



BUAP

Facultad de Medicina

Hospital Universitario de Puebla

Nombre de la Tesis

Atrofia urogenital vs infección de acuerdo a sintomatología vaginal
en pacientes postmenopáusicas del Hospital Universitario de Puebla

**Tesis para Obtener el Diploma de Especialidad en
Ginecología y Obstetricia**

Presenta

Dra. Mayra Elizabeth Tejeda Ceja

Director

Dr. Alejandro Morales López

Asesor

Dr. Alonso Antonio Collantes Gutiérrez



H. Puebla de Z. Nov 2019



BUAP

Facultad de Medicina

Hospital Universitario de Puebla

Nombre de la Tesis

Atrofia urogenital vs infección de acuerdo a sintomatología vaginal en pacientes postmenopáusicas del Hospital Universitario de Puebla

**Tesis para Obtener el Diploma de Especialidad en
Ginecología y Obstetricia**

Presenta

Dra. Mayra Elizabeth Tejeda Ceja

Director

Dr. Alejandro Morales López

Asesor

Dr. Alonso Antonio Collantes Gutiérrez



H. Puebla de Z.

Nov 2019



BUAP

Facultad de Medicina

Hospital Universitario de Puebla

Nombre de la Tesis

Atrofia urogenital vs infección de acuerdo a sintomatología vaginal en pacientes postmenopáusicas del Hospital Universitario de Puebla

**Tesis para Obtener el Diploma de Especialidad en
Ginecología y Obstetricia**

Presenta

Dra. Mayra Elizabeth Tejada Ceja

Director

Dr. Alejandro Morales López

Asesor

Dr. Alonso Antonio Collantes Gutiérrez



H. Puebla de Z.

Nov 2019



BUAP.

**BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUEBLA
SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA, INVESTIGACION Y CAPACITACION EN SALUD**

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS

Por este medio la Subdirección de Enseñanza, Investigación y Capacitación en Salud del Hospital Universitario de Puebla, para la evaluación de la tesis del alumno **Mayra Elizabeth Tejeda Ceja**, manifiesta que después de haber revisado su tesis: **"Atrofia urogenital vs infección de acuerdo a sintomatología vaginal en pacientes postmenopáusicas del Hospital Universitario de Puebla"** desarrollada bajo la dirección del **Dr. Alejandro Morales López** y asesor metodológico **Dr. Alonso Antonio Collantes Gutiérrez**, el trabajo se **ACEPTA** para proceder a su impresión.

Al cumplir con este último requisito, usted será considerado candidato a obtener el Diploma de la Especialidad en: **Ginecología y Obstetricia**.

Emite su voto aprobatorio:

"Pensar bien, para vivir mejor"
H. Puebla de Z., a 12 de noviembre del 2019

Dra. Viviane Josephine Maillet Sánchez
Subdirectora de Enseñanza, Investigación y Capacitación en Salud
Hospital Universitario de Puebla



I.DEDICATORIA

A Dios:

Porque gracias a su guía, a pesar de bajas y tropiezos, he llegado hasta aquí como una mujer más fuerte y nueva.

A mis padres Guillermina y Juan José:

Por el amor incondicional que me han dado desde el momento que nací, por haberme dado alas para volar y libertad de llegar a donde siempre quise, por nunca detenerme mientras subía cada escalón, por aceptar mi ausencia, por su mirada de amor y abrazo cálido cada que vuelvo a casa. Gracias a su trabajo y sacrificio he llegado hasta aquí y es algo que nunca terminaré de pagar.

A mis Hermanos Melissa, Yaneth y Diego Armando:

A ellas por estar pendientes de mi bienestar a pesar de la distancia, ser mis amigas, cómplices y protectoras, por cuidarlos a todos en mi ausencia; a él por enseñarme siempre como es estar en el lugar del paciente y nunca olvidar la empatía y el lado humano de la medicina.

A mis maestros:

Que a lo largo de estos 4 años me enseñaron responsabilidad y disciplina, plantaron en mí el conocimiento y las ganas de aprender, demostrando siempre con el ejemplo que el paciente es primero

A mis amigos:

Porque siempre estuvieron ahí para escuchar, por darme su mano siempre que estaba a punto de caer, por nunca dejarme sola, por darme ánimos para seguir adelante.

II.INDICE

III. RESUMEN	
IV. INTRODUCCIÓN	1
IV.I. Antecedentes generales	1
IV.II Antecedentes específicos.....	3
V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
VI. JUSTIFICACIÓN	6
VII. HIPÓTESIS	6
VII.I Hipótesis verdadera	6
VII.II Hipótesis nula	6
VIII. OBJETIVOS	6
VIII.I General	6
VIII.II Específicos	7
IX. MATERIAL Y MÉTODOS	7
IX.I. Criterios de inclusión	7
IX.II Criterios de exclusión	7
IX.III Criterios de eliminación	7
IX.IV. Metodología del trabajo	7
X. RESULTADOS	8
XI. DISCUSIÓN	12
XII. CONCLUSIONES.....	13
XIII. BIBLIOGRAFÍA	14
XIV. ANEXOS	16

III. RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La atrofia urogenital, también llamada síndrome genitourinario de la menopausia, atrofia vulvovaginal o vaginitis atrófica, se define como una condición vulvovaginal, sexual y del tracto urinario crónica y progresiva caracterizada por un conjunto de síntomas secundarios a un estado de hipoestrogenismo después del inicio de la menopausia. Los síntomas asociados a síndrome urogenital son similares a los provocados por infecciones vaginales por lo que se puede confundir el cuadro.

OBJETIVO: Determinar si la sintomatología vaginal en mujeres postmenopáusicas es debido a infección o atrofia urogenital.

MATERIAL Y METODOS: Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en el Hospital Universitario de Puebla de marzo del 2017 a junio del 2019, con un número de muestra de 39 pacientes, recabando datos mediante interrogatorio dirigido en consulta externa con exploración física, solicitando citología cervical y cultivo de exudado vaginal, teniendo como criterios de inclusión a pacientes derechohabientes, en postmenopausia sin terapia de reemplazo hormonal local, tomando en cuenta edad, presentación de menopausia, sintomatología: resequedad, prurito vaginal, leucorrea, disuria, nicturia, incontinencia urinaria de esfuerzo o urgencia, dispareunia, disminución de libido, mucosa vaginal pálida, sin rugosidades, fusión labial, estenosis vaginal.

RESULTADOS: Se obtuvo una edad media de 60.54, edad media de menopausia de 49.76, con una frecuencia de presentación en todas las pacientes de resequedad vaginal de 84.6%, prurito vaginal 71.8%, nicturia 15.4%, incontinencia urinaria de esfuerzo 17.9%, de urgencia 12.8%, dispareunia 97.4%, disminución de libido en 94.9%, con palidez de mucosa, disminución de rugosidades y fusión labial del 100%, introito vaginal reducido en 84.6%, infección urinaria recurrente del 2.1%, disuria 71.8%, leucorrea 23.1%. con cultivo positivo en 15.4%. Se observó que 4 pacientes sin leucorrea tuvieron cultivo positivo, y de 9 pacientes que la presentaron solo 2 tuvieron cultivo positivo. Los microorganismos aislados fueron Gardnerella Vaginalis y candida, con 3 pacientes cada uno. De la citología cervical, el 33.3% (13) del total de pacientes

se reportó atrofia leve, un 61.5% (24) con atrofia moderada y un 5.1% (2) con metaplasia/cervicitis crónica

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES GENERALES

La atrofia urogenital, también llamada síndrome genitourinario de la menopausia, atrofia vulvovaginal o vaginitis atrófica, se define como una condición vulvovaginal, sexual y del tracto urinario crónica y progresiva caracterizada por un conjunto de síntomas secundarios a un estado de hipoestrogenismo después del inicio de la menopausia. Las mujeres pueden experimentar todos o algunos de los signos y síntomas, que deben ser molestos para el diagnóstico del síndrome y no deben ser causados por otro diagnóstico. (2)(3)

El síndrome genitourinario afecta hasta al 50% de las mujeres postmenopáusicas. Los síntomas pueden ser crónicos y progresivos y es poco probable que mejoren con el tiempo, pues en diversos estudios se ha demostrado que la prevalencia de sequedad vaginal aumenta con la etapa menopáusica. En la perimenopausia precoz, la prevalencia fue del 4%, aumentando a 25% 1 año después de la menopausia y 47% 3 años después de la menopausia. La gravedad de los síntomas vulvovaginales varía de leve a incapacitante y no se limitan a mujeres sexualmente activas. (2)

Por su origen embriológico los genitales y el tracto urinario inferior presentan receptores de estrógenos. En este tejido se encuentran de manera predominante los receptores estrogénicos alfa. Estos dependen de los estrógenos endógenos para mantener la fisiología normal. El estrógeno es una hormona vasoactiva que incrementa el flujo sanguíneo, la lubricación vaginal ocurre por fluido trasudado de los vasos sanguíneos, por glándulas endocervicales y de bartholini. Los estrógenos estimulan la proliferación epitelial con musculo liso redundante, formando las rugosidades que dan distensibilidad y lubricación de la vagina durante las relaciones sexuales. La alta concentración de receptores de estrógeno en la vagina, el vestíbulo y el trígono de la vejiga modula la proliferación y maduración celular epitelial.(10)(11)

Durante la menopausia el número de receptores estrogénicos disminuye de manera progresiva pero nunca desaparecen totalmente. Debido a esto, los cambios anatómicos

y fisiológicos sucedidos en el aparato genitourinario asociados con la menopausia están directamente relacionados con la reducción de los niveles de estrógeno circulante y el envejecimiento. Los cambios anatómicos incluyen la reducción del contenido de colágeno y la hialinización, la disminución de la elastina, el adelgazamiento del epitelio, la apariencia y función alteradas de las células musculares lisas, el aumento de la densidad del tejido conectivo y disminución en la cantidad de vasos sanguíneos. Los labios menores se adelgazan y sufren regresión, el introito se retrae, y las carúnculas himeneales involucionan y pierden elasticidad, lo que a menudo conduce a una dispareunia significativa. El meato uretral aparece prominente en relación con el introito y se vuelve vulnerable a la irritación física y al trauma.⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾

Los cambios fisiológicos provocan una reducción del flujo sanguíneo vaginal, disminución de la lubricación, flexibilidad y elasticidad, además de aumento del pH vaginal. La disminución de la fuerza del tejido vaginal y el aumento de la friabilidad pueden predisponer al daño epitelial con la actividad sexual lo que puede provocar quemaduras, fisuras, irritación y sangrado postcoital. El adelgazamiento epitelial con la disminución de las células superficiales glucogenadas conduce a pérdida de lactobacilos, aumento del pH y un cambio en el microbioma.⁽²⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾

Este síndrome se encuentra infra diagnosticado debido al pudor de la paciente o por ser un indicador de envejecimiento en las mujeres. Aunque los síntomas genitourinarios pueden afectar hasta la mitad de las mujeres posmenopáusicas, muchas no saben que los síntomas se deben directamente a la disminución del estrógeno y que hay tratamiento disponible. Solo el 4% de las mujeres atribuye los síntomas vaginales a atrofia urogenital, el 54% discute los síntomas cuando el médico pregunta, 33% no habla del tema. ⁽²⁾⁽³⁾

En el estudio Salud Vaginal: Perspectivas, Vistas y Actitudes (VIVA) (2012), aproximadamente el 45% de las mujeres posmenopáusicas informaron que experimentaron síntomas vaginales, pero solo el 4% pudo identificar estos síntomas como relacionados con la menopausia. ⁽³⁾

Este síndrome abarca problemas urinarios coexistentes, como la frecuencia, la urgencia, la nicturia, la disuria, la incontinencia urinaria y las infecciones recurrentes del tracto urinario (IU), que a menudo se pueden asociar con la vulvovaginitis atrófica. La frecuencia y urgencia urinaria son quejas comunes; La incontinencia ocurre en el 15% a 35% de las mujeres mayores de 60 años. Las mujeres con síntomas del tracto urinario inferior tienen un riesgo 7 veces mayor de trastornos de dolor sexual y un riesgo 4 veces mayor de alteración en el libido que las mujeres sin dichos síntomas. (2)

Las infecciones urinarias recurrentes pueden afectar del 5% al 17% de las mujeres posmenopáusicas; La bacteriuria asintomática atribuible en parte a un aumento en el volumen residual y al flujo de orina reducido que perjudica la eliminación de bacterias se puede encontrar en el 20%. La disminución en la diversidad del microbioma vaginal y en las bacterias acidificadoras y el aumento de las especies de coliformes dentro de la vagina en la menopausia pueden predisponer a la infección y los síntomas urogenitales. La falta de conocimiento de la asociación entre las Infecciones Urinarias recurrentes, síntomas vaginales y el síndrome urogenital puede dar lugar a múltiples tratamientos con antibióticos, profilaxis con antibióticos y patrones alterados de resistencia a los medicamentos antimicrobianos.(7)(8)(9)

ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

Los síntomas y signos del síndrome urogenital son divididos en:

- **GENITALES EXTERNOS**: dolor pélvico o vaginal, sequedad, irritación o ardor, hipersensibilidad, prurito vulvar, disminución en la elasticidad, dolor suprapúbico, leucorrea, equimosis, eritema, adelgazamiento y disminución del vello púbico, adelgazamiento y palidez del epitelio vaginal, fusión de los labios menores, reducción de labios mayores, parches leucoplásicos en la mucosa vaginal, presencia de Petequias, disminución en las rugosidades vaginales, mucosa vaginal friable. Con las siguientes complicaciones: atrofia labial y vulvar, atrofia de las glándulas de

Bartholini, retracción de la uretra, ph alcalino (5-7), disminución en las secreciones vaginales, prolapso de órganos pélvicos, estenosis vaginal, acortamiento vaginal, estenosis del introito vaginal. (4)(6).

- **UROLÓGICOS:** Frecuencia, urgencia, goteo postmiccional, nocturia, incontinencia de urgencia o esfuerzo, disuria, hematuria, infecciones de vías urinarias recurrentes. Con las complicaciones de: isquemia del trígono vesical, estenosis o retracción del meato urinario, cistocele o rectocele, prolapso o atrofia uretral. (4)(6)
- **SEXUAL:** Pérdida del libido, falta de excitación, falta de lubricación, dispareunia, dolor pélvico, sangrado inter o postcoital.(4)(6)

El 50% de las pacientes con síndrome genitourinario leve a moderado son asintomáticas. Los síntomas más comunes en prevalencia son: resequedad vaginal (75%), dispareunia 38%, prurito vaginal, leucorrea o dolor (15%). Puede haber vaginismo o espasmo de los músculos vaginales en respuesta a la ansiedad secundaria al dolor sexual.(2)

El diagnóstico del síndrome genitourinario es clínico, basado en los síntomas característicos y hallazgos sobre la historia y la exploración física. (4)(6)

Como auxiliares diagnósticos se puede recurrir a la Citología vaginal o cervical, donde se evidencia aumento de células parabasales y disminución de células superficiales, determinación del Ph vaginal por tira reactiva o por medio de cultivos. (4)(6)

En el consenso llevado a cabo en el 2014 por la International Society for the Study of Women's Sexual Health y The North American Menopause Society se abordó la necesidad de realizar un instrumento validado para el diagnóstico del síndrome urogenital, sin embargo aún no se ha aprobado, los instrumentos existentes evalúan función sexual o síntomas urinarios por separado, sin integrar el diagnóstico.(1)(2)(3)

El tratamiento dependerá de la severidad de los síntomas. Se debe iniciar con cambios al estilo de vida: Aumentar la frecuencia de relaciones sexuales para mantener condiciones vaginales adecuadas, una adecuada elasticidad y lubricación además de flujo sanguíneo constante. Pacientes sin pareja pueden recurrir a la masturbación o juguetes sexuales. Disminuir tabaquismo puede ayudar a aliviar los síntomas.(2)(13)(14)(15)

La terapia estrogénica se prefiere en pacientes con síndrome genitourinario moderado a severo. Ambas vías, sistémica y vaginal son efectivas. La vía sistémica se prefiere en pacientes que presentan síntomas genitourinarios además de vasomotores y como protección por osteoporosis. La vía vaginal alivia de manera más rápida los síntomas y restaura las condiciones normales de la vagina. Los estrógenos tópicos presentan una limitada absorción sistémica por evitar el metabolismo hepático y no se requiere la contraposición de progestágeno. (13)(14). Existen presentaciones en crema, óvulos, tabletas o anillo vaginal. Se debe individualizar el tratamiento según la paciente, sus preferencias y factores de riesgo. Los efectos secundarios de la terapia local ya descritos son: secreción vaginal, spotting y prurito genital. Para evitar los efectos a largo plazo se recomienda la terapia por 6 meses y suspenderla.(2)(15)

Otras opciones de tratamiento son los moduladores selectivos de los receptores de estrógenos, los cuales se recomiendan en pacientes que no son candidatas al uso de estrógenos; terapias con láser, que mejoran la vascularidad y la producción de colágeno y glucógeno en las células, además de la proliferación celular lo que aumenta el grosor del epitelio escamoso vaginal, lo que reduce la sequedad, el prurito y mejora la función sexual 12 semanas post tratamiento; Lubricantes que pueden usarse como tratamiento inicial. Reducen la fricción durante la actividad sexual y aumentan la lubricación. Deben aplicarse en la vulva y vagina antes de iniciar el coito. Su efecto es de corto plazo; Hidratantes vaginales los cuales tienen efecto más duradero que los lubricantes. Se adhieren a la mucosa vaginal reteniendo la hidratación. Debe aplicarse en la vulva y la vagina cada 1-3 días dependiendo de la severidad de los síntomas.(11)(13)(14)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las infecciones vaginales se diagnostican de manera clínica y se tratan inicialmente de manera empírica, ya que los cambios en las secreciones vaginales nos orientan hacia el microorganismo causal, por lo cual se puede iniciar tratamiento antibiótico basándonos en una sospecha clínica. En las pacientes postmenopáusicas que generalmente padecen de atrofia urogenital, la sintomatología es muy parecida a una infección vaginal, sin embargo, las pacientes son tratadas como mujeres en edad reproductiva y basándose en cambios de las secreciones vaginales cuando podrían ser esperados para una paciente con síndrome genitourinario.

JUSTIFICACIÓN

El siguiente estudio busca determinar la frecuencia de infecciones vaginales verdaderas en mujeres postmenopáusicas para así evitar tratamientos antibióticos innecesarios, que se traducen en mayor coste a la institución y contribuyen a alteraciones en la microbiota vaginal.

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS VERDADERA

La sintomatología vaginal se encuentra asociada a infección.

HIPÓTESIS NULA

La sintomatología vaginal no se encuentra asociada a infección.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

Determinar si la sintomatología vaginal en mujeres postmenopáusicas es debido a infección o atrofia urogenital.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

-Describir los microorganismos causales más frecuentes de infecciones vaginales en mujeres postmenopáusicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en el Hospital Universitario de Puebla de marzo del 2017 a junio del 2019, con un número de muestra de 39 pacientes, la cual se eligió a conveniencia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con postmenopausia.
- Pacientes derechohabientes del Hospital Universitario De Puebla.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con terapia de reemplazo hormonal local

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Pacientes que no regresen a consulta de control.
- Pacientes que no realicen estudios solicitados.

METODOLOGÍA DE TRABAJO

Los pacientes fueron abordados en consulta externa del Servicio de ginecología y Obstetricia para valorar criterios de inclusión, se clasificaron a las pacientes en postmenopausia con sintomatología de atrofia urogenital mediante interrogatorio con ayuda de un cuestionario, se tomó en cuenta edad y presentación de menopausia, se solicitaron citología cervical y cultivo de exudado vaginal antes de otorgar un tratamiento, se valoraron resultados en consulta externa de ginecología y obstetricia. El estudio realizado e interpretado fue verificado y validado por el médico de base en

turno, pudiendo hacer modificaciones al abordaje en base a su criterio. La información recolectada se vació en una base de datos en Excel de manera inicial, al tener la totalidad de la información se introdujeron los datos en el programa SPSS analizándose con el método estadístico de Chi cuadrada.

RESULTADOS

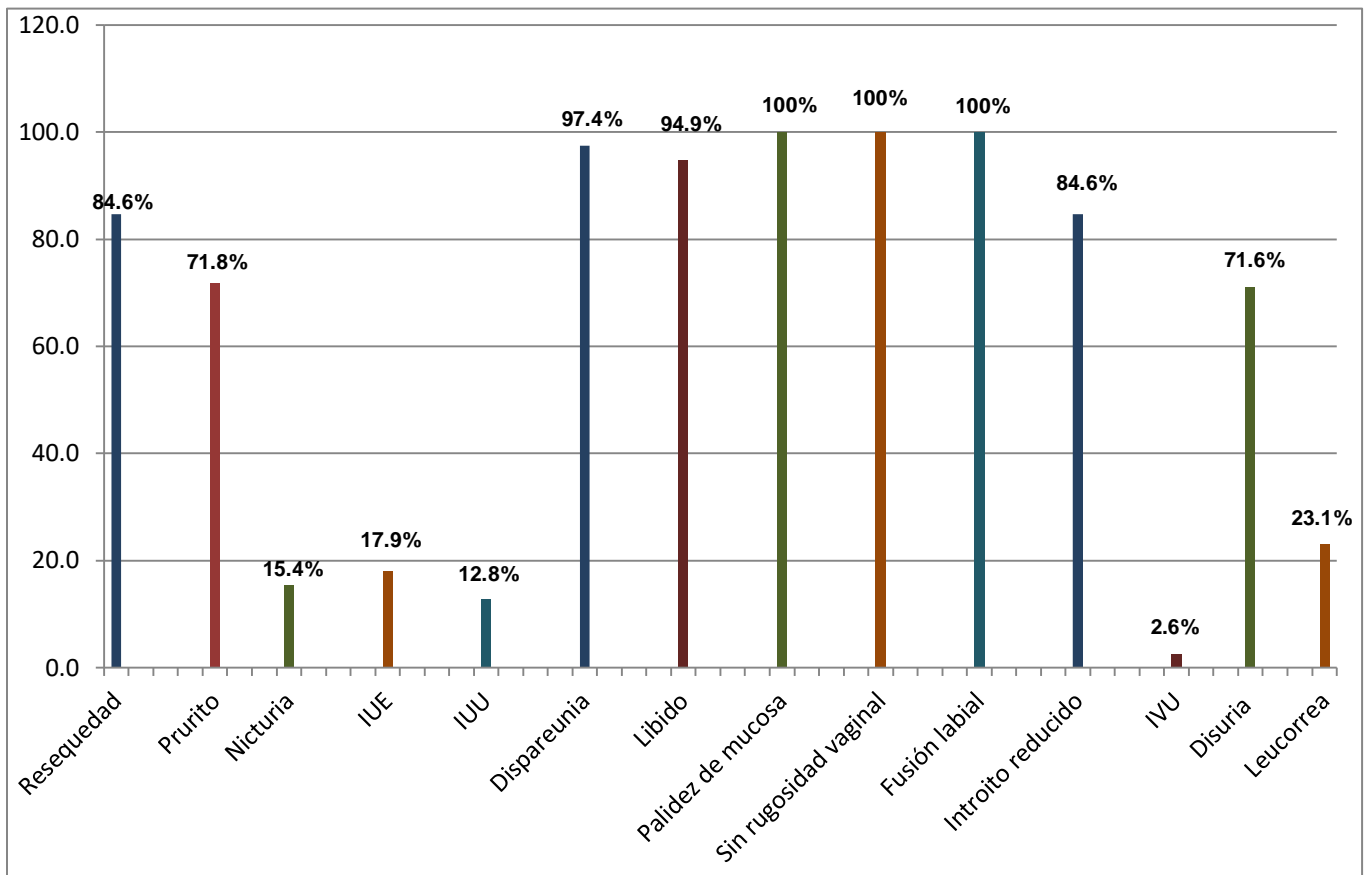
De un total de 39 pacientes, se obtiene una media de edad de 60.54, con un valor mínimo de 53 años y máximo de 65 años, así como una media de edad de inicio de menopausia de 49 años, con un valor mínimo de 48 años y máximo de 52 años.

	Media	Mínima	Máxima
Edad	60.54	53	65
Menopausia	49.7692	48.00	52.00

Tabla 1. Distribución de edad

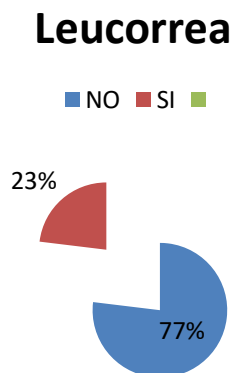
Sobre la sintomatología referida por la totalidad de las pacientes y los hallazgos clínicos, se encuentra una frecuencia de presentación de resequead vaginal de 84.6%, prurito vaginal 71.8%, nicturia 15.4%, incontinencia urinaria de esfuerzo 17.9%, de urgencia 12.8%, dispareunia 97.4%, disminución de libido en 94.9%, con palidez de mucosa, disminución de rugosidades y fusión labial del 100%, introito vaginal reducido en 84.6%, infección urinaria recurrente del 2.1%, disuria 71.8%, leucorrea 23.1%.

Los resultados se ilustran en la siguiente gráfica:

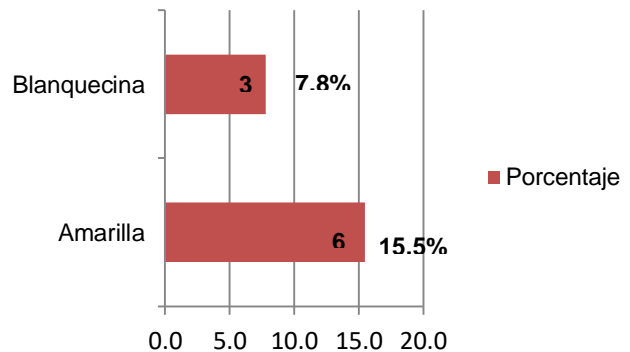


Gráfica 1. Frecuencias de presentación de sintomatología y datos clínicos en el estudio.

En cuanto a leucorrea específicamente, un total de 9 pacientes la refirieron, representando el 23.1%, de estas, 6 (15.5%) pacientes la describieron como amarilla clara y 3 (7.8%) como blanquecina. No se reportó fetidéz.

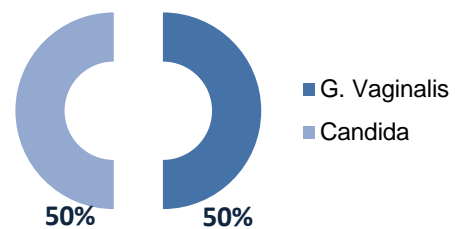
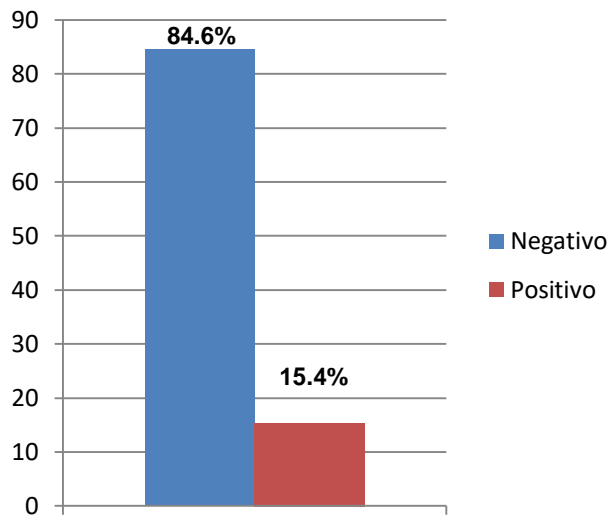


Gráfica 2. Frecuencia de leucorrea.



Gráfica 3. Características de leucorrea.

Como se describió anteriormente, a todas las pacientes que participaron en el estudio se les realizó cultivo de exudado vaginal. De un total de 39 pacientes, solo 6 (15.4%) presentaron un cultivo positivo. Los microorganismos reportados fueron Gardnerella Vaginalis y Candida, en 3 pacientes cada uno (gráfica 5).



Gráfica 4. Resultados de cultivo de exudado vaginal.

Gráfica 5. Microorganismos aislados n 6

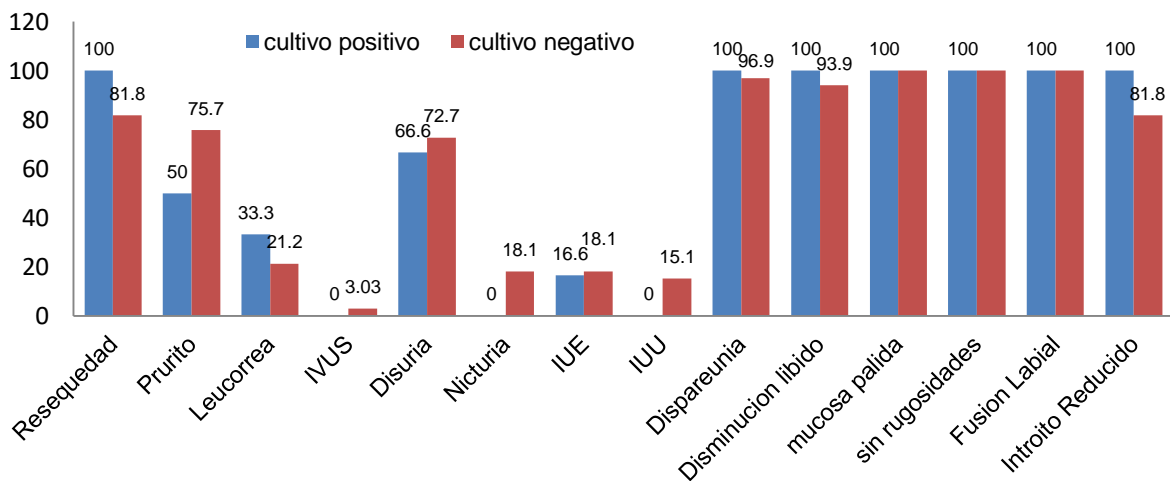
Se realizó una asociación entre la presencia de leucorrea y la positividad o negatividad del cultivo de exudado vaginal, encontrándose que de las 9 pacientes que presentaron leucorrea 7 tuvieron un resultado negativo en el cultivo y 2 positivo, y de las 30 pacientes que no refirieron leucorrea 4 tuvieron un cultivo positivo y 26 negativo. Se realiza prueba de Chi cuadrada, en la cual no presenta una diferencia estadísticamente significativa $p= 0.517$.

		CULTIVO VAGINAL		
		NO	SI	TOTAL
LEUCORREA	NO	26	4	30
	SI	7	2	9
TOTAL		33	6	39

Tabla 2. Relación entre presencia de leucorrea y resultado de cultivo de exudado vaginal.

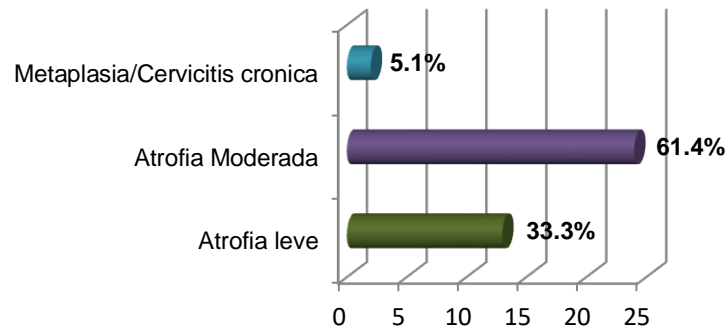
De las 6 pacientes que presentaron un cultivo positivo, el 100% presentaba resequead vaginal, dispareunia, disminución de libido y clínicamente mucosa vaginal pálida, sin rugosidades, con fusión labial e introito reducido, el 50% (3) presento prurito, un 33.3% (2) leucorrea, 66.6% (4) disuria y 16.6% (1) incontinencia urinaria de esfuerzo. En este grupo no se encontró infecciones urinarias recurrentes, nicturia o incontinencia urinaria de urgencia.

En el grupo de pacientes con cultivo negativo, con un total de 33 pacientes, el 81.8% (27) presento resequead vaginal, 75.5% (25) prurito vaginal, 21.2% (7) leucorrea, 3.03% (1) infecciones urinarias de repetición, 72.7% (24) disuria, 18.1% (6) nicturia, 18.1% (6) incontinencia urinaria de esfuerzo, 15.1% (5) incontinencia urinaria de urgencia, 96.9% (32) dispareunia, 93.9% (31) disminución de libido, el 100% presento mucosa vaginal pálida, ausencia de rugosidades vaginales y fusión labial, y el 81.8% (27) introito vaginal reducido.



Gráfica 6. Frecuencia de presentación de sintomatología según resultado de cultivo de exudado vaginal.

En cuanto al resultado de la citología cervical, en el 33.3% (13) del total de pacientes se reportó atrofia leve, un 61.5% (24) con atrofia moderada y un 5.1% (2) con metaplasia/cervicitis crónica.



Grafica 7. Resultados de citología cervical.

DISCUSIÓN

En este estudio se observó que los síntomas más frecuentes fueron: resequead vaginal, prurito vaginal, dispareunia, disuria y disminución de libido; lo cual concuerda con lo reportado en la literatura hasta el momento para síndrome urogenital (1)(2)(4). Estos síntomas también son asociados a infecciones vaginales, sin embargo solo se mostró una frecuencia de 23.1% en leucorrea, la cual se encontró descrita como amarilla o blanquecina sin asociar fetidez. Debido a esto se compararon las frecuencias de los resultados de cultivo vaginal con la presencia o no de leucorrea, se pudo observar que solo 9 pacientes refirieron leucorrea, en este estudio, y de estas pacientes, solo 2 tuvieron un cultivo de exudado vaginal positivo. En cuanto a las pacientes que no refirieron leucorrea, 4 tuvieron un cultivo positivo, lo que nos demuestra que la presencia de leucorrea no siempre se encuentra asociada con una infección vaginal en este grupo de edad.

Los microorganismos aislados fueron *Cándida Albicans* y *Gardnerella Vaginalis*, en una distribución de 3 pacientes para cada microorganismo, denotando la misma probabilidad de presentación en este grupo de edad y en etapa reproductiva.(4)(5)(7)

En el grupo de pacientes que tuvieron un cultivo de exudado vaginal positivo: el 100% presentó resequead, dispareunia y datos clínicos de síndrome urogenital, solo el 33% refirió leucorrea y 50% prurito; esto evidencia que la presencia de leucorrea no se debe

tomar como signo patognomónico de infección vaginal, al menos en este grupo de edad, además que el hecho de tener síndrome urogenital tampoco se asocia a la presencia de infección vaginal.

Comparando a las pacientes con cultivo vaginal positivo y aquellas con resultado negativo, se encuentra una frecuencia de presentación de sintomatología parecida entre ambos grupos, a excepción de la disuria y el prurito vaginal, que tiene mayor frecuencia en las pacientes con resultados negativos, y la resequedad vaginal, que fue mayor en el grupo de pacientes con cultivos positivos. Se debe señalar que entre el número de pacientes en ambos grupos hay una diferencia importante, ya que se comparan 6 contra 33 pacientes, lo que pudo genera un sesgo en los resultados de este estudio.

Analizando los resultados de la citología cervical, los diagnósticos reportados fueron: atrofia leve con un 33.3%, atrofia moderada con un 61.4% y metaplasia/cervicitis crónica con un 5.1%; al calcularse el índice de maduración, las pacientes con diagnóstico de atrofia leve y moderada entraban en la clasificación de bajo efecto estrogénico, mientras que las pacientes con metaplasia/cervicitis entraban en la clasificación de efecto estrogénico moderado. Se observó que la mayoría de las pacientes, como es esperado, presentan atrofia urogenital.

CONCLUSIONES

El síndrome urogenital es una condición derivada del hipoestrogenismo presente en la menopausia, que cambia las condiciones basales del sistema genitourinario, provocando síntomas que pueden alterar el estilo de vida de la mujer en esta etapa. Se concluye con este estudio que la sintomatología que provoca este síndrome, es similar a una infección vaginal, sin embargo, se observó que la presencia o ausencia de leucorrea, no es un signo que se asocie con infección cervicovaginal. Los resultados arrojan que: el síndrome urogenital tiene mayor prevalencia de lo reportado en la literatura, ya sea por una ausencia de búsqueda de atención de las pacientes por este motivo, o por un inadecuado interrogatorio médico.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Vaginal atrophy of women in postmenopause. Results from a multicentric observational study: The AGATA study. *Maturitas* 83 (2016) 40–44
2. Genitourinary syndrome of menopause: an overview of clinical manifestations, pathophysiology, etiology, evaluation, and management. MONTH 2016 *American Journal of Obstetrics & Gynecology*.
3. Genitourinary syndrome of menopause: New terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and The North American Menopause Society. *Maturitas* 79 (2014) 349–354
4. Salud vaginal. Menopausia, *Barcelona*. Asociación española para el estudio de la menopausia. Marzo del 2014.
5. Vaginal discharge. *obstetrics, gynaecology and reproductive medicine* 26:11, 2016
6. Position of the Spanish Menopause Society regarding vaginal healthcare in postmenopausal women. *Maturitas* 78 (2014) 146–150.
7. Menopause and the vaginal microbiome. *Maturitas* 91 (2016) 42–50
8. Genitourinary syndrome of menopause. An overview of clinical manifestations, pathophysiology, etiology, evaluation, and management. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. December 2016.
9. Deconstructing the genitourinary syndrome of menopause. *Int Urogynecol J* (2017) 28:675–679.
10. Genitourinary syndrome of menopause: Common problem, effective treatments. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. Volume 85 • number 5 may 2018.
11. The Recent Review of the Genitourinary Syndrome of Menopause. *Journal of Menopausal Medicine* 2015;21:65-71
12. Climaterio y menopausia. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. Vol. 61, n. o 2, Marzo-Abril 2018.
13. Genitourinary syndrome of menopause: Current and emerging therapies. *OBG Management*. August 2015. Vol. 27 No. 8.

14. Genitourinary Syndrome of Menopause: management strategies for the clinician. Mayo Clin Proc. December 2017.92(12):1842-1849.
15. Update on management of genitourinary syndrome of menopause: A Practical guide. Maturitas 82 (2015) 307-312.
16. National Institutes of Health. National Institutes of Health State-of-the-Science Conference statement: management of menopause-related symptoms. Ann Intern Med 2005; 142:1003.

ANEXOS

BIOÉTICA

Dentro de las consideraciones éticas, nuestro estudio se apega a las declaraciones internacionales de investigación (Helsinki) así como la Ley General de Salud en los Estados Unidos Mexicanos en cuenta el artículo 7 bis fr22 VIII, Capítulo IX artículo 77 Bis Fracción I, II, III, IV, IX, X. artículo 77 Bis38, Fracción V, VI, ARTÍCULO 100, 101 Y 102, buscando ante todo el beneficio de los pacientes.

Artículo 77 Bis38.- Los beneficiarios del sistema de protección social en salud tendrán las siguientes obligaciones:

V.- Cumplir las recomendaciones, prescripciones, tratamientos o procedimientos generales al que haya aceptado someterse.

VII.- Informarse acerca de los riesgos y alternativas de los procedimientos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen, así como de los procedimientos de consultas y quejas.

Artículo 100. La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases.

I.- Debe adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.

II.- Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo.

III.- Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad que no expone a riesgo ni daños innecesarios al sujeto en experimentación

IV.- Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

V.- Solo podrá realizarse por profesionales de la salud, en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

VI.- El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación

VII.- las demás que establezca la correspondiente reglamentación

Artículo 101. Quien realice investigación en seres humanos en contravención a lo dispuesto en esta ley y demás disposiciones aplicables, se hará acreedor de las sanciones correspondientes. La secretaria de salud podrá autorizar con fines preventivos, terapéuticos, rehabilitatorios o de investigación, el empleo en seres humanos de medicamentos o materiales respecto de los cuales aún no se tenga evidencia científica suficiente de su eficacia terapéutica o se pretenda la modificación de las indicaciones terapéuticas de productos ya conocidos. Al efecto, los interesados deberán presentar la documentación siguiente:

I.- Solicitud por escrito

II.- Información básica farmacológica y preclínica del producto

III.- Estudios previos de investigación clínica, cuando los hubiere

IV.- Protocolo de investigación

V.- Carta de aceptación de la institución donde se efectúe la investigación y del responsable de la misma.

Carta de consentimiento Informado, al documento escrito y signado por el paciente, su representante legal o el familiar más cercano en vínculo, mediante el cual se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos más frecuentes y de los beneficios esperados para el paciente.