específicos”: *Candida sp* (5.22%), *Staphylococcus aureus* y *Shigella flexneri* (1.52% cada una) y otros, que individualmente representaron 0.22%. Los microorganismos específicos se originan debido a la autoinoculación secundaria a infecciones respiratorias o intestinales, o a una infección de transmisión sexual. (4)

En El Salvador actualmente no se encuentran datos estadísticos relacionados con las infecciones vaginales en niñas y la identificación de microorganismos patógenos; existen datos de investigaciones realizadas a mujeres de edad adulta y embarazadas en donde se encontró que *Candida spp.* es el microorganismo que se encuentra con mayor frecuencia, siendo *Gardnerella vaginalis* el segundo.

Como objetivo principal se espera dar a conocer los factores de riesgo que están asociados al desarrollo de infecciones vaginales en niñas y adolescentes que consulten en las unidades de salud de Acajutla, Sonsonate y la sede de Ciudad Mujer en Colón, La Libertad, y posteriormente ser capaces de disponer de información clave que nos permita desarrollar instrumentos para la educación de los cuidadores y adolescentes: y así prevenir dicha morbilidad, al mismo tiempo que se logre que la población identifique los signos y síntomas que se asocian a las infecciones y busquen ayuda oportunamente. Y no solamente educar a la población sino, poner a disponibilidad este estudio para que todos los profesionales de la salud tengan acceso a él y sirva de apoyo al momento de brindar la atención a la población.

Durante la revisión se encuentran expedientes clínicos con poco detalle en la exploración de factores de riesgo que se establecen en la bibliografía consultada. Por lo se espera limitación en las conclusiones por falta de información.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Identificar los principales factores de riesgo asociados a vulvovaginitis en niñas y adolescentes de 6 a 19 años de edad atendidas en UCSFI Acajutla y UCSFE Ciudad Mujer Colón, en el período de Marzo a Junio de 2016.

Objetivos específicos:

- Establecer el rango de edad mayoritariamente afectado por dicha patología.
- Detectar el principal motivo de consulta por el cual los padres o cuidadores solicitan atención.
- Identificar los síntomas y signos más frecuentes con los que se manifiesta la vulvovaginitis en la población especificada.

MARCO TEÓRICO

Definición del problema.

La vulvovaginitis es una de las patologías ginecológicas más frecuentes en niñas y se define como una inflamación del epitelio de la vulva y de la vagina, pudiendo originarse por varias causas, ya sean infecciosas o no. Varios factores contribuyen a la inflamación del área genital, los cuales incluyen concentraciones bajas de estrógenos dejando a la mucosa vaginal susceptible

La leucorrea vaginal y la irritación vulvar son síntomas frecuentes de vulvovaginitis, y su aumento constante supone un porcentaje elevado del trabajo en la consulta ginecológica. Siempre existe algún grado de leucorrea vaginal, pero la cantidad varía según el estado hormonal de la paciente.

La vagina de la recién nacida se coloniza por bacterias aerobias y anaerobias, adquiridas durante su paso por el canal del parto; en este momento, el epitelio de la vagina es rico en glucógeno, gracias a la influencia de los estrógenos maternos y placentarios, que por su pH bajo, permite que sobrevivan y crezcan los microorganismos que la colonizan; luego del nacimiento los niveles estrogénicos disminuyen y el pH asciende a valores entre 6-8, siendo así la flora predominante, la de cocos y bacilos Gram positivos. Al principio de la pubertad la vagina vuelve a estar bajo la influencia de los estrógenos, siendo la predominancia de gérmenes la de los lactobacilos de Doderlein, en vagina sana. La flora vulvovaginal normal sufre cambios fisiológicos con la edad, como resultado de modificaciones hormonales. Así, cuando la niña se acerca a la menarca, en cuya etapa el epitelio vaginal queda expuesto nuevamente a los estrógenos, aparece una leucorrea fisiológica no irritante, moderada y sin gérmenes patógenos. (7)

Fisiopatología

La recién nacida tiene la vagina estrogenizada, con una secreción mucosa rica en glóbulos rojos, situación que dura entre 2-3 semanas. Posteriormente, el epitelio hipoestrogénico de las niñas preadolescentes constituye el factor fundamental que hace a la mucosa vaginal susceptible a la infección en este grupo de edad. Esta mucosa es delgada, con poco epitelio estratificado y tiene un pH alcalino que la hace más sensible a la invasión por bacterias patógenas. Otros factores predisponentes en niñas son la menor protección del introito vaginal, debido al escaso desarrollo de los labios mayores y menores, la ausencia de vello pubiano, y la presencia de un himen delgado y amplio. La proximidad anatómica del recto y la vulva, los malos hábitos higiénicos con un aseo genital inadecuado, los productos irritantes locales y la manipulación o la actividad crónica masturbatoria que en ocasiones se puede ver en estas niñas, también son factores favorecedores de esta patología. (8)

En la adolescente, aunque tiene más desarrollados los mecanismos defensivos, la vulvovaginitis es causa frecuente de consulta. Los estrógenos favorecen el engrosamiento de la mucosa vaginal

y permiten la acumulación de glicógeno; el lactobacilo junto a otras bacterias de la flora saprófita usan el glicógeno como sustrato para producir ácido láctico y ácido acético, lo que da como resultado un pH ácido entre 4 y 4,5 que favorece la mantención de la flora saprófita; este representa uno de los mecanismos más importantes de defensa de la vagina. Además presenta vello pubiano protector y desarrollo de los labios mayores y menores. Por otro parte, son favorecedores de infección los cambios en el pH de la vagina por desbalance entre lactobacilos y microflora, permitiendo la predominancia de gérmenes patógenos, también se ve afectada la flora vaginal por acción de antibióticos, duchas, secreción alcalina durante la menstruación, jabones alcalinos, diabetes mal controlada, uso de anticonceptivos orales, actividad sexual, uso de ropa de nailon o lycra muy ajustada, y mal hábito higiénico. (11)

Etiología

En la infancia, la infección comienza en la vulva, con diseminación secundaria a la vagina, mientras que en la adolescencia, y sobre todo con el inicio de la actividad sexual, la afectación primaria es vaginal.

Vulvovaginitis en niñas

La cuestión más importante en el manejo de la vulvovaginitis infantil es determinar si la bacteria aislada en la secreción vaginal de la niña afectada es la causa de los síntomas o forma parte de la flora vaginal habitual. Esta microflora vaginal de las niñas prepuberales no está bien definida, pues se han cultivado diferentes microorganismos en los distintos estudios realizados, existiendo disparidad en los hallazgos encontrados. (8)

Existen pocos trabajos publicados sobre la flora normal o patológica de un frotis vaginal en niñas, por lo que debe considerarse al mismo, más bien como instrumento de apoyo más que uno primario. (7)

Las vulvovaginitis se clasifican en inespecífica y específica según los factores etiológicos involucrados. Las vulvovaginitis inespecíficas son aquellas en las que se encuentra flora bacteriana generalmente mixta, constituida por los gérmenes habituales de la vagina, que en algunos casos puede demostrarse algún organismo predominante. Las vulvovaginitis específicas son aquellas en las que se detecta un germen, generalmente único que no forma parte de la flora endógena habitual de la vagina.

En la niña prepuberal la etiología **inespecífica** es la más frecuente, abarcando entre 25 y 75% de los casos. En una revisión de 863 muestras de flujo vaginal se obtuvo 56,1% de vulvovaginitis inespecíficas, observándose en estos al examen directo células de tipo inflamatorio, los cultivos pueden ser negativos o presentar desarrollo de gérmenes de la flora comensal como

enterobacteriaceas, *E. coli*, *Proteus* sp, *E. fecalis*; o gémenes considerados de la flora normal de la vagina como Difteroides, *Staphylococcus epidermis*, *Streptococo alfa*, *Lactobacilo* sp.

La vulvovaginitis secundaria a Oxyuros es un hallazgo variable, pero siempre debe ser descartada. Según algunos autores, 20% de las pacientes que portan el parásito desarrollan VV. El parásito actúa como alérgeno y cuerpo extraño, transportando gérmenes desde el ano a la región vulvar, por lo que se asocia con desarrollo de enterobacteriaceas en los cultivos de flujo vaginal.

Las **VV específicas** corresponden a aquellos casos en que se obtienen gérmenes de patogenicidad conocida de origen respiratorio, entérico, de transmisión sexual o potencialmente de transmisión sexual.

Los patógenos respiratorios, más a menudo aislados son: *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes* y *Haemophilus influenzae*. Entre los gérmenes entéricos, *Shigella flexneri*. Los patógenos de transmisión encontrados a menudo son: *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Chlamydia trachomatis*; estos tres últimos en niñas mayores de dos años de edad. Patógenos potencialmente de transmisión sexual son aquellos en que no está bien establecido el mecanismo de contagio en la niña prepuberal siendo el más aislado *Gardnerella vaginalis*.

La vulvovaginitis estreptocócica es una condición vista únicamente en niñas prepuberes, causada por estreptococos hemolíticos del grupo A. Se caracteriza por la aparición súbita de eritema, edema y dolor vulvovaginal, acompañado de secreción mucosa. El eritema perianal puede preceder a la vulvitis. El frotis vulvar demuestra el organismo, esta infección se adquiere de la faringe, aunque síntomas de infección de garganta no estén presentes. El cuadro se maneja con antibióticos, si los síntomas no resuelven considerar substitutos de jabón e hidratantes para mejoría sintomática.

El herpes simple y los condilomas son poco comunes en niños y despierta inmediatamente la posibilidad de abuso sexual. Sin embargo otras enfermedades de transmisión sexual como herpes genital y gonorrea pueden transmitirse de una manera no sexual, de otro miembro de la familia o de verrugas de las manos del niño. Por lo tanto todo caso debe ser referido para asesoría.(2)

En general el clínico no puede establecer la etiología sin obtener el aislamiento del germen a través de un cultivo de secreción vaginal. Sin embargo, son más o menos característicos los síntomas que producen las infecciones por *Shigella* sp, *Streptococcus pyogenes* y *Neisseria gonorrhoeae*.

La *Shigella* se puede manifestar por una secreción mucopurulenta persistente de varias semanas de evolución, o lo que es más alarmante para la madre y el médico con una genitorragia que a veces puede ser bastante cuantiosa; al examen físico se encuentra gran congestión y edema del himen y del introito, y rara vez se asocia a diarrea

La infección por *Streptococo pyogenes* puede ser transmitida desde la garganta a los genitales a través de las manos, se puede manifestar por secreción genital serosanguinolenta, encontrando al examen de los genitales gran enrojecimiento de la mucosa vaginal y vulvar; en algunos casos se puede obtener simultáneamente *S. pyogenes* en cultivos de faringe y secreción vaginal.

La VV por *Neisseria gonorrhoeae* en la niña prepuberal provoca vaginitis y se debe sospechar ante una paciente que consulta por secreción de pocos días de evolución, generalmente menos de una semana, se acompaña de disuria y al examen físico se encuentra vulvitis severa con inflamación del introito, edema himeneal y secreción purulenta verdosa muy abundante sin olor. Se debe tomar muestra inmediata, frotis transhi-meneal para tinción de Gram, en el que es posible observar diplococos Gram negativos intracelulares, aunque no son exclusivos de este tipo de *Neisseria* sp hacen sospechar fuertemente el diagnóstico. Ante la presencia de *N. gonorrhoeae* es obligatorio sospechar abuso sexual. Se debe controlar con cultivos a los 7 y 14 días y tomar muestras para VDRL y VIH.

El papel patógeno de *Gardnerella vaginalis* en la niña prepuberal se presta a discusión, algunos autores consideran que ante su presencia se debe sospechar abuso sexual, sin embargo no existen trabajos suficientemente válidos de flora vaginal en niñas prepuberales sanas que demuestren que está ausente en este tipo de pacientes. Generalmente se manifiesta por una secreción verdosa líquida de mal olor y cuando produce síntomas la tratamos con metronidazol 20 mg/kg/día durante 7 días. La presencia de *Trichomonas* sp, herpes genital, condiloma acuminado debe hacernos descartar abuso sexual (11)

Vulvovaginitis en adolescente

En la adolescente es más frecuente la etiología específica que la inespecífica. Entre las vulvovaginitis específicas de la adolescente cabe destacar la candidiasis, vaginosis bacteriana, trichomoniasis.

La candidiasis vaginal en 80% de los casos es producida por *Candida albicans* y en el 20% restante pueden estar presentes *Torulopsis glabrata* y *Candida tropicalis*, esta última es más difícil de erradicar con los tratamientos habituales. Produce una secreción blanca como queso cortado, inodora, prurito y ardor vulvar, se puede presentar después de tratamientos antibióticos, en pacientes diabéticas o premenstrual por elevación del pH. Al examen físico la vulva está enrojecida, a veces edematosa, con pequeñas lesiones satélites o fisuras. En el examen directo al fresco es posible observar hifas.

La vaginosis bacteriana se produce por alteración de la flora microbiana de la vagina, con un aumento en la concentración de *Gardnerella vaginalis* y de gérmenes anaerobios especialmente

bacteroides, *Mobiluncus sp* y *Mycoplasma hominis* y disminución relativa de *Lactobacilos sp* y de la producción de hidrógeno peroxidasa.

Representa el 30% de todas las VV en la mujer y el 4 a 15% entre las estudiantes universitarias. Se manifiesta por una secreción de mal olor, homogénea, líquida grisácea con olor a pescado. Es rara la inflamación de la pared vaginal. Para hacer el diagnóstico se requieren 3 de los siguientes criterios: secreción homogénea, pH sobre 4,5, test de aminas positivo, presencia de *clue cells* al examen directo

Trichomona vaginalis es un parásito flagelado que causa 15 a 20% de las VV en adolescentes y es adquirida por contacto sexual. Produce una secreción espumosa grisácea o amarillenta de mal olor, acompañada muchas veces de prurito o disuria. Al examen la vulva se ve inflamada con secreción. Su hallazgo obliga a descartar otras enfermedades de transmisión sexual.

Entre otras causas de secreción vaginal en la adolescente cabe mencionar la vaginitis secundaria a cuerpo extraño. Se caracteriza por una secreción persistente generalmente café oscura, purulenta, mal olor con vulvitis secundaria que no responde a tratamiento médico. La causa más frecuente es un tampón olvidado.

Es importante mencionar otras enfermedades de transmisión sexual comunes y que conviene descartar en adolescentes con actividad sexual, que muchas veces son asintomáticas, como *N. gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y *Mycoplasma sp* que se caracterizan más bien por provocar cervicitis que secreción vaginal, en muchos casos son responsables de los procesos inflamatorios pelvianos. Es útil reconocer y tratar oportunamente a estos patógenos porque comprometen seriamente la fertilidad a futuro. (11)

Factores de riesgo asociados

Las niñas son propensas a la vulvovaginitis por razones anatómicas debido a que la piel de la zona vulvar es muy fina y a la atrofia fisiológica del epitelio vaginal, que tiene un bajo contenido de glucógeno y pH neutro. También influyen la falta de producción de moco cervical y de la protección que aportan los labios mayores, las deficiencias del sistema inmunitario local y la cercanía de la vulva con la región anal. Otros factores son el lavado de manos inadecuado, las dificultades para higienizarse luego de evacuar, el contacto con la arena o la tierra, el uso de productos para la higiene que contienen detergentes, la ropa interior inapropiada y el abuso.

Los gérmenes pueden alcanzar la región genital a partir de la zona anal o uretral, o de la piel circundante. También la difusión de las bacterias desde la vía aérea superior es posible mediante la autoinoculación y, ocasionalmente, por diseminación hemática.

Asimismo, se debe considerar que la vulvovaginitis puede ser secundaria a la presencia de cuerpos extraños intravaginales o al abuso sexual. (1)

La adolescencia es un estado físico y fisiológico de transformación, con cambios de comportamiento, junto a conductas sexuales de riesgo a adquirir infecciones de transmisión sexual. Durante este periodo, las hormonas provocan cambios de epitelio que lo hacen susceptible a infecciones, el epitelio cilíndrico y el canal endocervical se vuelve más ectópico y por lo tanto más expuesto a varios agentes que infectan comúnmente estos tejidos. (9)

En vaginosis bacteriana, síndrome caracterizado por las alteraciones en la flora vaginal, nunca se ha probado la transmisión sexual. Tampoco como causa de candidiasis vulvovaginal. Los antibióticos, diabetes no controlada, y otros cambios hormonales pueden predisponer a las pacientes a infección por hongos. Ropa interior que acumule humedad también puede contribuir al desarrollo de infección o exacerbación de síntomas. Los anticonceptivos vaginales, ropa muy ajustada, detergentes y jabones con aromatizantes, duchas vaginales y la pobre higiene genital puede irritar la vulva y vagina e incrementar la susceptibilidad a infección. Las relaciones sexuales sin protección y las múltiples parejas sexuales incrementan el riesgo de vaginosis bacteriana, tricomoniasis, cervicitis como gonorrea, clamidia y en casos raros infecciones por virus del herpes. (5)

Presentación clínica

Los síntomas más frecuentes en la vulvovaginitis infantil son la secreción vaginal, el eritema vulvar, la disuria y el prurito. Se deben investigar las características físicas del flujo vaginal (color, cantidad, olor, consistencia y duración), pues en ocasiones nos orientarán hacia un cuadro específico. En el examen físico, además de la presencia de secreción purulenta, se pueden apreciar signos de inflamación (eritema del introito), así como signos de excoriación del área genital por rascado. En la mayoría de las ocasiones no se necesitan estudios microbiológicos si la clínica es leve, recomendándose un cultivo de la secreción vaginal si existe flujo purulento franco, sintomatología importante o cuadros de repetición. (8)

En la anamnesis es importante considerar el tiempo de evolución, relación con alguna situación mórbida o ambiental, hábitos higiénicos, uso reciente o actual de algún medicamento, presencia de prurito, ardor, síntomas urinarios y preguntar a la madre si ella presenta secreción vaginal. En aquellos casos que la niña presenta secreción averiguar las características de esta, color, aspecto, olor, y precisar la fecha de inicio de los síntomas.

Para realizar un buen examen físico es preciso establecer una buena relación con la madre y la niña. Hay que realizar un examen físico general antes del examen genital. Al examen genital es necesario inspeccionar la vulva y región inguinal, observar aspecto de la piel y presencia de vello, en segundo lugar separar los labios mayores para ver el aspecto de las estructuras del introito. Inspeccionar la región perianal. El tacto rectal se realiza en aquellos casos en que se sospecha

cuerpo extraño o cuando no hay evidencias de secreción y es necesario exprimir la pared rectovaginal para que esta se haga evidente. (11)

En los adolescentes la sensación de invulnerabilidad conduce a la reducción del empleo de condones o a la negación de sus síntomas. Los factores de comportamiento que sitúan a las adolescentes en un mayor riesgo incluyen la mayor probabilidad de que tengan varios compañeros sexuales en lugar de relaciones prolongadas con una sola persona. Además al cuadro clínico de la enfermedad puede modificarlo una práctica higiénica excesiva y el retraso de la búsqueda de atención médica cuando sospecha una infección reaccionando con vergüenza y temor. Una vez que se realice el diagnóstico es probable que la paciente no termine el tratamiento, en especial si disminuyeron los síntomas; también es frecuente que falten a las consultas de seguimiento y tengan dificultades para informar a sus padres acerca de la enfermedad (6)

Diagnóstico y manejo.

Los estudios microbiológicos se justifican si hay un flujo vaginal visible al examen e inflamación moderada o severa. Esto debería incluir frotis con coloración de Gram y prueba para oxíuros, particularmente si hay mucha picazón. Un tratamiento sintomático simple con baño de sal o vinagre es generalmente apropiado en primeras instancias. Se debería utilizar antibiótico solo si se identifica un patógeno (N. gonorrhoeae, etc).

El examen bacteriológico de flujo vaginal y antibiograma se realiza utilizando medios de cultivo adecuados para los gérmenes que producen vulvovaginitis en pediatría. La flora endógena aerobia en la niña prepúber es similar a la de la piel circundante, constituida fundamentalmente por microorganismos gram positivos, estafilococos coagulasa negativo, estreptococo del grupo viridans y rara vez enterobacterias. El material para el cultivo debe extraerse del fondo del saco vaginal. Debe valorarse la realización de urocultivo y coprocultivo. Las imágenes como rayos X o ecografía pelviana se reservan ante la sospecha de cuerpo extraño. La vaginoscopia es un método excepcional efectuado por especialista en caso de vulvovaginitis crónica recidivante o hemorrágica sin causa definida.

El tratamiento incluye medidas generales como uso de ropa interior de algodón, lavado de genitales con jabones neutros, técnica de limpieza perianal adecuada evitando el arrastre de gérmenes de la zona anal a vulvar, no compartir toallas ni ropa interior, evitar el baño de inmersión y el empleo de esponja. Además medidas locales durante el episodio agudo conlleva baños de asiento descongestivo con agua de manzanilla en proporción de una cucharada sopera colmada de hoja de manzanilla en un litro de agua hirviendo dejar enfriar y mantener de 5 a 10 minutos 2 veces por día. En la etapa subaguda, si persiste la inflamación y el prurito se utilizan cremas locales con antibióticos y antiinflamatorios. El uso de medicación antibiótica intravaginal en caso de

vulvovaginitis crónica o recidivante y se reserva la medicación sistémica ante tratamiento específico de la oxiuriasis, antibiótico por vía oral en caso de germen predominante asociado a reacción inflamatoria detectado en el examen bacteriológico de acuerdo a la sensibilidad antibiótica por antibiograma. Excepcionalmente en vulvovaginitis crónica o hemorrágicas se medica estrógenos de acción selectiva en tracto genital inferior y superior por vía oral 500 a 1000 microgramos día por 10 a 15 días. Además la extracción de cuerpo extraño por vaginoscopia y antibioticoterapia profiláctica de amplio espectro vía oral para favorecer epitelización por 10 a 15 días en caso de encontrarse cuerpo extraño. (2)

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de investigación:

DESCRIPTIVA OBSERVACIONAL: Pues no existió intervención del investigador, los datos reflejan evolución natural de los eventos.

TRANSVERSAL: Todas las variables fueron medidas en una sola ocasión.

Periodo de investigación

Marzo a Junio del año 2016

Universo

Niñas y adolescentes de 6 a 19 años que consulten en UCSFI Acajutla y UCSFE Ciudad Mujer, Colón. Edad establecida en programas de atención de niños y adolescentes MINSAL.

Muestra

Pacientes que se registraron en el sistema operativo SIMMOW (Sistema de Morbimortalidad en Línea) del MINSAL de 6 a 19 años que presentaron al momento de la consulta vulvovaginitis.

Criterios de inclusión

- Paciente femenina entre 6 a 19 años de edad atendidas en UCSFI Acajutla y UCSFE Ciudad Mujer, Colón en el período de Marzo a Junio de 2016.
- Paciente con diagnóstico de vulvovaginitis por clínica.
- Expediente completo (que contenga historia clínica, examen físico y descripción de tratamiento brindado).

Criterios de exclusión

- Pacientes que al momento de la consulta se encuentren con sangrado menstrual.
- Embarazo confirmado por examen de laboratorio.
- Pacientes con otras ITS.

La muestra se conforma de 55 pacientes, se excluyeron 15 pacientes, 8 embarazadas y 7 con otras enfermedades de transmisión sexual (4 con diagnóstico de herpes genital y 3 con condilomatosis)

Muestreo

No probabilístico, por conveniencia

En dicha investigación se seleccionó la muestra siguiendo criterios inclusión y exclusión. Escogimos el muestreo intencional según los objetivos.

Variables

Variable independiente: Factores de Riesgo

Variable dependiente: Vulvovaginitis

Operacionalización de variables

OBJETIVO	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR
Identificar los principales factores de riesgo asociados a vulvovaginitis en niñas y adolescentes de 6 a 18 años de edad atendidas en UCSFI Acajutla y UCSFE Ciudad Mujer Colón, en el período de Marzo a Junio de 2016.	<u>Vulvovaginitis</u>	Inflamación del epitelio de la vulva y de la vagina.	Registro en el sistema operativo SIMMOW del MINSAL, bajo clasificación CIE 10 compatible con vulvovaginitis	Vaginitis aguda	N760
				Vaginitis subaguda y crónica	N761
				Vulvitis aguda	N762
				Vulvitis subaguda y crónica	N763
				Vaginitis, vulvitis, vulvovaginitis en enfermedades infecciosas y parasitarias clasificadas en otra parte.	N771
				Candidiasis de la vulva y de la vagina	B373 (N77.1)
	<u>Factores de riesgo</u>	Toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud	Factores de riesgo vinculados al desarrollo de vulvovaginitis	Actividad sexual	Inicio de relaciones sexuales Número de parejas sexuales en el último año
				Uso de anticonceptivos orales	Barrera Anticonceptivos orales Inyectable DIU
				Automedicación	Automedicación
				Antibióticos recientes	Uso reciente de antibiótico.
				Higiene genital	Valoración de higiene genital: Adecuada Inadecuada

				Tipo de ropa interior	Algodón Nylon
				Parasitosis	Antecedete parasitismo
Establecer el rango de edad mayoritariamente afectado por dicha patología	<u>Edad</u>		Número de años cumplidos al momento de consulta.	Obtenido del expediente clínico	Pregunta abierta en la ficha evaluativa
Detectar el principal motivo de consulta por el cual los padres o cuidadores solicitan atención.	<u>Motivo de consulta</u>	Problema principal detectado por el paciente o cuidador que lo lleva a consultar.	Consulta por, establecido en el expediente clínico	Obtenido del expediente clínico	Dolor de vientre Picazón Flujo Eritema de genitales Sangrado Mal de orín Mal olor
Identificar los síntomas y signos más frecuentes con los que se manifiesta la vulvovaginitis en la población especificada.	<u>Síntomas</u>	Es toda manifestación de enfermedad que el paciente refiere, pero que no se puede comprobar objetivamente.	Síntomas descritos en historia clínica compatibles con el cuadro clínico de vulvovaginitis.	Obtenido del expediente clínico	Prurito Eritema Disuria Fiebre Ardor vulvar Secreción. Detallar Color: Blanco, amarillo, verdoso, Fetidez Dolor abdominal Sangrado Prurito Anal Diarrea
	<u>Signos</u>	Manifestación objetiva de enfermedad que el profesional reconoce o provoca, y para ello utiliza sus sentidos	Signos encontrados en el examen físico compatibles con cuadro clínico de vulvovaginitis.	Obtenido del expediente clínico	Excoriaciones Eritema Señales de mala higiene Leucorrea Detalle características: Color Consistencia Fetidez Lesiones cutáneas

Fuentes de información

Secundaria, expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de vulvovaginitis de 6 a 19 años atendidas en UCSFI Acajutla y UCSFE Ciudad mujer en el periodo de Marzo a Junio 2016.

Técnicas de obtención de información

Revisión de expedientes de las pacientes del grupo etario y área geográfica establecidas, según sean registrados en el sistema operativo SIMMOW (Sistema de Morbimortalidad en Línea) del MINSAL, bajo clasificación CIE 10, en los siguientes apartados, serán introducidos al estudio:

- N760 Vaginitis aguda
- N761 Vaginitis subaguda y crónica
- N762 Vulvitis aguda
- N763 Vulvitis subaguda y crónica
- N771 Vaginitis, vulvitis, vulvovaginitis en enfermedades infecciosas y parasitarias clasificadas en otra parte.
- B373 Candidiasis de la vulva y de la vagina

Herramientas para obtención de información

Se utilizó una ficha evaluativa de expediente clínico digitalizada en el programa Epi Info™ para su posterior tabulación, graficación y análisis de datos.

Mecanismos de confidencialidad y resguardo de los datos

Se garantizó el respeto de cada uno de los pacientes que participaron en el estudio mostrando absoluta confidencialidad y protección de identidad, ya que al momento de recolección de datos no se utilizó nombre, ni registro del expediente de cada paciente sino, que se asignó un código numérico de revisión. Además no se necesitó consentimiento informado ya que se realizará de forma retrospectiva.

Procuraremos el máximo beneficio y especial protección del grupo de estudio a establecer. A las usuarias femeninas de los centros asistenciales en cuestión, se les informará de las conclusiones o resultados concernientes a su salud. Esperando se traduzca en medidas de salud pública en beneficio de la comunidad, debiendo comunicar a las autoridades sanitarias las conclusiones del estudio.

Procesamiento y análisis de información

Se utilizará el programa Epi Info™ para construcción, procesamiento y análisis de datos, así como representación por medio de gráficas.

RESULTADOS

A. Datos generales

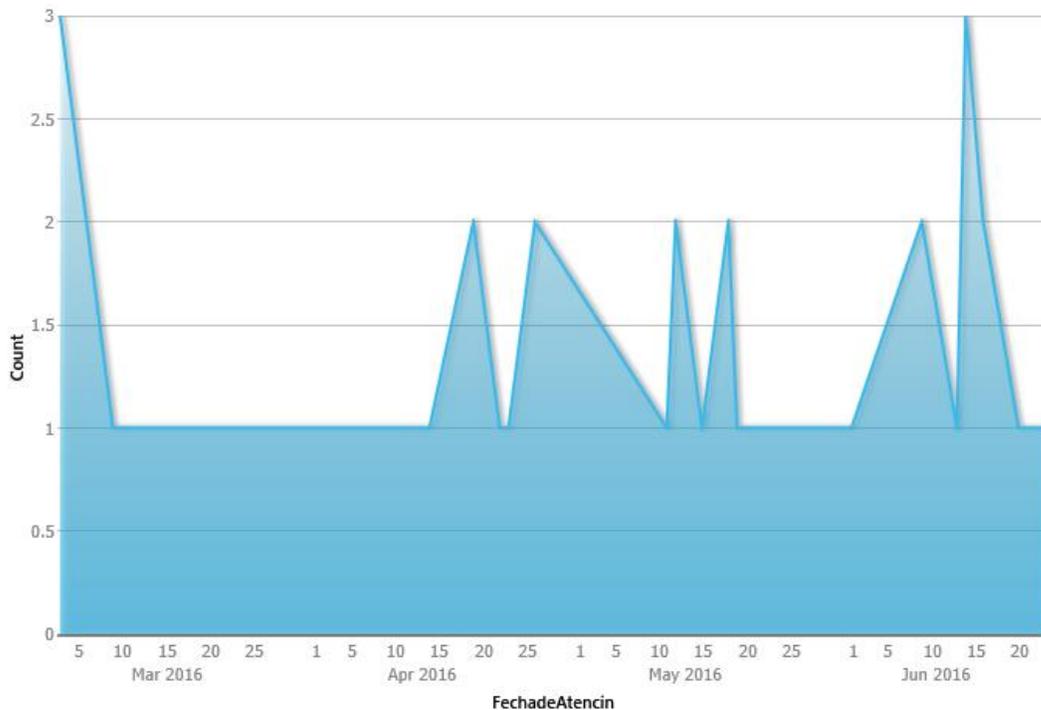
Tabla No 1: Centro de atención de niñas y adolescentes atendidas

Centro de atención	Frecuencia	Porcentaje
UCSF I Acajutla	28	71.79%
UCSF E Ciudad Mujer Colón	11	28.21%
TOTAL	39	100.00%

Fuente: Consolidación de datos ficha para revisión de expedientes clínicos de niñas y adolescentes incluidas en la revisión UCSFI Acajutla y UCSFE Ciudad Mujer Colon, Marzo Junio 2016.

Se observa mayor población objetivo atendido en UCSFI Acajutla con 71.79% del total de la población, siendo en UCSF E Ciudad Mujer Colón 28.21% de las niñas y adolescentes estudiadas.

Grafico No. 1 Frecuencia de casos atendidos según fecha de atención de pacientes



Fuente: Consolidación de datos ficha para revisión de expedientes clínicos de niñas y adolescentes incluidas en la revisión UCSFI Acajutla y UCSFE Ciudad Mujer Colon, Marzo Junio 2016.

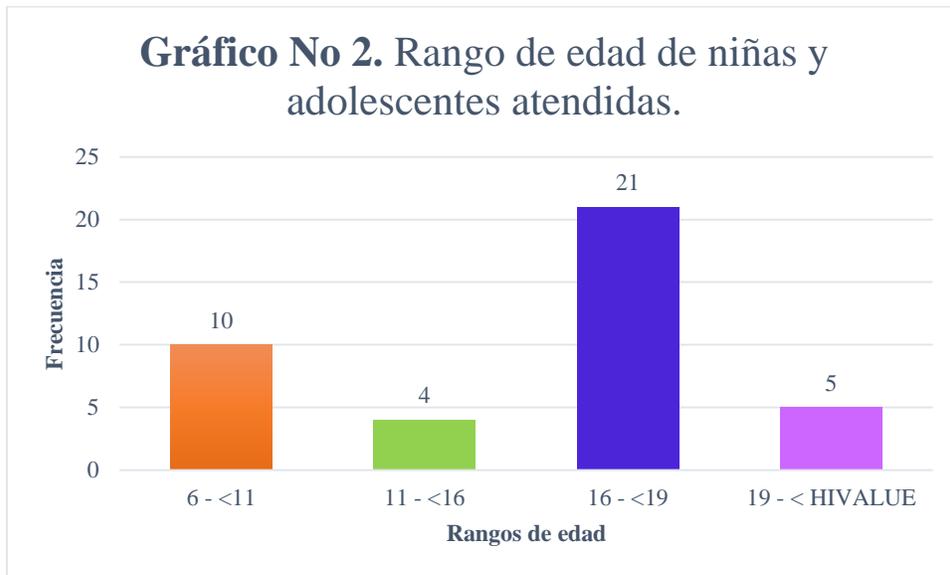
En la gráfica se muestra una atención de al menos un paciente en todo el periodo de estudio de marzo a junio del presente año, con un pico de atención en los primeros días de marzo y las últimas semanas de junio.

B. Objetivo No 1: Rango de edad mayoritariamente afectado por dicha patología.

Tabla No 2: Rango de edad de niñas y adolescentes atendidas

Edad	Frecuencia	Porcentaje
6 – 10	10	25.00%
11 – 15	4	10.00%
16 - 18	21	52.50%
19	5	12.50%
TOTAL	40	100.00%

Fuente: Consolidación de datos ficha para revisión de expedientes clínicos de niñas y adolescentes incluidas en la revisión UCSFI Acajutla y UCSFE Ciudad Mujer Colon, Marzo Junio 2016.



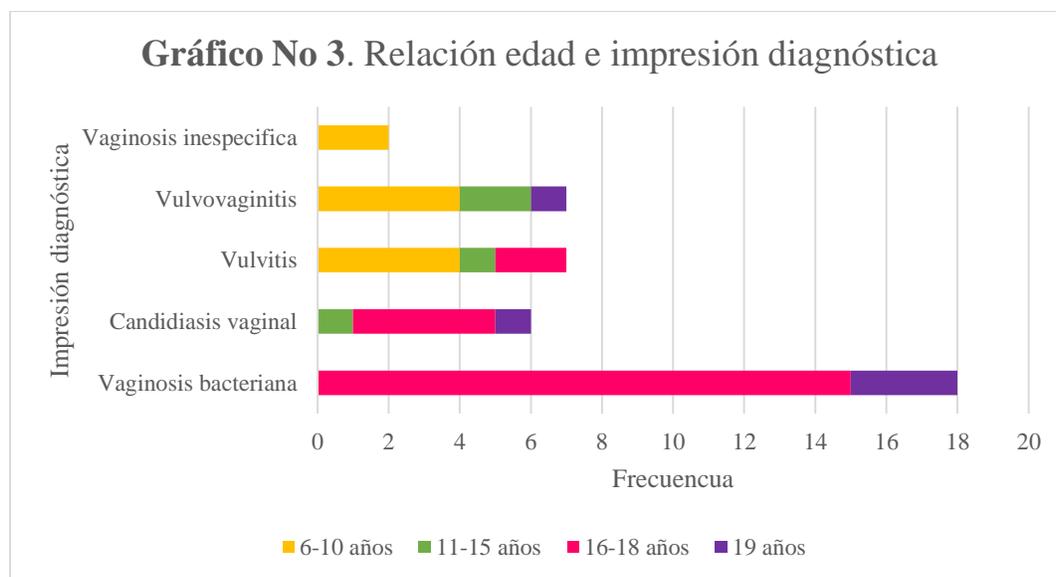
Fuente: Consolidación de datos ficha para revisión de expedientes clínicos de niñas y adolescentes incluidas en la revisión UCSFI Acajutla y UCSFE Ciudad Mujer Colon, Marzo Junio 2016.

El gráfico número 2 nos demuestra que la población mayoritariamente atendida es la comprendida entre los 16-18 años de edad, que corresponde al 52.5% del total. Seguido en frecuencia con 25% de atenciones el rango de 6 a 10 años. Siendo las edades que con menos frecuencia consultaron las de 11 a 15 años con el 10% del total de atenciones.

Tabla No. 3 Correlación rango de edad afectado con impresión diagnóstica.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA	RANGO DE EDAD								TOTAL
	6-10 años		11-15 años		16-18 años		19 años		
	No	%	No	%	No	%	No	%	
Vaginosis bacteriana	0	0%	0	0%	15	83.30%	3	16.70%	18
Candidiasis vaginal	0	0%	1	16.60%	4	66.80%	1	16.70%	6
Vulvitis	4	57%	1	14.40%	2	28.60%	0	0%	7
Vulvovaginitis	4	57%	2	28.60%	0	0%	1	14.30%	7
Vaginosis inespecifica	2	100%	0	0%	0	0%	0	0%	2

Fuente: Consolidación de datos ficha para revisión de expedientes clínicos de niñas y adolescentes incluidas en la revisión UCSFI Acajutla y UCSFE Ciudad Mujer Colon, Marzo Junio 2016.



Fuente: Consolidación de datos ficha para revisión de expedientes clínicos de niñas y adolescentes incluidas en la revisión UCSFI Acajutla y UCSFE Ciudad Mujer Colon, Marzo Junio 2016.

Se pone de manifiesto que para el rango de edad 6 a 10 años prevalece vulvovaginitis y vulvitis, pues representan 57% de la frecuencia total del padecimiento, vaginosis inespecífica se presenta únicamente en este rango de edad. Entre 11 y 15 años, se observan 2 casos de vulvovaginitis, y un único caso de vulvitis y candidiasis vaginal, haciendo énfasis que son el menor grupo de consulta, de 16 a 18 años predomina marcadamente vaginosis bacteriana con un 83.3% del total el padecimiento, seguido de candidiasis vaginal donde representan el 66% sobre el total y en menor porcentaje la vulvitis con un 28.6% del total. Las adolescentes de 19 años presentan predominantemente vaginosis bacteriana y candidiasis vaginal de igual frecuencia, representando 16.7% del total del padecimiento.

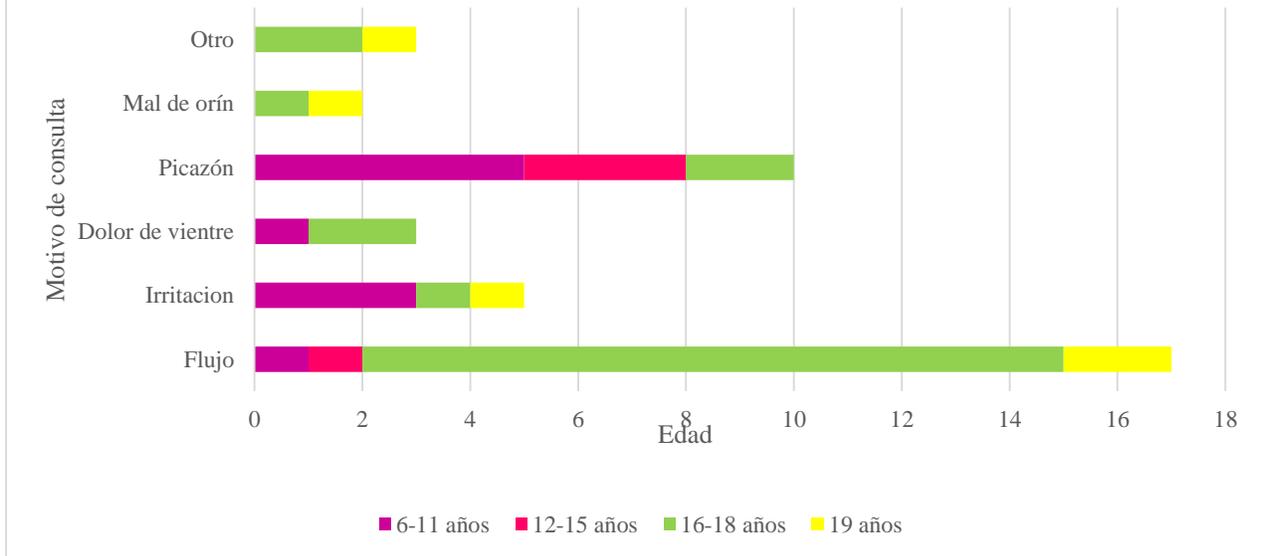
A. Objetivo No 2: Principal motivo de consulta por el cual los padres o cuidadores solicitan atención.

Tabla 3. Principal motivo de consulta por rango de edad.

MOTIVO DE CONSULTA	EDAD (años)				TOTAL	PORCENTAJE
	6-11	12-15	16-18	19		
Flujo	1	1	13	2	17	42.5%
Irritacion	3	0	1	1	5	12.5%
Dolor de vientre	1	0	2	0	3	7.5%
Picazón	5	3	2	0	10	25%
Mal de orín	0	0	1	1	2	5%
Otro	0	0	2	1	3	7.5%
					40	100%

Fuente: Consolidación de datos ficha para revisión de expedientes clínicos de niñas y adolescentes incluidas en la revisión UCSFI Acajutla y UCSFE Ciudad Mujer Colon, Marzo Junio 2016.

Gráfico No 3. Motivo de consulta por rango de edad



Fuente: Consolidación de datos ficha para revisión de expedientes clínicos de niñas y adolescentes incluidas en la revisión UCSFI Acajutla y UCSFE Ciudad Mujer Colon, Marzo Junio 2016.

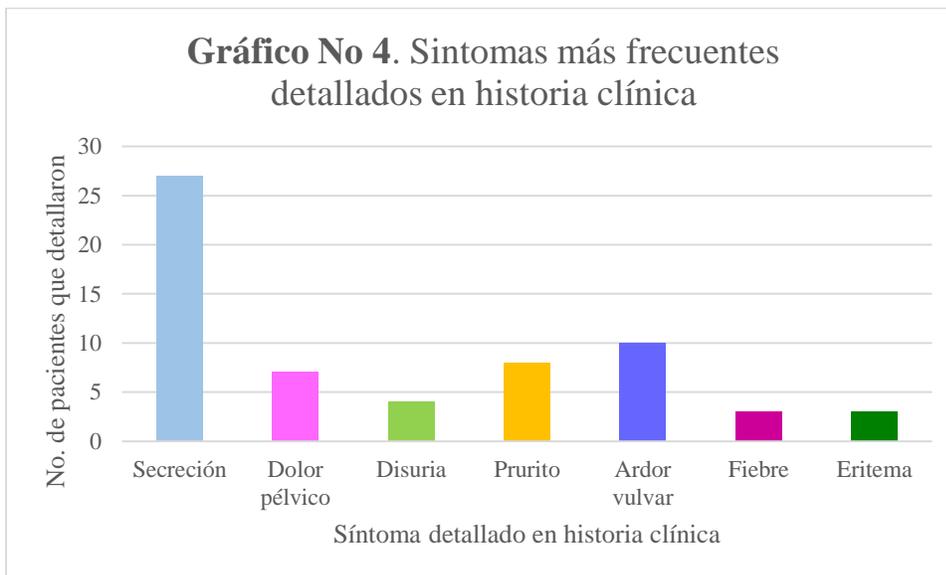
El gráfico número 3 nos muestra el motivo de consulta por el que principalmente tanto padres o cuidadores como las mismas pacientes solicitan atención, siendo el principal el flujo vaginal con 42.5% de todas las consultas, en segundo lugar, picazón con un 25% sobre el total, y de último mal de orin con únicamente 5% de las consultas. Por rango de edad el síntoma predominante en 6-11 años encontramos picazón seguido por irritación, en el rango 12 a 15 años encontramos picazón y en segundo lugar flujo, observamos que entre 16 y 18 años predomina como motivo de consulta el flujo, y en 19 años encontramos flujo, y en igual frecuencia mal de orín e irritación.

B. Objetivo 3: Identificar los síntomas y signos más frecuentes con los que se manifiesta la vulvovaginitis en la población especificada.

Tabla No. 4 Principales síntomas detallados en historia clínica

SINTOMAS DETALLADOS EN HISTORIA CLÍNICA	Frecuencia	Porcentaje
Secreción	27	45%
Dolor pélvico	7	12%
Disuria	4	7%
Prurito	8	13%
Ardor vulvar	10	18%
Fiebre	3	5%
Eritema	3	5%
TOTAL	62	100%

Fuente: Consolidación de datos ficha para revisión de expedientes clínicos de niñas y adolescentes incluidas en la revisión UCSFI Acajutla y UCSFE Ciudad Mujer Colon, Marzo Junio 2016.



Fuente: Consolidación de datos ficha para revisión de expedientes clínicos de niñas y adolescentes incluidas en la revisión UCSFI Acajutla y UCSFE Ciudad Mujer Colon, Marzo Junio 2016.

El grafico número 4 presenta los síntomas con los que más frecuentemente se manifiestan las infecciones vaginales, siendo el principal la secreción vaginal con 45%, seguido con un 18% correspondiente a ardor vulvar, 13% prurito y como menos frecuente fiebre y eritema con un 5%.

Tabla No. 5 Detalle síntomas detallado en historia clínica según patología

SINTOMAS DETALLADOS EN HISTORIA CLÍNICA	Vaginosis bacteriana		Candidiasis vaginal		Vulvovaginitis		Vulvitis		Vaginosis inespecifica		TOTAL
Secreción	18	66.70%	3	11.10%	3	11.10%	1	3.70%	2	7.40%	27
Dolor pélvico	6	85.70%	0	0%	0	0%	1	14.30%	0	0%	7
Disuria	4	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	4
Prurito	0	0%	4	50%	1	12.50%	3	37.50%	0	0%	8
Ardor vulvar	2	20%	1	10%	3	30%	4	40%	0	0%	10
Fiebre	1	33.30%	0	0%	1	33.30%	1	33.33%	0	0%	3
Eritema	1	33.30%	0	33.30%	1	33.30%	1	33.30%	0	0%	3
											62

Fuente: Consolidación de datos ficha para revisión de expedientes clínicos de niñas y adolescentes incluidas en la revisión UCSFI Acajutla y UCSFE Ciudad Mujer Colon, Marzo Junio 2016.



Fuente: Consolidación de datos ficha para revisión de expedientes clínicos de niñas y adolescentes incluidas en la revisión UCSFI Acajutla y UCSFE Ciudad Mujer Colon, Marzo Junio 2016.

En el gráfico número 5 se hace la correlación entre síntomas más frecuentemente descritos e impresión diagnóstica, se puede ver que el síntoma más frecuente en vaginosis bacteriana e inespecífica es la secreción vaginal, mientras que en candidiasis la principal manifestación clínica es el prurito. Así mismo el ardor vulvar es más frecuente en vulvovaginitis y vulvitis.

Tabla No. 6 y 7 Características de secreción descrita en historia clínica y relación con impresión diagnóstica.

Impresión diagnóstica	Frecuencia	Porcentaje
Candidiasis vaginal	6	15%
Vaginosis bacteriana	18	45%
Vaginosis inespecifica	2	5%
Vulvitis	7	17.5%
Vulvovaginitis	7	17.5%
TOTAL	40	100.00%

Fuente: Consolidación de datos ficha para revisión de expedientes clínicos de niñas y adolescentes incluidas en la revisión UCSFI Acajutla y UCSFE Ciudad Mujer Colon, Marzo Junio 2016.

Características de la secreción	Vaginosis bacteriana	Candidiasis vaginal	Vulvovaginitis	Vulvitis	Vaginosis inespecífica.
Blanca	8	3	1	0	0
Amarilla	5	0	2	1	2
Grisácea	2	0	0	0	0
Verdosa	1	0	0	0	0
Sanguinolenta	0	0	0	0	0
Fétida	10	0	0	1	1

Fuente: Consolidación de datos ficha para revisión de expedientes clínicos de niñas y adolescentes incluidas en la revisión UCSFI Acajutla y UCSFE Ciudad Mujer Colon, Marzo Junio 2016.

Las tablas 6 y 7 nos muestran las características descritas por las pacientes o padres, de los 18 diagnósticos de vaginosis bacteriana, 10 describieron una leucorrea fétida, lo cual sólo se observó en 1 caso de vulvitis y 1 en vaginosis inespecífica no así en candidiasis vaginal ni vulvovaginitis.

Tabla No.8 Signos detallados en la historia clínica

Hallazgos al examen físico	Frecuencia	Porcentaje
Leucorrea	29	61%
Eritema	18	36%
Excoriación	0	0%
Señales de mala higiene	1	3%
Lesiones cutáneas	0	0%
	48	100%

Fuente: Consolidación de datos ficha para revisión de expedientes clínicos de niñas y adolescentes incluidas en la revisión UCSFI Acajutla y UCSFE Ciudad Mujer Colon, Marzo Junio 2016.



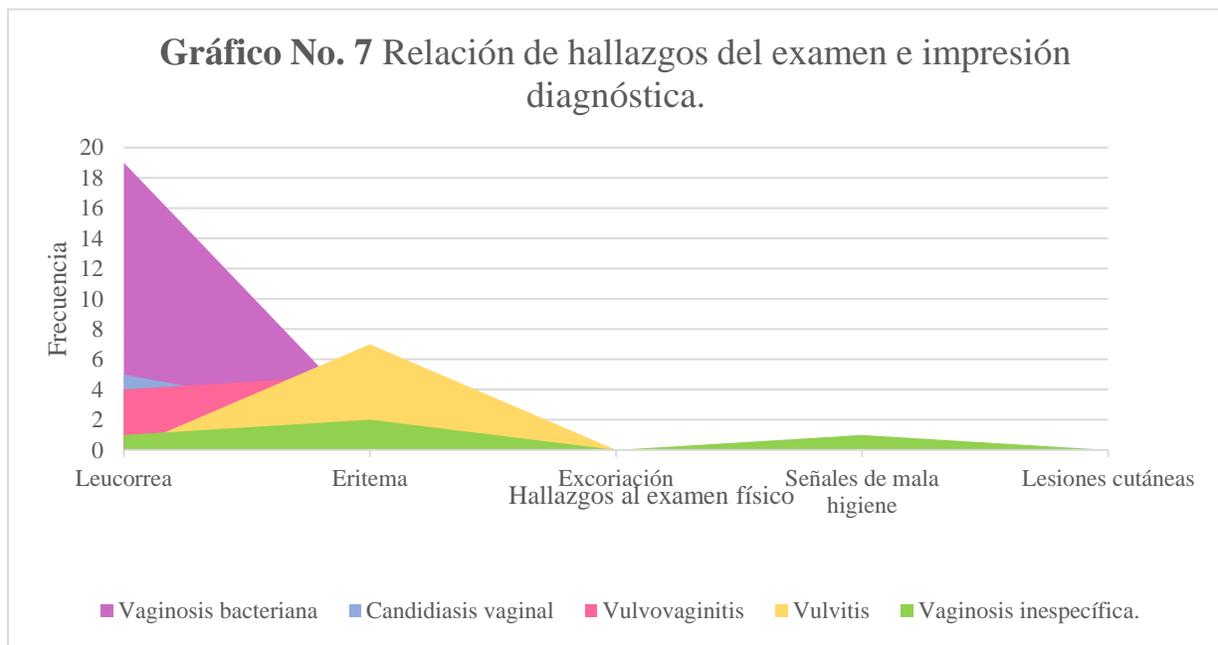
Fuente: Consolidación de datos ficha para revisión de expedientes clínicos de niñas y adolescentes incluidas en la revisión UCSFI Acajutla y UCSFE Ciudad Mujer Colon, Marzo Junio 2016.

Gráfico número 6 muestra los hallazgos más frecuentes al examen físico: el principal leucorrea en el 61% de los casos, seguido de eritema 36% y menos frecuente señales de mala higiene 3%. No se encontraron excoriaciones ni lesiones en piel.

Tabla No. 9 Relación hallazgos examen físico e impresión diagnóstica.

HALLAZGOS AL EXAMEN FÍSICO	Vaginosis bacteriana		Candidiasis vaginal		Vulvovaginitis		Vulvitis		Vaginosis inespecífica.		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Leucorrea	19	65.5%	5	17.2%	4	13.8%	0	0%	1	3.5%	29
Eritema	2	11.1%	2	11.1%	5	27.7%	7	40%	2	11.1%	18
Excoriación	0		0		0		0		0		0
Señales de mala higiene	0		0		0		0		1	100%	1
Lesiones cutáneas	0		0		0		0		0		0

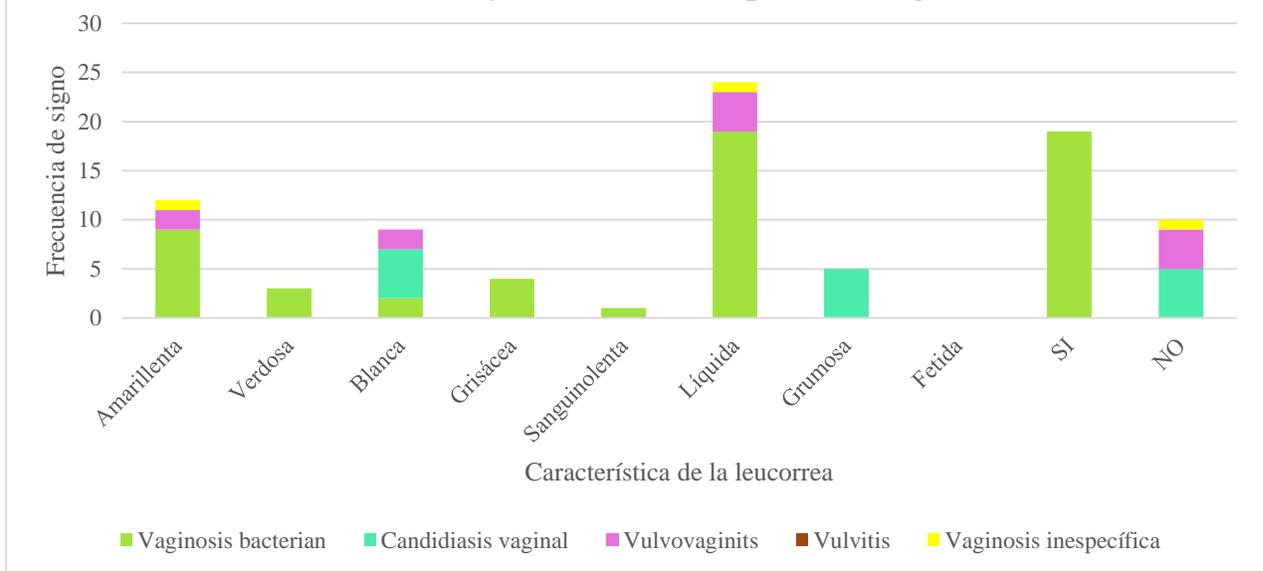
Fuente: Consolidación de datos ficha para revisión de expedientes clínicos de niñas y adolescentes incluidas en la revisión UCSFI Acajutla y UCSFE Ciudad Mujer Colon, Marzo Junio 2016.



Fuente: Consolidación de datos ficha para revisión de expedientes clínicos de niñas y adolescentes incluidas en la revisión UCSFI Acajutla y UCSFE Ciudad Mujer Colon, Marzo Junio 2016.

En el gráfico 7 se correlacionan los mismos hallazgos al examen físico con la impresión diagnóstica, en donde observamos que leucorrea es el signo mayoritariamente presente en los casos de vaginosis bacteriana (65.5%). Eritema es el hallazgo más frecuente en vulvitis con un 40%.

Gráfico No 8. Característica de la leucorrea detallada en examen físico y relacion con impresión diagnóstica.



Fuente: Consolidación de datos ficha para revisión de expedientes clínicos de niñas y adolescentes incluidas en la revisión UCSFI Acajutla y UCSFE Ciudad Mujer Colon, Marzo Junio 2016.

Gráfico número 8. Se muestran las características de leucorrea más frecuentes por patología en el caso de vaginosis bacteriana el 100% de leucorreas que se presentaron eran fétidas, y líquidas. En candidiasis el 100% de leucorreas eran de color blanco, grumosa, no fétidas; en el caso de las vulvovaginitis el 100% eran líquidas no fétidas. En el caso del diagnóstico de vulvitis no se presentó leucorrea en ninguno de los casos.

C. Tabla No. 10 Factores de riesgo asociados a vulvovaginitis en niñas y adolescentes incluidas en el estudio

Factores de riesgo		Total (n=40)	%	Vaginosis Bacteriana (Total=18)	Vulvovaginitis (Total=7)	Vulvitis (Total=7)	Candidiasis Vaginal (Total=6)	Vaginosis inespecífica (Total=2)
Menarquia	Si	14	35	10	0	0	4	0
	No	10	25	0	3	5	0	1
	No se especifica	16	40	8	4	2	2	1
Relaciones sexuales	Si	18	45	14	0	0	4	0
	No	11	27.5	0	4	5	0	1
	No se especifica	11	27.5	4	3	2	2	1
Uso anticonceptivo	Si	20	50	16	1	0	3	0
	No	20	50	2	6	7	3	2
Automedicación	Si	1	2.5	0	1	0	0	0
	No	4	10	1	0	1	1	0
	No se especifica	35	87.5	17	6	6	5	2
Uso antibiótico previo	Si	1	2.5	0	0	1	0	0
	No	1	2.5	0	0	0	1	0
	No se especifica	38	95	18	7	6	5	2
Parasitosis	Si	0	0	0	0	0	0	0
	No	0	0	0	0	0	0	0
	No se especifica	40	100	18	7	7	6	2
Antecedentes médicos	Si	0	0	0	0	0	0	0
	No	40	100	18	7	7	6	2
Tipo de ropa interior	Algodon	0	0	0	0	0	0	0
	Lycra	1	2.5	0	1	0	0	0
	No se especifica	39	97.5	18	6	7	6	2
Valoración higiene	Adecuada	0	0	0	0	0	0	0
	Deficiente	0	0	0	0	0	0	0
	No se especifica	40	100	18	7	7	6	2

Fuente: Consolidación de datos ficha para revisión de expedientes clínicos de niñas y adolescentes incluidas en la revisión UCSFI Acajutla y UCSFE Ciudad Mujer Colon, Marzo Junio 2016.

D. Tabla No. 11 Manejo indicado según impresión diagnóstica

Tratamiento indicado	TOTAL	Vaginosis bacteriana	Candidiasis vaginal	Vulvovaginitis	Vulvitis	Vaginosis inespecífica
Medidas de higiene	3			1	2	
Antibiótico oral	4	4		4		
Antimicótico oral	3	1	2			
Antiparasitario*	6	4				2
Antibiótico vaginal **	14	14				
Antimicótico vaginal***	8		5	3		
Esteroides tópicos	5			2	2	1
Antibiótico tópico	0					
Referencia	0					

*Metronidazol tableta

** Metronidazol gel vaginal

*** Clotrimazol crema vaginal

Fuente: Consolidación de datos ficha para revisión de expedientes clínicos de niñas y adolescentes incluidas en la revisión UCSFI Acajutla y UCSFE Ciudad Mujer Colon, Marzo Junio 2016.

Se observa el uso predominante de cremas vaginales, el 100% de candidiasis es tratada con antimicótico en presentación oral o vaginal, el 100% de las vaginosis bacteriana utiliza metronidazol en presentación oral o vaginal, llama la atención 5 casos que el médico tratante indica además antibiótico oral y antimicótico oral. En el caso de vulvovaginitis se observa manejo con antibióticos orales, antimicóticos vaginales y esteroides tópicos. Ante vulvitis se incluyen medidas de higiene y esteroides tópicos. Y finalmente ante vaginosis inespecífica se observa uso de antiparasitarios y esteroides en presentación tópica.

DISCUSIÓN

El estudio se planteó como objetivo general identificar los principales factores de riesgo asociados a vulvovaginitis en niñas y adolescentes de 6 a 19 años, incluyó 40 pacientes, 71.79% del total de la población atendida en UCSF I Acajutla y 28.21% en UCSF E Ciudad Mujer Colón. Durante el periodo de estudio de marzo a junio 2016 se observa atención continua de al menos una paciente, con un pico de atención en los primeros días de marzo y las últimas semanas de junio. La población mayoritariamente afectada por la patología en estudio es la comprendida entre los 16-18 años de edad, que corresponde al 52.5% del total de consultantes. Seguido en frecuencia con 25% de atenciones el rango de 6 a 10 años. Siendo las edades que con menos frecuencia consultaron las de 11 a 15 años con el 10% del total de atenciones.

La leucorrea vaginal y la irritación vulvar son síntomas frecuentes de vulvovaginitis, y su aumento constante supone un porcentaje elevado del trabajo en la consulta ginecológica.

En las niñas preadolescentes el epitelio hipoestrogénico constituye el factor fundamental que hace a la mucosa vaginal susceptible a la infección, la menor protección del introito vaginal, la proximidad anatómica del recto y la vulva, los malos hábitos higiénicos, los productos irritantes locales y la manipulación. En la infancia, la infección comienza en la vulva, con diseminación secundaria a la vagina.

En la adolescente los estrógenos favorecen el engrosamiento de la mucosa vaginal y permiten la acumulación de glicógeno; además presenta vello pubiano protector y desarrollo de los labios mayores y menores. Son favorecedores de infección los cambios en el pH de la vagina por desbalance entre lactobacilos y microflora, también se ve afectada la flora vaginal por acción de antibióticos, duchas, secreción alcalina durante la menstruación, jabones alcalinos, diabetes mal controlada, uso de anticonceptivos orales, actividad sexual, uso de ropa de nailon o lycra muy ajustada, y mal hábito higiénico; en la adolescencia, y sobre todo con el inicio de la actividad sexual, la afectación primaria es vaginal.

El **motivo de consulta** por el que principalmente tanto padres, cuidadores y pacientes incluidos en la revisión solicitan atención es el flujo vaginal con 42.5% de todas las consultas, en segundo lugar, picazón con un 25% sobre el total, y de último mal de orin con únicamente 5% de las consultas.

El análisis por rango de edad revela que el principal motivo de consulta de 6-11 años es picazón seguido por irritación, en el rango 12 a 15 años encontramos picazón y en segundo lugar flujo, observamos que entre 16 y 18 años predomina como motivo de consulta el flujo, y en 19 años encontramos flujo, y en igual frecuencia mal de orín e irritación.

El **síntoma** que más frecuentemente manifiestan las pacientes y los cuidadores ante vulvovaginitis, es la secreción vaginal con 45%, seguido con un 18% ardor vulvar, 13% prurito y como menos frecuente fiebre y eritema con un 5%.

En la adolescente es más frecuente la etiología específica que la inespecífica. Entre las vulvovaginitis específicas de la adolescente cabe destacar la candidiasis, vaginosis bacteriana, trichomoniasis. La candidiasis vaginal produce una secreción blanca como queso cortado, inodora, prurito y ardor vulvar, se puede presentar después de tratamientos antibióticos, en pacientes diabéticas o premenstrual por elevación del pH. Al examen físico la vulva está enrojecida, a veces edematosa, con pequeñas lesiones satélites o fisuras.

La vaginosis bacteriana se produce por alteración de la flora microbiana de la vagina, con un aumento en la concentración de *Gardnerella vaginalis* y de gérmenes anaerobios, la bibliografía expresa que se manifiesta por una secreción de mal olor, homogénea, líquida grisácea con olor a pescado. Es rara la inflamación de la pared vaginal. La tricomoniasis en adolescentes, es adquirida por contacto sexual; produce una secreción espumosa grisácea o amarillenta de mal olor, acompañada muchas veces de prurito o disuria. Al examen la vulva se ve inflamada.

La revisión realizada nos muestra que las características descritas por las pacientes o padres, de los 18 diagnósticos de vaginosis bacteriana, 10 describieron una leucorrea fétida, lo cual sólo se observó en 1 caso de vulvitis y 1 en vaginosis inespecífica no así en candidiasis vaginal ni vulvovaginitis.

La correlación entre síntomas más frecuentemente descritos e impresión diagnóstica, se puede ver que el síntoma más frecuente en vaginosis bacteriana e inespecífica es la secreción vaginal, mientras que en candidiasis la principal manifestación clínica es el prurito. Así mismo el ardor vulvar es más frecuente en vulvovaginitis y vulvitis.

Los hallazgos más frecuentes al **examen físico** fueron la principal leucorrea en el 61% de los casos, seguido de eritema 36% y menos frecuente señales de mala higiene 3%. No se encontraron excoriaciones ni lesiones en piel. Al correlacionar los mismos hallazgos al examen físico con la impresión diagnóstica, en donde observamos que leucorrea es el signo mayoritariamente presente en los casos de vaginosis bacteriana (65.5%). Eritema es el hallazgo más frecuente en vulvitis con un 40%.

Las características de leucorrea más frecuentes por patología en el caso de vaginosis bacteriana el 100% de leucorreas que se presentaron eran fétidas, y líquidas. En candidiasis el 100% de leucorreas eran de color blanco, grumosa, no fétidas; en el caso de las vulvovaginitis el 100% eran líquidas no fétidas. En el caso del diagnóstico de vulvitis no se presentó leucorrea en ninguno de los casos.

Se pone de manifiesto que para el rango de edad 6 a 10 años prevalece vulvovaginitis y vulvitis, pues representan 57% de la frecuencia total del padecimiento, vaginosis inespecífica se presenta únicamente en este rango de edad. Entre 11 y 15 años, se observan 2 casos de vulvovaginitis, y un único caso de vulvitis y candidiasis vaginal, haciendo énfasis que son el menor grupo de consulta, de 16 a 18 años predomina marcadamente vaginosis bacteriana con un 83.3% del total el padecimiento, seguido de candidiasis vaginal donde representan el 66% sobre el total y en menor porcentaje la vulvitis con un 28.6% del total. Las adolescentes de 19 años presentan

predominantemente vaginosis bacteriana y candidiasis vaginal de igual frecuencia, representando 16.7% del total del padecimiento.

Sobre los **factores de riesgo** estudiados tenemos que en vulvitis y vulvovaginitis, que prevalece en el rango de edad 6 a 10 años con un 57% de la frecuencia total del padecimiento, el 71% de esta población detalla en su cuadro no menarquia al momento de evaluación, no relaciones sexuales ni uso de anticoncepción. No valorándose ningún otro factor de riesgo por expediente clínico incompleto. En vaginosis inespecífica que se presenta únicamente en este rango de edad 50% de lo detallado en el expediente no ha presentado menarquia, no inicio de relaciones sexuales ni uso de anticoncepción.

En los 18 casos de vaginosis bacteriana que se incluye en esta revisión, el rango de 16 a 18 años se presenta un 83.3% del total el padecimiento, y 16.7% en las adolescentes de 19 años, 16 pacientes afirman uso de método de anticoncepción, 14 de las pacientes ya iniciaron actividad sexual. No detallando en su mayoría número de parejas sexuales.

Por ultimo en los 6 casos reportados de candidiasis vaginal, 66.6% de los casos se encuentra entre los 16 y 18 años de edad, y el 16.7% de 19 años de edad, 4 de estos casos ya presentaron menarquia, ya iniciaron relaciones sexuales y 3 utilizan algún método de anticoncepción. Nuevamente por expediente clínico incompleto no se describen más factores de riesgo.

CONCLUSIONES

- Los resultados obtenidos con el presente estudio demuestran que hay una mayor prevalencia de infecciones vaginales en adolescentes que en niñas pre-púberes y de éstas el principal factor de riesgo que pudo demostrarse que está presente es el inicio de relaciones sexuales.
- El rango de edad mayoritariamente afectado por infecciones vaginales es el de adolescentes de 16 a 18 años de edad, al mismo tiempo que se verificó que principalmente éste grupo de edades acude a centros asistenciales por sus propios medios, sin la compañía de padres o cuidadores.
- Gracias a la revisión de expedientes realizada en esta investigación se pudo comprobar que el principal motivo de consulta por el que padres, cuidadores o las mismas pacientes deciden acudir a un centro asistencial es el flujo vaginal.
- Los principales síntomas presentes son secreción vaginal, prurito y ardor vulvar. Mientras que los principales signos encontrados en el examen físico siguen siendo leucorrea y eritema vulvar.
- Otro hecho que se pudo constatar a través de la presente investigación fue que en el grupo demográfico estudiado, la vaginosis bacteriana es la infección que se presenta con mayor frecuencia, seguida de candidiasis vaginal.
- Debido a la poca profundización al momento del interrogatorio, lo que da como resultado poca calidad de las historias clínicas, se nos proporciona información insuficiente para poder descifrar que otros son los factores de riesgo a los cuales está expuestas las niñas y adolescentes de nuestra población.

RECOMENDACIONES

AL MINISTERIO DE SALUD

- Deben impulsarse proyectos para educar a la población con respecto al tema pues es importante que las madres de familia tengan conocimiento de lo que son las infecciones vaginales, así como los factores predisponentes para adquirirlas

A LOS MEDICOS TRATANTES

- Se recomienda a los médicos tratantes ampliar en su historia clínica antecedentes y hábitos, pues así se impulsarían cambios y mejorías al encontrarse influentes negativos en la patología a tratar.

A LOS PADRES DE FAMILIA Y ADOLESCENTES CONSULTANTES

- Enseñar a las niñas la manera correcta de realizar el aseo vaginal después de utilizar el baño y la importancia de cuidar la higiene de su zona íntima con el fin de evitar las infecciones vaginales.
- Al notar anomalías en sus hijas como molestias o descargas vaginales las madres deberían llevar a sus hijas a un médico o ginecólogo antes de automedicarlas y así evitar complicaciones.
- A las adolescentes deberá impartírseles educación sexual, uso de protección ante contactos sexuales de riesgo, además darles a conocer los síntomas de infecciones para su pronta atención y manejo adecuado y oportuno.

CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES														
Actividad/ Mes	Febrero	Marzo			Abril		Mayo		Junio		Julio		Agosto	
Reunion de coordinacion general	26													
Primera asesoria		4												
Plan de trabajo			11											
Perfil de Investigación				18										
Segunda asesoria					8									
Primer avance de Protocolo						15								
Tercera asesoria							11							
Entrega de borrador de protocolo a asesor metodológico								13						
Entrega de protocolo definitivo									3					
Recoleccion de datos según instrumento de recoleccion aprobado									3 de Junio al 3 de Julio					
Cuarta asesoria											8			
Primer avance de informe final												15		
Informe final de Investigación													26	
Defensa pública oral														26-30

BIBLIOGRAFÍA

1. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology 24(2):129-137, Abr 2010
2. Comité de la SAP Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de vulvovaginitis en niñas prepúberes, Comité Nacional de Endocrinología. Arch.argent.pediatr 2000: 98 (6) 412, <http://sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/412.pdf>
3. Fischer, Gayle O. *Australasian Journal of Dermatology*. Nov2001, Vol. 42 Issue 4, p225-236. 10p. 19 Black and White Photographs. DOI: 10.1046/j.1440-0960.2001.00526.x.
4. Gynecological care to children and adolescents. Twelve-year experience at National Pediatrics Institute, Mexico. (English). By: Gayón-Vera, Eduardo; Paz-Camacho, Fernando; Iracheta-Gerez, María de la Luz. *Ginecología y Obstetricia de Mexico*. Oct2014, Vol. 82 Issue 10, p672-687. 16p. 6 Charts, 2 Graphs.
5. In the clinic Vaginitis and Cervicitis Section Co-Editors: Christine Laine, MD, MPH Sankey Williams, MD Science Writer: Jennifer F. Wilson 2009 American College of Physicians ITC3-6 In the Clinic Annals of Internal Medicine 1 September 2009
6. Joel Alejandro Varona SánchezI ; María del Carmen Almiñaque GonzálezII; Julio Aurelio Borrego LópezIII; Luis Ernesto Formoso MartínIV Vulvovaginitis en niñas y adolescentes Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 2010:36(1) 73-85 <http://scielo.sld.cu>
7. Laspina F1,2, Samudio M1 , Céspedes AM2 , González GM2 , Balmaceda MA1 1 Departamento Microbiología del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (UNA). 2 Servicio Microbiología del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Hospital Central (IPS) Agentes etiológicos de vulvovaginitis en niñas Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud, Vol. 3 (1), 2005 <http://sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/412.pdf>
8. Ortiz Movilla R., Acevedo Martín B.. Vulvovaginitis infantil. Rev Pediatr Aten Primaria [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2016 Abr 01] ; 13(52): 601-609. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000600011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322011000600011>.
9. Prevalence and Risk Factors for Bacterial Vaginosis and Other Vulvovaginitis in a Population of Sexually Active Adolescents from Salvador, Bahia, Brazil.Rita Elizabeth

Moreira Mascarenhas, Márcia Sacramento Cunha Machado, Bruno Fernando Borges da Costa e Silva, Rodrigo Fernandes Weyll Pimentel, Tatiana Teixeira Ferreira, Fernanda Maria Silva Leoni, Maria Fernanda. Rios Grassi. *Infect Dis Obstet Gynecol.* 2012; 2012: 378640. Published online 2012 Oct 22. doi: 10.1155/2012/37864

10. Robert Kliegman; Robert M Kliegman; Robert M. Kliegman; Richard E Behrman; Richard E. Behrman NELSON Tratado de Pediatría 19ª Edición Editorial ELSEVIER Año 2013 Parte XIII Medicina de la adolescencia. Infecciones de transmisión sexual.

11. Romero F. Patricia. Vulvovaginitis en niñas y adolescentes. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. 1999 Mayo [citado 2016 Mar 31] ; 70(3): 242-247. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41061999000300014&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41061999000300014>.

ANEXOS

Anexo No. 1 Instrumento de recolección de datos

Ficha para revisión de expedientes clínicos de niñas y adolescentes con diagnóstico de vulvovaginitis de 6 a 19 años de edad atendidas en UCSFI Acajutla y UCSFE Ciudad Mujer Colón, periodo marzo a junio de 2016.

1. UCSFI Acajutla _____ UCSFI Ciudad Mujer _____
2. No correlativo de revisión de expediente: _____
3. Edad de Paciente: _____
4. Procedencia: Rural _____ Urbana _____
5. Motivo de consulta
Dolor de vientre _____
Picazón _____
Flujo _____
Irritación vulvar _____
Sangrado _____
Mal de orin _____
Mal olor _____
Otros _____
6. Síntomas detallados en historia clínica
Prurito _____
Eritema _____
Disuria _____
Fiebre _____
Ardor vulvar _____
Secreción _____ Detallar:
Color: Blanco ___ Amarillo ___ Verdoso ___ Sanguinolenta ___ Grisácea ___
Fetidez: Si _____ No _____
Dolor pélvico _____
Sangrado _____
Prurito Anal _____
Diarrea _____
7. Edad de Menarquia : _____
8. Inicio de relaciones sexuales: Si _____ No _____ No se especifica _____
9. Número de parejas sexuales en el último año: _____ No se especifica _____
10. Uso método anticonceptivo
Si _____ No ___ No se especifica _____

- Ante aseveración especifique:
 Barrera ____ Anticonceptivos orales ____ Inyectable ____ DIU ____
 No corresponde ____ No se especifica ____
11. Manejo antibiótico previo por infección reciente:
 Sí ____ No ____ No se especifica ____
12. Automedicación
 Sí ____ No ____ No se especifica ____
 Con qué: Antibiótico oral ____ Antibiótico tópico ____ Antiparasitario ____
 Cremas vaginales ____ No se especifica ____
13. Valoración de higiene genital:
 Adecuada ____
 Deficiente ____
 No se especifica ____
14. Tipo de ropa interior mayoritariamente usada:
 Algodón ____ Nylon ____ No se especifica ____
15. Antecedente parasitosis: Si ____ No ____ No se especifica ____
16. Antecedentes médicos: Si ____ No ____ Especifique _____
17. Hallazgos al examen físico:
 Excoriaciones ____
 Eritema ____
 Señales de mala higiene ____
 Leucorrea ____ Detalle características: Color ____ Consistencia ____ Fetidez ____
 Lesiones cutáneas ____
18. Impresión diagnóstica:
 Vulvovaginitis ____
 Vaginosis bacteriana ____
 Candidiasis vaginal ____
 Oxiuros ____
19. Tratamiento indicado:
 Recomendaciones de limpieza de genitales adecuada ____
 Antibiótico oral ____
 Antimicótico oral ____
 Antiparasitario ____
 Antimicótico vaginal ____
 Antibiótico vaginal ____
 Antimicótico tópico ____
 Antibiótico tópico ____
 Esteroide tópico ____
 Referencia ____

San Salvador, 3 de Octubre del 2016

Doctora Jeannine Calderón
Directora
Escuela de Medicina
Presente

Estimada Dra. Calderón:

Por este medio comunico a usted que el Informe Final del Trabajo de Investigación, titulado:

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VULVOVAGINITIS EN NIÑAS Y ADOLESCENTES DE 6 A 19 AÑOS DE EDAD ATENDIDAS EN UCSFI ACAJUTLA Y UCSFE CIUDAD MUJER COLÓN, EN EL PERÍODO DE MARZO A JUNIO 2016”

Elaborado por:

Mónica Beatriz Erazo Alfaro
Mónica Rocío Torres Padilla

Cumple con las observaciones efectuadas por los miembros del Tribunal de Graduación.

Atentamente,

NOMBRE DEL ASESOR

FIRMA

SELLO PROFESIONAL