

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



ASPECTOS GINECO - OBSTETRICOS
DE
300 EMBARAZADAS EN MEDIO RURAL

TESIS

PRESENTADA POR EL PROFESOR

Gustavo Adolfo Lizardo Castro

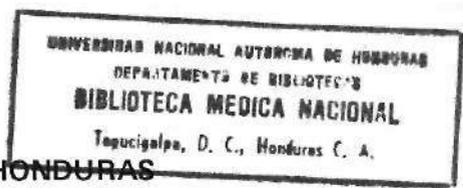
ACTO PREVIO A LA INVESTIDURA DE

Doctor en Medicina y Cirugia

618.16
L. 78
TEGUCIGALPA, D. C.

1979

HONDURAS, C. A.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ASPECTOS GINECO-OBSTETRICOS
DE
300 EMBARAZADAS EN MEDIO RURAL

T E S I S

PRESENTADA POR EL PROFESOR

GUSTAVO ADOLFO LIZARDO CASTRO

ACTO PREVIO A LA INVESTIDURA DE

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

TERNA EXAMINADORA

Dr. Ricardo Ochoa Alcántara (Coordinador)

Dr. Sergio Vargas

Dr. Edgardo Murillo C.

ASESORES DE TESIS

Dr. Alonzo Aguilera Ponce

Dr. Mario Alfredo Zambrana

Dr. Edmundo Poujol

SUSTENTANTE

Prof. Gustavo Adolfo Lizardo Castro

PADRINOS

Lic. Ranulfo Lizardo C.

Lic. Elmer Lizardo C.

Prof. Belia Lizardo C.

DEDICATORIA

A mis padres

Sr. Ernesto Enrique Lizardo C.

Sra. Melitina Castro de Lizardo

Con amor, admiración y respeto

A mis abuelitos

Sr. Venancio Lizardo C.

Sra. Beatriz C. de Lizardo

Sr. Pablo Castro R. (Q.E.P.D.)

Con eterno agradecimiento

A mis hermanos y sobrinos

Con amor fraterno

A mis tíos, especialmente

Prof. Candelario Lizardo y Familia

Lic. Ranulfo Lizardo y Esposa

Lic. Elmer Lizardo y Esposa

Con cariño y gratitud

A mis primos y cuñado

Con afecto y simpatía

A mis catedráticos y Universidad

Con reconocimiento imperecedero

A mis compañeros y amistades

Con cariño y sinceridad

A G R A D E C I M I E N T O

Por este medio, agradezco infinitamente al Laboratorio Central de Citología y al Departamento de Microbiología de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, por la colaboración prestada, sin la cual no hubiera sido posible realizar este trabajo de investigación.

Asímismo, agradezco altamente a mis asesores de Tesis y a la Comisión Examinadora. De igual manera al Lic. en Microbiología Ramón Valladares, quién fue el encargado de efectuar la parte microbiológica de este estudio.

En lo relativo a la recolección de datos, agradezco la valiosa colaboración de la Dra. Carmen Dolores Espinoza de Suazo y, de las enfermeras del Centro de Salud de Corquín, Doña Claudia de Alvarado, Alminda Pineda de Velásquez y Luz Dariana Mejía.

En la impresión de esta Tesis, la ayuda espontánea y desinteresada de Petrona de Lizardo y de Isidro Avila, ha motivado mi agradecimiento imperecedero.

Finalmente, agradezco a la Región de Salud #5, especialmente al Dr. Alberto Hernández, al P.M. Adolfo Castillo y al Dr. Arturo Escobar, por su colaboración.

SUMARIO

	Pág. No.
Introducción.	1
Material y Métodos.	3
A. Descripción del Universo.	
B. Descripción de la Muestra.	
C. Recolección de Datos.	
D. Instrucciones dadas a la Paciente.	
E. Técnica para la toma de la Citología.	
F. Técnica para la toma del Cultivo.	
G. Recursos necesarios a utilizar.	
H. Tiempo de investigación.	
Resultados y Análisis.	14
A. Información obtenida de la Ficha de Embarazada.	
B. Resultados obtenidos de la Citología Vaginal.	
C. Resultado del Cultivo de Secreción Vaginal.	
D. Estudio comparativo entre Colpocitología y Cultivo de Secreción Vaginal.	
Resumen.	36
Conclusiones.	38
Recomendaciones.	40
Bibliografía.	41.

INTRODUCCION

INTRODUCCION

Dada la alta frecuencia de leucorrea pruriginosa tanto en las pacientes que asisten a los hospitales públicos, como a nivel de Sub-centros de Salud de ciudades y municipios, y tomando en cuenta de que mi Servicio Social me tocó realizarlo en el área rural, aproveché esta circunstancia para hacer un estudio sobre la incidencia que en mujeres embarazadas tienen las *Cándida albicans*, *tricomonas* y bacterias patógenas en la vagina, así como también investigar otros aspectos de interés en mujeres en dicho estado.

Para tal efecto, se tomaron citologías vaginales y cultivos de secreción vaginal, que permitirán determinar la eficiencia de tales estudios en el diagnóstico de infecciones vaginales. Asimismo, permitirá hacer un estudio comparativo entre ambos métodos.

Mediante este estudio, será posible establecer la relación existente entre la edad, paridad, uso de anticonceptivos, presencia de leucorrea y el padecimiento de infecciones vaginales ocasionadas por cualquiera de los micro-organismos anteriormente señalados. Además se conocerán aspectos ginecológicos y obstétricos de importancia en estas mujeres que habitan un sector rural del Occidente de la República.

Se ha tratado de hacer conciencia en todas la mujeres que formaron -- parte de este estudio, sobre la importancia y la necesidad de efectuarse -- citologías vaginales con regularidad.

Revisando las Tesis leídas hasta la fecha, encontré que ninguna se -- ocupa de este tema, por lo cual este trabajo viene a constituirse en el -- primero en realizarse a nivel de comunidad rural y que tiene como eje de -- estudio la mujer embarazada.

Se demuestra además que aún en medios rurales y con los pobres recur- sos con que contamos los médicos en el Servicio Social, es factible hacer investigaciones, que nos lleven a conocer nuestra realidad y a prestar un servicio efectivo a la Comunidad.

Además, contribuimos mediante la investigación con uno de los postula dos fundamentales de nuestra Alma Mater y se crea así, más acercamiento en tre la Universidad y nuestro pueblo.

Considero que aparte de los propósitos específicos que me indujeron a hacer este Estudio, hice un buen rastreo de cáncer cervicovaginal en las - embarazadas de esta Zona de Occidente, lo cual me satisface mucho, ya que en mi opinión, los trabajos de Tesis, además de hacer investigación, deben beneficiar a nuestras comunidades.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL Y METODOS

A. DESCRIPCION DEL UNIVERSO

Corquín es un municipio que pertenece al Departamento de Copán, - ubicado en el Occidente de la República, distante 40 Kms. de la cabecera Departamental, que es Santa Rosa; está situado en el extremo sur del Valle de Cucuyagua, circundado al Este y Oeste por las cordilleras del Celaque y Merendón respectivamente. Sus límites son: Al Norte, con San Pedro de Copán, al Noroeste, con la Unión, al Oeste con Lucerna, al -- Sur, con Sensenti y San Marcos, y al Este, con Belén Gualcho. Los dos primeros, son municipios del Departamento de Copán y los cuatro últimos pertenecen al Departamento de Ocotepeque.

La distancia que separa Corquín de sus municipios vecinos es relativamente corta, ya que apenas hay 5 Kms. a San Pedro de Copán, siendo San Marcos de Ocotepeque, el más lejano, calculándose una distancia -- real (no por vía de acceso en carro, que es de 47 Kms), de alrededor - de 25 Kms. Debido a esta cercanía puede explicarse el hecho de que es-tas comunidades gocen de un clima y condiciones geográficas semejantes, a excepción de Belén Gualcho que se encuentra a inmediaciones de la Cordillera de Celaque.

Corquín, es un importante municipio del Departamento de Copán, contando con una población aproximada de 6,000 habitantes en el casco urba-no, la que sumada a la población de sus once aldeas, se aproxima a los

10,000 habitantes. Es un pueblo agricultor siendo su principal patrimonio, el cultivo del café. Su vía de acceso es fácil, ya que está comunicado con la Carretera de Occidente, por un desvío de 11 Kms. sin pavimentar, en relativo buen estado. Su clima es variable, su terreno quebrado, cubierto de pinos y está irrigado por los ríos Julalgua, Jopopo y Aruco, los cuales establecen divisorias con los municipios vecinos.

B. DESCRIPCION DE LA MUESTRA

Con el propósito de obtener resultados confiables, sobre la realidad que viven las embarazadas de áreas rurales, y dadas las similares condiciones climatológicas, topográficas y culturales, se incluyeron en la muestra un total de trescientas mujeres embarazadas de los municipios de: Corquín, San Pedro y La Unión, del Departamento de Copán, Sensenti y San Marcos del Departamento de Ocotepeque.

El embarazo fué el requisito único que se exigió a la mujer para formar parte del estudio; de allí las diferencias encontradas en cuanto a edad, paridad, etapa de embarazo, salud genital, uso de contraceptivos, etc . . .

La totalidad de las pacientes estudiadas, corresponden a un estrato económico-social bajo, ó sea, la típica mujer campesina de Honduras. Bajo esta característica, los hondureños ya tendremos una imagen clara de ella, en base a sus prejuicios y costumbres.

Se practicaron 300 citologías y se tomaron al azar, 50 cultivos de

secreción vaginal para hacer un estudio comparativo entre ambos métodos.

La distribución por municipio, de las citologías tomadas es la siguiente: Corquín 85, La Unión 81, San Marcos 57, Sensenti 47 y San Pedro 40.

La cantidad de citologías tomadas en cada municipio, guarda relación proporcional a la población del mismo.

Más adelante, se describirá la técnica utilizada para la toma de muestras, las cuales fueron enviadas al Departamento de Citología del Hospital Materno Infantil, en un plazo de uno a quince días.

Como antes anoté, los cultivos se tomaron al azar, tomando en consideración, únicamente dos requisitos: 1° Embarazo y 2° Citología Vaginal. En aproximadamente la mitad de los casos, la citología y el cultivo fueron tomados en el mismo día, en el resto, la citología precedió al cultivo en un intervalo que va de días a semanas.

Una vez tomada la muestra de los cultivos, con la técnica que describiré adelante, se procedía a introducirlo en un termo repleto con hielo para mejor conservación de las muestras y luego se emprendía viaje hacia Tegucigalpa, para depositarlas en el Laboratorio de Microbiología de la Universidad, donde de inmediato se hacía el exámen en fresco a temperatura ambiente, en busca de tricomonas ó de Cándida albicans y luego se sembraba en un medio de gelosa-sangre con base de Casman, haciéndose la lectura correspondiente 48 horas después.

De Corquín a Tegucigalpa, hay 440 Kms., siendo esta larga distancia, uno de los mayores obstáculos interpuestos en la realización de este estudio.

No obstante, después de considerar la situación, el Jefe del Departamento de Microbiología, Dr. Edmundo Poujol me recomendó, tomar las -- muestras, colocarlas en hielo y trasladarlas al Laboratorio lo más pronto posible, y así lo hice; sin embargo, debido a la distancia y a otros detalles de última hora, las muestras tardaban en llegar al laboratorio de siete a dieciocho horas, con un promedio de 12 a 15 horas, ya que me resultaba más práctico tomar las muestras por la noche, dejarlas en refrigeración y emprender el viaje de madrugada. Según el Licenciado en Microbiología, Ramón Valladares, a cuyo cargo estuvo este estudio, las muestras llegaban en buen estado.

Los cincuenta cultivos se tomaron en los municipios siguientes: -- Corquín 30, San Pedro de Copán 10 y Sensenti 10.

C. RECOLECCION DE DATOS

Con este propósito se elaboró una ficha especial que se le llamó -- "Ficha de Embarazada", y corresponde una a cada paciente; su confección es la siguiente:

FICHA DE EMBARAZADA

A. DATOS GENERALES

Fecha del Frotis _____ Municipio _____

Nombre _____ Edad _____ B. Civil _____

Procedencia _____ Ocupación _____

Religión _____ N. Socioeconómico _____

B. ANTECEDENTES PATOLOGICOS

1.-Personales _____

2.-Familiares _____

C. HISTORIA GINECO-OBSTETRICA

Menarca _____ Reglas Tipo _____ Dismenorrea _____

Gesta _____ Para _____ Aborto _____ Cesárea _____

FUP _____ FUA _____ FUM _____ FPP _____

Edad Gestacional _____

Complicaciones _____

Leucorrea _____ Coloración y Carácter _____

Cantidad _____ Fetidez _____

Prurito Vaginal _____ Intensidad _____

Tratamiento _____

Uso de Anticonceptivos _____ Tipo _____ Tiempo _____

D. EXAMEN FISICO

Estado General _____ Peso _____ PA _____

Hallazgos Patológicos _____

Ginecológicos: Vulva _____ Vagina _____
Cérvix _____ Utero _____ Anexos _____

E. OBSERVACIONES _____

F. PROBABLE CAUSA DE LEUCORREA _____

G. ESTUDIOS DE LABORATORIO _____

1.-Citología _____ Resultado _____

2.-Examen en fresco _____ Resultado _____

3.-Cultivo de Secreción vaginal _____ Resultado _____

Una vez tomada la muestra, con la información contenida en la ficha, procedía a llenar el formulario de solicitud de examen citológico, el cual puede apreciarse en la siguiente página.

D. INSTRUCCIONES DADAS A LA PACIENTE (Citología y Cultivo)

- 1.- Abstenerse de duchas vaginales 24 horas antes.
- 2.- No aplicarse óvulos, cremas, ni ninguna clase de medicamentos intra vaginales, en las 48 horas previas al examen.
- 3.- Abstenerse de relaciones sexuales y exploraciones ginecológicas en las 24 horas anteriores al examen.
- 4.- Que el examen no coincidiera con el período menstrual.

E. TECNICA PARA LA TOMA DE CITOLOGIA

- 1.- Previo al examen, se preparó psicológicamente a la paciente hacién

Ministerio de Salud Pública y A.S.
 División de Laboratorios
 Laboratorio de Citología.

C. _____

Para uso exclusivo del Laboratorio.

SOLICITUD DE EXAMEN CITOLÓGICO

Nombre _____ Edad _____ E. Civil _____

Unidad Médica _____ Expediente N° _____ Sala _____

Razón o motivo del estudio _____

Fecha del Frotis _____ 1ª Vez Subsiguiente

Gravida _____ Para _____ Abortos _____

F. U. R. _____ F. U. Parto _____ F. U. Aborto _____

Embarazo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Semanas	
Amenaza de Ab.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Iniciación	
Tipo de Lesión:	Ectropión	<input type="checkbox"/>	Erosión	<input type="checkbox"/>
	Exocerv.	<input type="checkbox"/>	Endocerv.	<input type="checkbox"/>
	Leucorrea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Hemorragia de Contacto
		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cirugía Ginecológica			Tipo	Fecha
			Número	Fecha
Citología Anterior			Cinugía	Radiación
	Legnado	<input type="checkbox"/>	Cauterizo	<input type="checkbox"/>
	Positiva	<input type="checkbox"/>	Negativa	<input type="checkbox"/>
		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Método Anticonceptivo			Desde	
Diagnóstico Presuntivo				
Otros Datos				
Nombre del Médico				

- dole ver lo inocuo, sencillo y efectivo del procedimiento.
- 2.- Antes de efectuar el examen, se llena la parte correspondiente a la anamnesis, de la "Ficha de Embarazada" y se tiene todo el material necesario al alcance de la mano. Las láminas llevarán en uno de los extremos y al reverso las iniciales de la paciente (nombre y apellido) y el número de expediente.
 - 3.- Se coloca la paciente en posición ginecológica, se introduce el espéculo sin lubricante, inspeccionando las paredes vaginales, se localiza el cérvix, entre las valvas del espéculo, el cual se fija.
 - 4.- Con una mano se sostiene el espéculo y con la otra el bajalenguas, con éste se efectúa un ligero raspado a nivel del fondo de saco posterior y el material obtenido se deposita en un extremo de la lámina porta-objetos.
 - 5.- Luego con el otro extremo del bajalenguas se procede igualmente a un leve raspado en la pared lateral del tercio proximal (superior) de la vagina, y el material obtenido se deposita en el otro extremo de la misma lámina.
 - 6.- Finalmente, con otro bajalenguas más delgado y angosto, se obtiene material del orificio cervical, imprimiéndole un movimiento de rotación que permita obtener células de la línea cilíndrico-escamosa, - sitio donde con frecuencia aparece cáncer, el material obtenido se deposita con el parte central de la misma lámina.
 - 7.- Una vez tomada la muestra, la enfermera procede a fijarla, utilizando para ello "spray" de cabello, de laca fijadora (resinas vegetales) y luego se deja secar al aire libre.

8.- Por último, las láminas son empaquetadas y enviadas al Laboratorio Central de Citología en un lapso de quince días, donde serán teñidas de acuerdo con el método de Papanicolaou.

F. TECNICA PARA LA TOMA DEL CULTIVO

- 1.- Preparar psicológicamente a la paciente.
- 2.- Previo al examen, rotular con el nombre y expediente de la paciente el tubo de ensayo que contiene el caldo corazón-cerebro para la conservación de las muestras.
- 3.- Colocar la paciente en posición ginecológica, introducir el espéculo sin lubricante, localizando el cérvix, abrir y fijar las valvas del espéculo.
- 4.- Sacar cuidadosamente el isopo del tubo de ensayo, evitándole contacto alguno, luego introducirlo entre las valvas del espéculo y acercarlo con cierta presión en el fondo de saco posterior, primero, y en el cérvix después. Inmediatamente introducirlo en el tubo de ensayo hasta el fondo, para que quede inmerso en el caldo.
- 5.- Seguidamente, colocarlo en un termo con abundante hielo y trasladarlo al Laboratorio del Departamento de Microbiología de la UNAH.

G. RECURSOS NECESARIOS A UTILIZAR

a) Recursos Humanos:

Para la toma de las muestras obtuve la colaboración espontánea e inmediata de las enfermeras de los Sub-centros de Salud de Corquín, -

San Pedro, La Unión, Sensenti y San Marcos. Otra gran colaboración que afortunadamente tuve para la realización de este estudio fué la de la Doctora Infieri Carmen Dolores Espinoza de Suazo, quién se encontraba en Corquín haciendo su Servicio Social de Odontología.

La colaboración obtenida del Departamento de Citología del Hospital Materno Infantil (ahora Hospital Escuela) y del Departamento de Microbiología de la UNAH, fué fundamental para que este trabajo de investigación se llevara a cabo.

b) Recursos Materiales

- 1.- Guantes
- 2.- Espéculo
- 3.- Bajalenguas de madera
- 4.- Láminas porta-objetos
- 5.- Lápiz punta de diamante (marca-láminas)
- 6.- Fijador ("spray" de laca fijadora de cabello)
- 7.- Hojas para solicitud de exámen citológico
- 8.- Ficha de embarazada
- 9.- Tubos de ensayo conteniendo caldo corazón-cerebro y su respectivo isopo, introducido a través del tapón de hule.
- 10.- Termos conteniendo hielo.

H. TIEMPO DE INVESTIGACION

Este trabajo lo desarrollamos entre los meses de julio de 1978 y febre-

ro de 1979, es decir en 8 meses. Tuve limitaciones para la entrega de los cultivos, ya que inicialmente sólo me permitían llevar cinco cultivos por mes, fué hasta en los últimos tres meses ante mi insistencia -- de que me aceptaran diez cultivos por mes, que se me permitió dicha petición. Esto explica que el número de cultivos practicados fuese limitado a cincuenta.

RESULTADOS Y ANALISIS

RESULTADOS Y ANALISIS

A continuación haré una exposición detallada de la información obtenida de la "Ficha de Embarazada", haciendo uso de cuadros para mayor claridad y seguidamente expondré los resultados obtenidos de la citología vaginal y del examen en fresco, así como del cultivo de secreción vaginal en medio de gelosa-sangre para investigar *Cándida albicans* y bacterias, haciendo uso de gráficos y cuadros para ilustración.

A medida que se vayan dando a conocer los resultados de nuestro estudio, se hará un análisis de los mismos, en base a otros estudios publicados en la literatura médica extranjera principalmente y, en menor grado en la nacional.

A. INFORMACION OBTENIDA DE LA FICHA DE EMBARAZADA

CUADRO I

Clasificación de las Pacientes en Base a su Edad

Edad (Años)	Pacientes	Porcentaje
15-19	51	17.0
20-24	84	28.0
25-29	71	23.7
30-34	47	15.7
35-40	34	11.3
40-44	13	4.3
TOTAL	300	100.0%

En el cuadro anterior puede observarse que el mayor número de pacientes corresponden a las edades comprendidas entre 20-29 años, las cuales suman un total de 155 pacientes, que alcanzan un 51.7% de la muestra. Estos resultados son similares a los obtenidos en otros estudios. (8,9,13).

CUADRO II

Edad en que Ocurrió la Menarquía en las Pacientes Estudiadas

Edad (Años)	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	Total
Numero	1	1	24	61	85	73	30	14	10	1	300
Porcentaje	0.3	0.3	8.0	20.4	28.3	24.4	10.0	4.7	3.3	0.3	100%

Se observa que la menarca más precoz ocurrió a la edad de 10 años y la más tardía a los 19.

Un total de 219 pacientes presentaron su menarquía entre los 13 y 15 años de edad, lo cual corresponde a 73.0%.

En países del norte de Europa y en Estados Unidos se ha observado una disminución de la edad en que aparece la menstruación (10), de manera que actualmente se toma como tiempo medio de comienzo de la menstruación la edad de 12 a 13 años (4,10).

En nuestro estudio la mediana resultante es de 14.74, utilizando la fórmula siguiente:

$$\text{Mediana} = Li + \left(\frac{N/2 - (\Sigma f)_1}{f. \text{ med}} \right) c$$

Donde: Li = Límite inferior de la clase de la mediana

N = Número de datos (total de frecuencias)

$(\Sigma f)_1$ = Sumatoria de las frecuencias anteriores a la frecuencia de la mediana.

f.med = Frecuencia de la clase de la mediana.

c = Tamaño del intervalo

CUADRO III

Intervalo de las Menstruaciones Previas al Embarazo

INTERVALO	NUMERO	PORCENTAJE
< 28 días	12	4.0
28 días	21	7.0
30 días	221	73.7
> 30 días	14	4.7
Variable	32	10.6
TOTAL	300	100.0%

Es de aceptación general en los textos de ginecología, que el intervalo medio con que ocurre la menstruación es de 28 días (4,10,14). Sin embargo, las variaciones son frecuentes, incluso en los ciclos de una misma mujer. En nuestro estudio el intervalo medio es de 30 días, pero ello se de-

be quizá, a que nuestra mujer campesina no lleva un registro exacto de sus ciclos y con facilidad expresa "la regla me viene cada mes".

Aquellas mujeres que durante toda su vida reproductiva, nunca saben cuando van a presentar su regla, debido a las notables fluctuaciones de la misma, fueron clasificadas en la denominación "variable" y corresponde a 10.6%.

CUADRO IV

Clasificación de las Pacientes por su Gestación

GESTA	NUMERO	PORCENTAJE
Primigesta	58.	19.3
Secundigesta	47	15.7
Tercigesta	37	12.3
4 y más	158	52.7
TOTAL	300	100.0%

Del cuadro anterior podemos deducir, que en nuestro país, aún es alto el número de embarazos por cada mujer, ya que el 52.7% de la muestra presenta 4 ó más embarazos; y si a ésto le agregamos que el 68.4% de las pacientes estudiadas son menores de 30 años, obviamente llegamos a la conclusión, de que las gestaciones de estas pacientes se incrementarán, ya que cuentan con bastante potencial para ello.

Todas las pacientes estudiadas presentaban un embarazo clínicamente -

comprobado, variando la edad gestacional de 8 a 40 semanas. Teniendo cerca del 50% de los casos un embarazo superior a las 30 semanas.

CUADRO V

Clasificación en base a la Paridad

PARA	NUMERO	PORCENTAJE
Nulípara	64	21.3
Primípara	48	16.0
Secundípara	36	12.0
Tercípara	29	9.7
4 y más	123	41.0
TOTAL	300	100.0%

Se observa que el 41%, corresponden a mujeres que han tenido 4 ó más partos, lo cual nos indica que en esta área rural la paridad aún es alta, ya que ésta se incrementará al llegar al término el embarazo actual, y -- con los partos futuros, pues la mayoría de las pacientes tienen muchos -- años de vida reproductiva por adelante.

Como se explica en el Cuadro VI a continuación, la mayoría de los autores (Tietze, Erhardt, Warburton, etc) coinciden en que la tasa de abor-to espontáneo, fluctúa entre 10 y 20 por ciento (4,10,14). Cómo puede ob-servarse en el cuadro siguiente el número de pacientes que habían presentado abortos en embarazos anteriores fué de 73, lo cual corresponde a un -- 24.3%. Es probable que la cifra real sea más baja, ya que en algunos casos

no fué posible dilucidar si en realidad se trataba de un aborto tardío o de un parto inmaduro y fué clasificado como aborto.

CUADRO VI

Distribución de las Pacientes que Presentaron Abortos

ABORTOS	CASOS	PORCENTAJE
1	46	63.0
2	15	20.6
3	6	8.2
4 y más	6	8.2
SUB-TOTAL	73	24.3
SIN ABORTOS	227	75.7
GRAN TOTAL	300	100.0%

Otro aspecto que siempre debe tenerse en cuenta al hablar de abortos, es la imposibilidad de determinar cuántos de ellos son provocados, y, aunque este estudio fué realizado en medio rural, no debe descartarse tal posibilidad.

Como puede verse en el Cuadro VII, a continuación, el método oral es el más usado y casi sin excepción las pacientes obtienen dichos contraceptivos (Norinyl), en los Sub-Centros de Salud, ya que son regalados. Las pacientes que usan método parenteral, el contraceptivo usado es Depo-provera, de aplicación trimestral; y de las cinco que lo han usado, dos ya lo abandonaron y actualmente toman Norinyl.

CUADRO VII

Metodo Anticonceptivo Usado

METODO	PACIENTES	PORCENTAJE
Oral	45	86.6
parenteral	3	5.8
oral-parenteral	2	3.8
preservativo	2	3.8
Sub-Total	52	17.3
Ningún método	248	82.7
Gran Total	300	100,0%

El uso de anticonceptivos en esta población es relativamente reciente y apesar de la propaganda que se hace y que se obsequian las tabletas en los Centros de Salud, aún hay muchas pacientes que por razones religiosas, culturales, etc., no usan ningún tipo de contraceptivos.

Como puede observarse en el Cuadro VIII, a continuación, son pocas las pacientes cuyo uso de anticonceptivos, supera los cuatro años. Sin embargo el 52% de estas pacientes, no tienen ni siquiera un año de estar usándolos.

Es conveniente señalar que no encontré ninguna paciente que usara dispositivo intra-uterino (D.I.U.), quizás por la falta de personal capacitado para la aplicación del mismo, pero desde marzo de 1978 la Región de

Salud #5 cuenta con este servicio. Se supone que de ahora en adelante y ante el aumento del costo de la vida, las mujeres se verán en la necesidad de adoptar algún método de control de la natalidad.

CUADRO VIII

Permanencia en el Uso de Contraceptivos

Duración (Meses)	Número de Casos	Porcentaje
≤ 3	11	21.2
4 - 6	7	13.5
7 - 12	9	17.3
13 - 24	8	15.4
25 - 48	11	21.2
49 y Más	6	11.4
TOTAL	52	100.0%

Tiempo mínimo = 1 mes (oral)
Tiempo máximo = 8 años (preservativo)

En nuestro estudio, 52 mujeres han usado contraceptivos, lo cual corresponde a 17.3% de la muestra.

Del cuadro a continuación (Cuadro IX), se deduce, que el 70% de las pacientes estudiadas presentan leucorrea, esta cifra aunque alta no debe sorprendernos, ya que se trata de pacientes embarazadas, las cuales debido a los altos niveles de estrógenos y progesterona, estimulan la secreción de las glándulas cervicales (4,10,14). Por otra parte el embarazo es un estado natural que predispone a la vulvo-vaginitis micótica (16), la cual es otra importante causa de leucorrea.

CUADRO IX

Intensidad y Casos de Leucorrea Observados

LEUCORREA	CASOS	PORCENTAJE
Escasa	127	42.3
Moderada	61	20.3
Abundante	22	7.4
Sin Leucorrea	90	30.0
TOTAL	300	100.0%

De acuerdo al cuadro, el 42.3%, presentan una leucorrea escasa, generalmente asintomática, que en su mayoría deben corresponder a secreciones cervicales aumentadas por el embarazo, en cambio en aquellas que manifiestan escurrimiento vaginal moderado y abundante acompañado de irritación, lo más probable es que adolezcan de infección vaginal por tricomonas o por el hongo *Cándida albicans*.

En su trabajo de Tesis de Grado, realizado en el Corpus, Cholteca, nuestro compañero Dr. Donald Domínguez Ríos (9), estudió 775 mujeres entre los 21 y los 70 años de edad, de las cuales 512 presentaban leucorrea, correspondiendo a un 66% de la muestra. Vemos por consiguiente, un porcentaje bastante alto por tratarse de una población femenina general.

Estudios realizados en otros países, han encontrado leucorrea en por lo menos un tercio de todas las pacientes ginecológicas (14).

En nuestro estudio, de todas las pacientes que presentaron leucorrea,

solamente el 25% había recibido tratamiento ya sea en forma oral, vaginal, ó combinado.

A pesar del gran número de casos con leucorrea, solamente 78 (26%), - manifestaron prurito vaginal, el cuál en más de la mitad de los casos, resultó de leve intensidad. Ver cuadro siguiente:

CUADRO X

PRURITO VAGINAL	PACIENTES	PORCENTAJE
Leve	43	55.1
Moderado	24	30.8
Severo	11	14.1
Sub-Total	78	26.0
Sin Prurito Vaginal	222	74.0
Gran Total	300	100.0%

Los datos obtenidos sobre la coloración y carácter de la leucorrea, - considero que no son muy confiables, ya que dependen de la valoración subjetiva de cada paciente, sin embargo, a continuación los anoto; Blanca espesa -141 casos- (67.1%); amarilla espesa -30 casos- (14.3%); blanca fluída -29 casos- (13.8%); amarilla fluída -10 casos- (4.8%), Las cifras entre paréntesis indican los porcentajes.

Insisto en la poca confiabilidad de estos datos, porque en varios casos en que la paciente manifestaba tener una secreción blanca y espesa, al

hacerle el examen ginecológico, encontraba una secreción vaginal amarilla, espumosa y fluída.

Otro dato que considero sumamente subjetivo es sobre la fetidéz de la secreción vaginal. De las 210 pacientes con leucorrea, sólo 99 (47.1%) manifestaron fetidéz de la misma.

CUADRO XI

Hallazgos de la Exploración Ginecológica

HALLAZGOS	CASOS	PORCENTAJE
Ectropion	54	18.0
Sangrado por contacto	15	5.0
Várices Vulvares	12	4.0
Cisto-rectocele	10	3.4
Incontinencia Urinaria de Esfuerzo	1	0.3
Condiloma Acuminado	1	0.3
Sin anormalidades	207	69.0
TOTAL	300	100.0%

Los porcentajes del cuadro anterior, están en relación al total de la muestra. Debo agregar que las condiciones de iluminación y comodidad al momento de efectuar la exploración ginecológica, no siempre resultaron adecuadas, ya que algunos de los Sub-Centros de Salud utilizados, no cuentan con el equipo necesario al efecto; y ello obviamente pudo alterar estos resultados.

En el caso de la incontinencia urinaria de esfuerzo hay historia previa de un parto distócico.

B. RESULTADOS OBTENIDOS DE LA CITOLOGIA VAGINAL

La finalidad de incluir esta prueba en el presente trabajo es para valorar el método de Papanicolaou como medio diagnóstico de tricomoniasis y candidiasis vaginal.

Las tricomonas son protozoos flagelados que miden entre 10 y 30 micras de largo por 8 a 14 de ancho aproximadamente, piriformes u ovaladas, núcleo excéntrico, con 2 nudillos basales en el extremo anterior, uno de ellos con 4 flagelos largos y de movimientos vivos. Con la técnica de Papanicolaou, aparecen en forma de pequeños corpúsculos redondos u ovals de color gris pálido, de tamaño diverso, siendo difíciles de visualizar si no se tiene suficiente experiencia, sobre todo cuando no están bien conservadas. (12).

La *Cándida albicans* es un hongo del grupo de las levaduras. Con la técnica de Papanicolaou se identifica en los frotis; hifas en forma de filamentos alargados, septados y esporas las cuales son ovoides de 5 a 10 micras y se presentan aisladas o en grupos de color rosado claro (12).

De las 300 colpocitologías practicadas, se encontraron tricomonas en 35 casos, lo cual corresponde al 11.7%.

A continuación citaré varios estudios realizados en embarazadas, y su

correspondiente porcentaje de tricomoniasis encontrada por la citología vaginal (8): Phol 48, Jirovec 42.7, Hausman 37, Correa Méndez 30, Gragert - 25, Tiss 19, Potter 17, Liddo 12.5, Berustine 10.56 y Brumpt 10.

Otros estudios indican que las tricomonas vaginales se identifican en el 20 a 30 por ciento de las mujeres durante el examen prenatal (10).

Si comparamos los porcentajes anteriores con los obtenidos en este -- trabajo, veremos que éste resulta relativamente bajo. Desgraciadamente no encontré ningún estudio realizado en nuestro país sobre tricomoniasis en -- embarazadas, sin embargo, hay dos trabajos recientes (1978) en que se --- practicaron colpocitologías a pacientes ginecológicas y tocológicas entre las edades de 16 a 70 años. Estos trabajos también fueron realizados en -- área rural; uno en el Corpus, Choluteca (9) y, el otro en Copán Ruinas (13) y sus porcentajes de tricomoniasis vaginal son 11.3 y 18.5 respectivamente, el primero estudió 775 pacientes (88 con tricomoniasis) y el último 400 -- (74 con tricomoniasis). Es de hacer notar que los resultados de estos tra- bajos, son similares al nuestro y la confiabilidad de los mismos aumenta -- al considerar que los tres fueron realizados en área rural, durante el mis- mo año y fueron reportados por el mismo laboratorio de citología.

Por otra parte en este estudio se encontraron ocho casos de candidia- sis, que corresponde a 2.7% de la muestra, en cambio en el trabajo realiza- do en Copán Ruinas, nuestro compañero Dr. Norman Gustavo Morales R. (13), encontró 1.0% (4 casos, de los cuales 3 estaban embarazadas). En realidad -- estas cifras están bastante bajas ya que otros estudios indican la existen-

cia vaginal de *Cándida albicans* en el 25% de las embarazadas cerca del término. (10)

CUADRO XII

Clasificación de los Informes Citológicos

HALLAZGO	CASOS	PORCENTAJE
Inflamación: Ligera	62	20.0
Moderada	98	32.7
Severa	64	21.3
Displasias	2	0.6
Sin anormalidades	74	24.7
T O T A L	300	100.0%

Como puede observarse la mayor parte del informe corresponde a inflamación ya que le corresponde un 74.7%. Estas inflamaciones han sido provocadas por tricomonas vaginales en 34 casos, *Cándida albicans* en 7 casos, por ambas en un caso y, sin causa específica en 182 casos.

De los 34 casos de tricomoniasis en 31, la inflamación resultante fué severa, en dos casos resultó ligera y en una moderada. De los 7 casos de *Cándida albicans*, en 5 la inflamación fué moderada y en dos severa. En cambio el único caso en que se encontró infección combinada de tricomoniasis, y Candidiasis la inflamación encontrada fué severa.

Lo anterior nos demuestra que las tricomonas vaginales tienen mayor capacidad de provocar inflamaciones severas, en comparación con las *Cándi-*

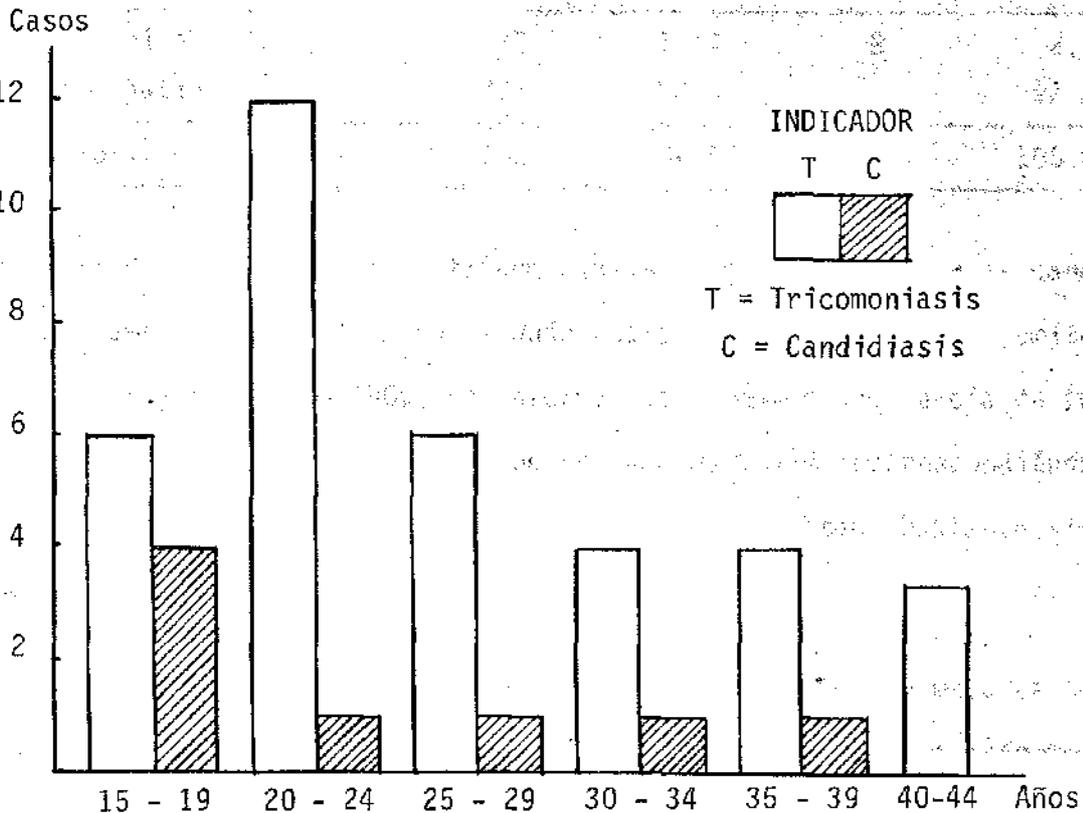
das albicans.

En los dos casos de displasia reportados, se encontró inflamación ligera.

En ningún caso se informó células malignas compatibles con carcinoma.

Para tener una clara imagen sobre la incidencia por edades de tricomoniasis y candidiasis vaginal, haré ambas representaciones en el siguiente gráfico, usando columnas paralelas:

INCIDENCIA DE TRICOMONIASIS Y CANDIDIASIS VAGINAL OBTENIDAS POR CITOLOGIA



CUADRO XIII

Edades de Pacientes con Tricomoniasis y Candidiasis Detectadas por el
Metodo de Papanicolaou

E D A D E S	Tricomoniasis		Candidiasis	
	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje
15 - 19	6	17.2	4	50.0
20 - 24	12	34.3	1	12.5
25 - 29	6	17.2	1	12.5
30 - 34	4	11.4	1	12.5
35 - 39	4	11.4	1	12.5
40 - 44	3	8.5	0	---
Sub - Total	35	11.7	8	2.7
Reporte Negativo	265	88.3	292	97.3
Gran Total	300	100.0%	300	100.0%

Como puede apreciarse la tricomoniasis superó con mucho a la candidiasis en todas las edades. En un estudio realizado en mujeres vietnamitas embarazadas (8) en el año 1963, se informa que la mayor incidencia de tricomoniasis vaginal ocurrió en el grupo de edad de 20-24, correspondiéndole un 37.3%. En nuestro estudio, hemos obtenido un resultado bastante similar como puede observarse en el gráfico, lo cual corresponde a un 34.3%.

Otros estudios (9,13) señalan resultados semejantes, y esto es comprensible debido a que la tricomoniasis debe considerarse una enfermedad venérea (14) y, por tanto tiende a presentarse en las edades de mayor vida sexual activa.

De las ocho pacientes que presentaron Candidiasis, cuatro eran primigrávidas y menores de 19 años.

La Leucorrea ocurrió en un alto porcentaje en ambos padecimientos, ya que alcanzó el 77.2% en la Tricomoniasis y el 75% en la Candidiasis, lo cual está de acuerdo con otros estudios (12).

En cuanto al uso previo de anticonceptivos en las pacientes con Tricomoniasis, únicamente se encontró en un 11.4% y, en las pacientes con Candidiasis ningún caso.

El prurito vaginal sólo estaba presente en el 45.7% de las Tricomoniasis, en cambio ocurrió en todas las pacientes con Candidiasis que presentaban Leucorrea, que en nuestro estudio, fué de 75%. En otros estudios han encontrado en todas las pacientes con Candidiasis: leucorrea y prurito vulvar (12,13).

En un estudio realizado en un hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social en 1974, se estudiaron 108 pacientes, (27 embarazadas) que manifestaban leucorrea pruriginosa, los resultados demostraron un predominio de Candidiasis, tanto en las no-gestantes como en las embarazadas (6).

Ocho pacientes en que se encontraron tricomonas y en dos que se encontraron *Cándida albicans* no tenían leucorrea, lo cual se puede explicar porque en ocasiones aunque exista infección no hay inflamación clínica o citología y por esto se limita a la superficie no dando lugar a sintomatología.

CUADRO XIV

Caracteres Clínicos de la Leucorrea

LEUCORREA	Tricomoniasis		Candidiasis	
	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje
Blanco - Espeso	12	34.3	5	62.5
Blanco - Fluído	3	8.6	1	12.5
Amarillo - Espeso	8	22.8	0	--
Amarillo - Fluído	4	11.5	0	--
Sin leucorrea	8	22.8	2	25.0
T O T A L	35	100.0%	8	100.0%

En un trabajo realizado en 1974 en el Hospital ABC de México, se revisaron 1,285 citologías vaginales, encontrando tricomonas en 135 casos (10.5%) y monilias en 20 casos (1.5%) (12). Estos resultados corresponden a pacientes embarazadas y no embarazadas, sin embargo son bastante similares a los obtenidos en nuestro estudio en el cual encontramos tricomonas en 11.7% y *Cándida albicans* en 2.7%.

Se piensa que el bajo porcentaje de tricomoniasis y candidiasis en el trabajo anteriormente citado se debe a que dichas pacientes asisten a control periódicamente (12), en cambio, nuestro estudio fué realizado en un medio rural, donde la casi totalidad de las pacientes por vez primera se les practicaba la citología vaginal.

C. RESULTADO DEL CULTIVO DE SECRECIÓN VAGINAL.

A pesar del especial cuidado en la toma de las muestras y en la conservación de las mismas, el laboratorio reportó que cinco resultaron contaminadas. De allí que para la valoración de los resultados de nuestro material clínico sólo tomaremos en consideración 45 pacientes.

Como anteriormente se explicó, a las muestras en primer lugar se les practicó un examen en fresco, buscando primordialmente tricomonas, ya que no se haría cultivo de éstas, por falta de medio de cultivo para tal fin. Posteriormente se hizo la siembra en medio de gelosa-sangre con base de Casman, haciendo la lectura correspondiente a las 48 horas, obteniéndose los resultados siguientes:

CUADRO XV

Resultados del Cultivo

MICRO-ORGANISMO	NUMERO	PORCENTAJE
Corinebacterium vaginale	19	42.2
Lactobacillus sp	14	31.1
Cándida albicans	8	17.8
Corineb.Vag + Lactob. sp	2	4.5
Escherichia coli	1	2.2
Estreptococo no hemolítico	1	2.2
T O T A L	45	100.0%

Como puede observarse el mayor número (35 casos) corresponden a bacterias normales en la flora vaginal, lo cual suma un total del 77.8%, en cam

bio las otras bacterias (*E. coli* y enterococo), se deben lógicamente a contaminación fecal de la vagina.

Los casos positivos por el hongo levaduriforme *Cándida albicans* fueron 8, correspondiéndole un 17.8%, cifra ligeramente inferior a otros estudios en los que se ha cultivado en el 25% de las embarazadas cerca del termino (10). Es conveniente agregar que en todos los casos en que se encontró este hongo, estaba asociado a bacterias vaginales normales: En cuatro casos con *Lactobacillus* sp, en tres con *Corinebacterium* vaginale y uno con ambos.

En cuanto al examen en fresco, se encontraron levaduras con pseudohifas, en todos los casos en que se cultivó *Cándida albicans*.

Las tricomonas se visualizaron en cinco casos, lo cual corresponde a 11.1%. En ningún caso en que se encontraron tricomonas se cultivaron monilias. Todas las pacientes con tricomonas, manifestaron leucorrea, la cual era amarilla, espumosa y fluida en tres casos, los que además presentaban prurito vaginal. En ningún caso había historia previa de uso de anticonceptivos, la paridad no desempeñó un importante papel, lo mismo que la edad gestacional de las pacientes.

En los casos que se cultivó *Cándida albicans*, la edad de las pacientes fluctuó entre 18 y 39 años, la paridad promedio fué de 5, variando entre 0 y 12 paras, 4 pacientes (50%) presentaron leucorrea blanca espesa, pruriginosa y 3 (37.5%) previo al embarazo habían usado contraceptivos orales.

D. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE COLPOCITOLOGIA Y CULTIVO DE SECRECIÓN VAGINAL.

De los 35 casos positivos por tricomonas con el método de Papanicolaou solamente a 7 se les tomó muestra para cultivo, ya que esta selección se hizo al azar, de éstos únicamente en dos casos (28.6%) se visualizaron tricomonas en el examen en fresco. Debo agregar que en estos dos casos, la citología y el cultivo se efectuaron el mismo día. En cambio en los cinco casos restantes la citología precedió al cultivo en un intervalo promedio de 4 semanas.

Tanto en el estudio colpocitológico, como en el cultivo, se detectaron ocho casos de *Cándida albicans* en cada uno, pero como los cultivos (repito) fueron tomados al azar, en ningún caso en que la citología reveló el hongo, se le practicó cultivo, de manera que nos queda la incertidumbre de si el cultivo hubiese confirmado los casos positivos por citología.

En cuanto a los casos en que se cultivó *Cándida albicans*, considero -- que son resultados confiables, como puede verse anteriormente en la descripción de estas pacientes.

Los casos positivos por citología y que no fueron confirmados por el examen en fresco (*Tricomonas*), ni por el cultivo (*Cándida albicans*), pueden ser explicados, en primer lugar porque la citología y el cultivo no se tomaron el mismo día en la mitad de los casos, y en segundo lugar porque una vez tomada la muestra para cultivo, tardaba un promedio de 12-15 horas en ser entregada al laboratorio.

Sin embargo, a pesar de las razones anteriormente expuestas, la confiabilidad del cultivo, se pone de manifiesto, al encontrar mayor porcentaje de Candidiasis (17.8%), que Tricomoniasis (11.1%), en pacientes embarazadas, en las que además hay historia previa en un 37.5% de uso de contraceptivos orales, lo cual está de acuerdo con lo señalado en otras publicaciones (12).

RESUMEN

R E S U M E N

Se practicaron 300 colpocitologías y 50 cultivos de secreción vaginal a pacientes embarazadas de medio rural, en el Occidente de la República, entre los meses de julio de 1978 y febrero de 1979.

La selección de las pacientes se hizo al azar, tanto en la citología como en el cultivo: éste sólo se le tomó a pacientes que también se les practicó citología.

En el estudio colpocitológico encontramos tricomonas en 35 casos (11.7%) y *Cándida albicans* en ocho casos (2.7%). De las muestras para cultivo se tomó examen en fresco, encontrando cinco casos (11.1%) positivos por tricomonas y ocho casos (17.8%) positivos por *Cándida albicans*, en los cuales se cultivó este hongo utilizando un medio de gelosa-sangre. Además, por citología se detectaron dos casos de displasia leve. En ningún caso se reportó células malignas compatibles con cáncer.

Además de lo anteriormente señalado, se obtuvo detallada información en cuanto a la edad, gesta, paridad, incidencia de abortos, uso de contraceptivos, leucorrea y su relación con el padecimiento de Tricomoniasis y Candidiasis vaginal.

Se hace resaltar que el examen en fresco y el cultivo es evidentemente el método más completo para el estudio de infecciones vaginales. Sin embargo, la citología vaginal además de su aplicación primordial en la detección del carcinoma de Cervix, es de gran utilidad en la detección vaginal

de Tricomonas y de Cándida albicans (12).

Por otra parte, se pone de manifiesto que las infecciones vaginales provocadas por las tricomonas, son habitualmente más severas, que las ocasionadas por el hongo levaduriforme Cándida-albicans.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. Dado que el 41% de las pacientes de nuestro estudio han tenido 4 ó más hijos y considerando que el 51.7% tienen edades entre 20 y 29 años, podemos concluir que en esta zona rural del Occidente de la República la paridad es alta, ya que lógicamente ésta se incrementará porque estos pacientes tienen por delante muchos años de vida reproductiva.
2. La edad promedio en que ocurrió la menarquía fué a los 14 años en un 28.3%, y si sumamos los casos en que ocurrió entre 13 y 15 años, obtenemos un total de 73.0%. La mediana resultante es de 14.74.
3. El porcentaje de abortos encontrados es de 24.3, cifra relativamente alta, lo cual pone de manifiesto el elevado grado de abortos en nuestra población campesina.
4. A pesar de que los anticonceptivos se distribuyen en forma gratuita en los establecimientos de salud, solamente el 17.3% han utilizado algún método anticonceptivo y en un 86.6% han preferido la forma oral.
5. El 87.3% de las pacientes fueron clasificadas en los últimos dos trimestres del embarazo, lo cual a nuestro juicio aumenta la confiabilidad del estudio, por tratarse de embarazos bien establecidos.
6. El 70% manifestaron presencia la leucorrea, la cual fué de escasa intensidad en el 60.5%, ésto nos pone de relieve el hecho de que en muchos casos probablemente se trataba de un aumento normal de la secre--

ción vaginal, durante el embarazo.

7. En muchos casos con leucorrea pruriginosa se confirmó la presencia de tricomonas o de *Cándida albicans* mediante estudio citológico y/o por cultivo.
8. La incidencia de Tricomoniasis fué de 11.7% (35 casos) empleando la técnica de Papanicolaou y de 11.1% (5 casos) mediante el examen en fresco de la secreción vaginal.
9. La Candidiasis se detectó en 2.7% (8 casos) por citología y en 17.8% por cultivo, confirmándose de esta manera lo descrito en otras investigaciones donde se afirma que el embarazo es una de las condiciones naturales que predispone al padecimiento de Candidiasis.
10. El 50% de las pacientes en que se cultivó el hongo (*Cándida albicans*) eran primigrávidas.
11. El 68.5% de las pacientes que citológicamente resultaron con tricomonas eran menores de 30 años, esto pone de manifiesto que la Tricomoniasis es más frecuente en mujeres con vida sexual más intensa, porque es precisamente mediante el contacto sexual como habitualmente se transmite esta enfermedad.
12. Se demuestra además que las Tricomonas vaginales tienen un potencial mayor que las *Cándida albicans* de provocar inflamaciones vaginales severas.

RECOMENDACIONES

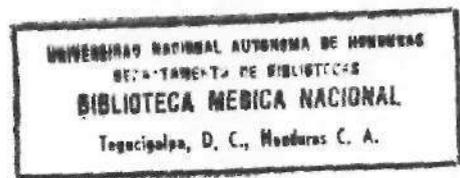
R E C O M E N D A C I O N E S

1. Dotar a todos los CESAMOS del equipo necesario para la toma de Citologías Vaginales. Para lograr lo anterior, se necesita una mejor coordinación entre el Laboratorio Central de Citología y los Médicos en Servicio Social.
2. Hacer todo lo posible por dotar a los CESAMOS de un microscopio para realizar entre otros estudios, exámenes en fresco de secreciones vaginales.
3. Revisar y reorientar la política respecto al uso de Contraceptivos orales, ya que actualmente se distribuyen en forma indiscriminada en los CESAR. De allí la necesidad de controles periódicos, clínicos y citológicos en estas pacientes.
4. Concientizar a los estudiantes de Medicina sobre la necesidad de que en su Servicio Social tomen citologías vaginales con regularidad, tanto en pacientes ginecológicas como tocológicas, ya sea por su utilidad básica de rastreo de cáncer y/o como método diagnóstico de Tricomoniasis y Candidiasis vaginal.
5. Que la Universidad, a través de la Facultad de Ciencias Médicas, impulse investigaciones de este tipo, proporcionando facilidades a su mejor realización, para que los resultados obtenidos sean un fiel reflejo de nuestra realidad nacional.

BIBLIOGRAFIA

B I B L I O G R A F I A

1. Autores Varios: Citología Exfoliativa y Carcinoma. Diagnóstico. (Revista). Año IV, número 3, 1973.
2. Autores Varios: Prueba de Papanicolaou: Usos y Abusos. Tribuna Médica - (Revista) Tomo XV, número 3, 1974.
3. Ayestas, G.: Cáncer del cuello del útero. Su Tratamiento y Detección. Tesis de grado. 1959.
4. Benson, R.C.: Manual de Ginecología y Obstetricia. Editorial El Manual Moderno, cuarta edición, México, 1977.
5. Cueva Recinos, J.R.: Citología Vaginal como método diagnóstico. Tesis de grado, julio 1967.
6. Delgado, J. y Calderón, J.J.: Observación Clínica de Pacientes con Tricomoniasis o Candidiasis Vaginal Tratados con Clotrimazole Local. Ginec. Obstet. Mex. 36:225, 1974.
7. Departamento de Citología: Instructivo para la toma de muestras de citología cervico-vaginal (folleto). Hospital Materno Infantil, Honduras
8. Dinh, T. y Van, N.: Clinical and Statistical Study of Trichomonad Infestation in Vietnamese Women with Special Reference to Treatment by a New Imidazole Derivate. Am. J. Obst. Ginec. 87:92, 1963.
9. Domínguez Riós, D.: Incidencia de Tricomoniasis Vaginal en los Municipi



- pios de El Corpus y Concepción de María, Departamento de Choluteca. - Tesis de grado, febrero, 1979.
10. Hellman, L. y Pritchard, J.A.: Williams Obstetricia. Editorial Salvat. Decimocuarta edición, 1973.
 11. Jawetz, E.; Meinick, J.L. y Adelberg, E.A.: Manual de Microbiología Médica. Editorial El Manual Moderno, cuarta edición, México 1965.
 12. Larios, Nassira; Rubio, B. y Ruíz Moreno, J.A.: Diagnóstico de Tricomoniasis y Moniliasis por el Método de Papanicolaou, Ginec. Obstet. - Mex. 39:441, 1976.
 13. Morales Rodríguez, N.G.: Epidemiología y Aspectos Citológicos del Cáncer Cervico-Uterino en la Comunidad de Copán Ruinas. Tesis de Grado, - 1979.
 14. Novack, E.; Jones, Georgeanna y Jones, H.: Tratado de Ginecología. Editorial Interamericana. Octava Edición, México, 1971.
 15. Peckham, B. y Ladinsky, J.: Cellular Metabolic Activity -A New Basis for Screening of Vaginal Cytology- Am.J.Obst.Ginec. 87:418, 1963.
 16. Smith, A.; Taubert, H.D. y Martin, C.: The Use of Trichomycin in the Treatment of Vulvovaginal Mycosis in Pregnant Women. Am.J.Obst. Ginec. 87:455, 1963.