

# Resultados de una encuesta epidemiológica de hábitos de higiene íntima en mujeres latinoamericanas

*Médicos de las Américas Unidos por la Salud Integral de la Mujer MASIM<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>*Grupo MASIM: Aura Cuevas (Coordinadora), Cuauhtemoc Celis, Imelda Hernández, Santiago Herrán, Alejandro Paradas, Osiris Paredes, Luis Vela, Carmen Troya, Wellington Aguirre, Leyla Bolívar, Zianet Yazbek, Alfredo Caraballo, Marisol Fernández, Luz María Bravo, Patricia Valencia, Carlos Zúñiga, Carlos Soto, Mona Ionela Baila, Luis Fernando Trujillo, María Mercedes Asturias.*

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir los hábitos higiénicos íntimos femeninos de algunas mujeres de Latinoamérica durante 2008.  
**Métodos:** Se aplicó una encuesta piloto, previamente diseñada, a un total de mil mujeres que acudieron a la consulta de un grupo de ginecólogos de Latinoamérica durante 2008 y aceptaron contestar voluntariamente la encuesta.  
**Ambiente:** Los países participantes fueron: Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela.  
**Resultados:** El 95,4 % de las mujeres refirió realizar aseo corporal una o más veces al día y 2,8 %, una o dos veces por semana. El 71 % realiza aseo del área genital de adelante hacia atrás (de vulva a ano). El tipo de jabón más comúnmente usado es el jabón en barra, seguido de la presentación líquida. Se evidenció un porcentaje de 66,9 % de mujeres que depilan su área genital. El área circunscrita al bikini es la más depilada con 32,8 % y la depilación del área genital en su totalidad es de 28,8 %. El material de la ropa interior en la región vulvar más utilizado por las mujeres latinoamericanas encuestadas es el algodón (65,5 %), que sumado a 20,2 % de las mujeres que utilizan ropa interior de cualquier material con algodón fue cercano al 86 %. En relación con el uso de elementos de aseo genital durante las relaciones sexuales, 29,7 % de las mujeres encuestadas refiere utilizar duchas vaginales; de las cuales 42 % refirió su uso siempre que tiene relaciones sexuales y 43 %, ocasionalmente. A la costumbre de orinar antes y después de tener relaciones sexuales se encontró que 37,9 % de las mujeres orina después del coito; 17 %, antes y 11,8 % orina antes y después.  
**Conclusiones:** Las mujeres realizan en un gran porcentaje lavado de manos después de orinar o defecar, pero el hábito de lavarse las manos antes, sigue siendo bajo. En cuanto a la técnica de aseo genital, el porcentaje de técnica inadecuada sorprende por estar alrededor de 28 %. Es necesario reforzar las capacitaciones, mejorar las estrategias de divulgación y las campañas de salud pública.

*Palabras clave:* Higiene íntima. Autocuidado. Prevención de infecciones vaginales.

## SUMMARY

**Objective:** To describe the intimate hygienic feminine habits of some women of Latin-America during 2008.  
**Methods:** A previously designed pilot survey was applied to a total of one thousand women who assisted to the office of a group of gynecologists of Latin America during 2008 and agreed to voluntarily answer the survey.  
**Setting:** The participant countries were: Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Honduras, Mexico, Panama, Peru, Dominican Republic and Venezuela.  
**Results:** 95.4 % of these women practiced corporal hygiene at least once daily and 2.8 %, once or twice a week. 71 % cleaned their genital area backwards (from vulva to anus). The type of soap most commonly used is the bar soap followed by liquid body wash. Evidence showed that 66.9 % of women depilate their genital area. The bikini surrounding area is the most depilated one, with a 32.8 % and the total depilation of the genital area is 28.8 %. Cotton is the most commonly used material for underwear on the vulvar area by surveyed Latin American women (65.5 %), which added to a 20.2 % of women who use underwear of any material with cotton was nearly 86 %. When the use of genital hygiene devices during sexual intercourse is questioned, 29.7 % of the surveyed women opted to use vaginal showers; of which 42 % used it every time they had sexual intercourse and 43 % just occasionally. In relation to the habit of urinating before and after having sexual intercourse it was established that 37.9 % of women urinate after the coitus; 17 % before it, and 11.8 % urinates before and after.  
**Conclusions:** Women, in a great percentage, wash their hands after urinating or defecating, but the habit of washing their hands before is still not as frequent. Regarding the genital (feminine) hygiene technique, the percentage of "inadequate" hygiene technique is surprisingly as low as about 28 % (percent). With this in mind, it is fundamental to reinforce training, improve information strategies and public health campaigns.

*Key words:* Feminine hygiene. Self-care. Vaginal infections prevention.

## INTRODUCCIÓN

El término higiene proviene del nombre de la diosa Higea, que en la mitología griega era considerada protectora de la salud y a la que se le atribuía la prevención de las enfermedades.

A través de la historia de la humanidad, la higiene ha tenido diversos significados tanto para los individuos y las colectividades como para las ciencias médicas. En la época de los romanos y los griegos se tenía conciencia de la necesidad de cuidar el cuerpo y se realizaban baños colectivos con un sentido purificador, pero a la vez evocando placer.

En la edad media no existían baños y la gente utilizaba bacinillas, cuyo contenido lanzaban por las ventanas de las casas o los palacios. De allí el término “agua va”. Los excrementos y las aguas residuales se mezclaban y pasaban a través de los canales de las calles. Es muy probable que las epidemias que azotaron a las gentes de esa época hayan sido ocasionadas por la falta de higiene.

Durante el renacimiento se creía que el agua penetraba a través de los poros de la piel y transmitía enfermedades, y que por tanto una capa de mugre podía tener un efecto protector. La limpieza corporal solo se realizaba con una toalla en las áreas visibles (1).

En el siglo XIX, a partir del urbanismo y la medicina, se empieza a transformar el concepto de la higiene. Para la ciencia médica, la higiene se considera aquella área que tiene por objeto la conservación de la salud y la prevención de enfermedades (2).

Una vez se descubren las primeras bacterias, en el siglo XIX, la ciencia empieza a buscar la forma de defenderse de ellas, se difunden el lavado de las manos y el baño diario con agua y jabón. A partir del descubrimiento de la relación entre enfermedad y microorganismos, surgió la epidemiología unicausal, y se pensaba que una vez conocido un agente, la higiene se encargaría de definir los mecanismos para controlarlos. En 1847, Semmelweis (3) comprueba que las medidas de higiene reducen en forma drástica la mortalidad causada por fiebre puerperal y el escocés Lister (4) basándose en los trabajos de Pasteur, utiliza por primera vez la antisepsia en cirugía, revolucionando esta área de la medicina con sus conceptos. Se divulga la idea de higiene como sinónimo de prevención.

Una vez se descubren las primeras bacterias en el siglo XIX, la ciencia empieza a buscar la forma de defenderse de ellas, se difunden el lavado de las manos y el baño diario con agua y jabón.

Los médicos, personas influyentes en la época, empiezan a realizar las primeras conferencias internacionales y acuerdan la creación de una oficina internacional de higiene pública, que se instala en París en 1907. Su nombre pasará

a ser en 1946 Organización Mundial de la Salud (OMS). Estas conferencias también darían origen en América a las primeras organizaciones panamericanas sanitarias, las cuales posteriormente serían elementos fundamentales para hacer la transición en América del término higiene al de salud pública (5).

La higiene íntima de la mujer forma parte de los procesos de autocuidado de la salud, y su aprendizaje se ha realizado históricamente por la enseñanza que imparten las madres a sus hijas. Dentro de sus objetivos están la prevención de infecciones, brindar comodidad y bienestar, además de mejorar la calidad de vida de la mujer.

El tracto urogenital inferior en la mujer constituye un área fundamental para la reproducción y la eliminación de orina. Su cercanía a la región anal lo pone en contacto con microorganismos provenientes del intestino, lo cual favorece infecciones del tracto urinario y vulvovaginales. Asimismo, la actividad sexual expone esta área a microorganismos provenientes del tracto genitourinario masculino y al riesgo de infecciones de transmisión sexual.

El autocuidado se refiere al conjunto de decisiones y prácticas adoptadas por el individuo (autovaloración) para ejercer un mayor control sobre su bienestar en lo físico, psicológico y espiritual (6). Es un proceso voluntario, que le permite a la persona convertirse en sujeto de sus propias acciones. Debe constituir una filosofía de vida y una responsabilidad individual, pero en temas como la higiene íntima requiere cierto grado de conocimiento.

Dentro del enfoque integral del ser humano, factores relacionados como valores, costumbres, prácticas personales y sociales, hábitos y creencias requieren atributos personales como autonomía, identidad y autoestima.

En este tema existe, en algunas ocasiones, una ruptura entre el conocimiento, las actitudes y las prácticas, por lo cual se requieren propuestas de acción y capacitación para que haya armonía entre el conocimiento y el comportamiento.

Los hábitos de higiene femeninos incluyen: baño y secado corporal diario, limpieza del área genital después de orinar o defecar, uso de elementos de protección menstrual, aseo genital en los días de menstruación e higiene relacionada con la actividad sexual.

No se conoce hasta el momento un estudio sobre hábitos higiénicos en mujeres latinoamericanas y sus datos podrían aportar información útil para definir estrategias educativas encaminadas a mejorar el conocimiento en dichas mujeres, así como de los médicos que se ven enfrentados a sus interrogantes en la práctica profesional. El objetivo del estudio es describir los hábitos higiénicos íntimos femeninos de algunas mujeres que acudieron a la consulta externa de un grupo de ginecólogos de Latinoamérica durante 2008.

## MÉTODOS

Se aplicó una encuesta piloto, previamente diseñada, a un total de mil mujeres que acudieron a la consulta de un grupo de ginecólogos de Latinoamérica durante 2008; quienes cumplieron los criterios de inclusión (edad entre los 16 años y 49 años, vida sexual activa y tener ciclos menstruales) y aceptaron contestar voluntariamente la encuesta.

Los países participantes fueron: Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela (Cuadro 1).

Cuadro 1  
Distribución por país de mujeres encuestadas

País	Total	%
Colombia	188	19
Costa Rica	15	2
Ecuador	219	22
Guatemala	51	5
Honduras	62	6
México	181	18
Panamá	50	5
Perú	57	6
República Dominicana	56	6
Venezuela	116	12
NS NR*	5	1
Total	1 000	

\* No sabe, no responde.

La encuesta estuvo constituida por siete dominios principales; el primero era contestado por el médico tratante y los restantes dominios, por la paciente: 1. Información sociodemográfica, 2. Información sexual, 3. Aseo corporal general, 4. Aseo del área perineal, 5. Ropa interior, 6. Protección durante la menstruación, 7. Higiene íntima y actividad sexual. Durante una reunión del panel de expertos efectuada en la ciudad de Panamá (Segundo Foro de Higiene Íntima Femenina), se revisó la terminología de la encuesta para unificar criterios y estandarizar conceptos; de esta forma los investigadores aclaraban los diferentes términos que las encuestadas no entendían.

## RESULTADOS

### Información socio demográfica

El promedio de edad de las mujeres encuestadas fue de 29,7 años, siendo 16 años la edad mínima y 49 la máxima. El grado de escolaridad de mayor prevalencia

fue la secundaria con 33,8 %, seguido del profesional con 19,8 %; un 0,3 % refirió no tener ningún grado de escolaridad. El estrato socioeconómico (I: muy pobre, II: pobre, III: medio, IV: rico, V: muy rico) más frecuente fue el III con 58,9 %, seguido del IV con 12,6 %; la suma de los estratos III IV y V, con ingresos socioeconómicos medios y altos, arrojó un porcentaje de 76,6 %.

En cuanto al estado civil, la mayoría de las mujeres encuestadas eran solteras (42,5 %); un 38,7 % estaban casadas y 8,6 % en unión libre. Alrededor de la mitad de ellas se encontraban trabajando como empleadas o independientes y 6,3 % estaban desempleadas (Figura 1).

### Información actividad sexual

A la pregunta sobre la edad de la primera relación sexual, el promedio fue 19,2 años (edad mínima: 11 años y máxima: 49 años). El promedio de parejas sexuales en toda la vida fue de 2,5 parejas; el promedio de relaciones sexuales por semana fue de 2,4 veces por semana, de las cuales 1,8 veces se realiza sin preservativo.

### Aseo corporal general

El 95,4 % de las mujeres encuestadas refirió realizar aseo corporal una o más veces al día y 2,8 %, una o dos veces por semana. Respecto al lavado de las manos al orinar o defecar, 94,9 % se lava las manos después y solo 34,1 %, antes.

### Aseo del área perineal

Se evidenció un alto porcentaje de adecuada técnica de aseo del área perineal: 71 % realiza la técnica de adelante hacia atrás (de vulva a ano). Un 27,6 % realiza una técnica inadecuada de aseo del área perineal, de atrás hacia delante (de ano a vulva) o combinando las dos direcciones (adelante-atrás y atrás-adelante).

Cuando se observa la técnica de aseo perineal discriminada por país, las mujeres en México tienen el mayor porcentaje de técnica adecuada con 82,3 %, seguido por las mujeres de Honduras con 79 % y Venezuela con 71,6 %; el país con menor porcentaje de técnica adecuada fue Guatemala con 56,9 % (Cuadro 2).

En conjunto, el hábito del uso de jabón para el aseo del área genital es muy común en las mujeres encuestadas, así: 89,9 % usa jabón, de las cuales 73,2 % refirieron usar siempre jabón y 16,7 %, algunas veces.

El tipo de jabón más comúnmente usado es el jabón en barra, seguido de la presentación líquida (Figura 2).

La forma de uso más común entre las mujeres latinoamericanas encuestadas es utilizar el mismo jabón tanto para el cuerpo como para el área genital (59,1 %), sin embargo, un 31 % de las mujeres refirieron utilizar jabón exclusivamente diseñado para el área genital (Figura 3).

En relación con el uso de elementos coadyuvantes en el aseo genital, 14,7 % de las mujeres encuestadas utiliza esponja, de las cuales 57 % la usa siempre que realizaba

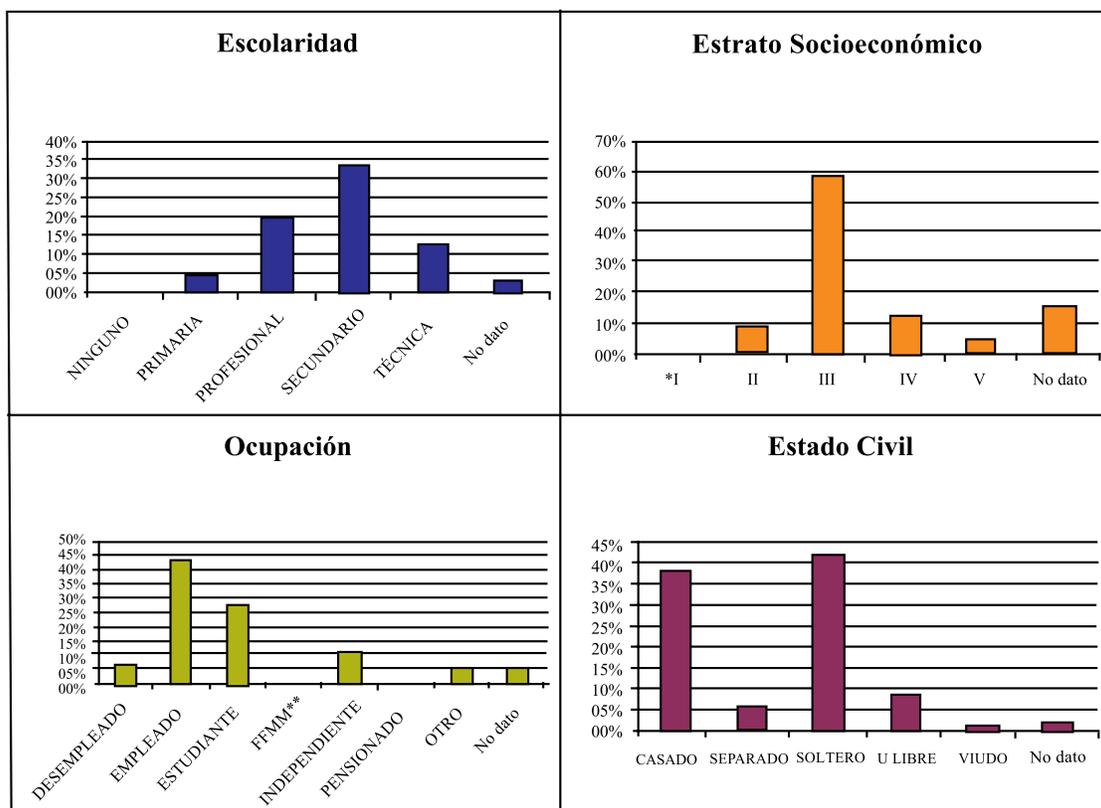


Figura 1. Características sociodemográficas básicas. \* I: muy pobre, II: pobre, III: medio, IV: rico, V: muy rico. \*\* Fuerzas militares.

Cuadro 2  
Técnica de aseo perineal

País	Adecuado	Inadecuado
Colombia	69,7 %	29,3 %
Costa Rica	66,7 %	26,7 %
Ecuador	70,8 %	28,8 %
Guatemala	56,9 %	41,2 %
Honduras	79,0 %	19,4 %
México	82,3 %	15,5 %
Panamá	70,0 %	30,0 %
Perú	59,6 %	35,1 %
República Dominicana	57,1 %	42,9 %
Venezuela	71,6 %	27,6 %

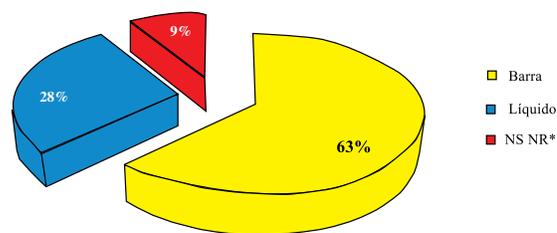


Figura 2. Tipo de presentación del jabón.

Se evidenció un porcentaje de 66,9 % de mujeres que depilan su área genital. El área circunscrita al bikini es la más depilada con 32,8 % y la depilación del área genital en su totalidad es de 28,8 %.

La técnica depilatoria utilizada con mayor frecuencia es el rasurado en 49,6 %, seguido por el uso de cera depilatoria en 9,5 %; el uso del láser como técnica depilatoria muestra un porcentaje de 2,5 %.

su aseo genital. Un 29,2 % refirió usar pañitos húmedos (*wet wipes*), de las cuales 21,2 % lo usa siempre; el uso de duchas vaginales arrojó 28,5 %; y 11,1 % de las mujeres refirieron utilizar desodorantes íntimos (Figura 4).

## ENCUESTA EPIDEMIOLOGICA DE HÁBITOS DE HIGIENE ÍNTIMA

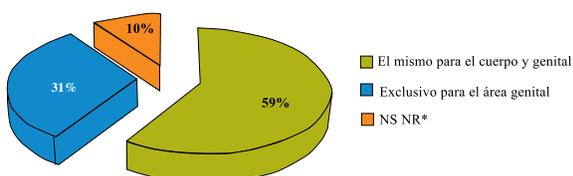


Figura 3. Forma de utilización del jabón.

\* No sabe, no responde.

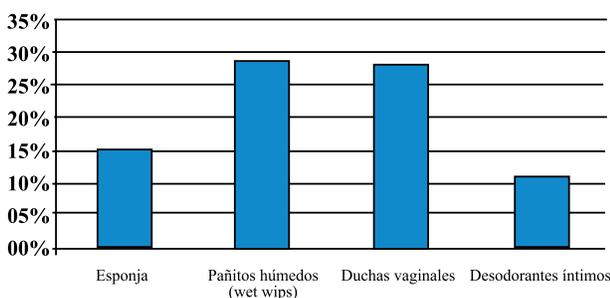


Figura 4. Uso de elementos coadyuvantes en el aseo genital.

El 76,6 % de las mujeres refirió haber aprendido sus hábitos higiénicos de la madre, seguido por 7,9 % de un profesor y en menor frecuencia del padre, con 1 %. Un 5,8 % refirió haber adquirido este conocimiento a través de personal de salud (médicos y enfermeras), medios masivos de comunicación (televisión, revistas femeninas) y autoaprendizaje.

### 5. Ropa interior

El material de la ropa interior en la región vulvar más utilizado por las mujeres latinoamericanas encuestadas es el algodón (65,5 %), que sumado a 20,2 % de las mujeres que utilizan ropa interior de cualquier material con algodón en el área vulvar fue cercano al 86 %. Un 13,5 % utiliza licra, nylon y seda. En cuanto al diseño, 36,2 % de nuestra muestra utiliza ropa interior de diseño tradicional, 7,6 % utiliza boxer, 38,9 % usa bikini y 16,4 %, hilo dental.

Llama la atención que 85,5 % utilice protectores diarios. La frecuencia de uso es: 30,9 % permanentemente, 38,5 % en los últimos días de la menstruación y 30,6 % ocasionalmente.

### 6. Protección durante la menstruación

El 62,2 % de las encuestadas refieren lavar sus manos antes de utilizar los productos de protección menstrual

y el 87,2 % refiere lavarse las manos después de su uso (Figura 5). El producto más utilizado para la protección menstrual es la toalla higiénica con 89 %, en relación con el tampón, que lo usa 9,3 %. En cuanto a tener relaciones sexuales durante la menstruación, 78,7 % refirió no tener actividad sexual durante esta fase del ciclo.

### 7. Higiene íntima y actividad sexual

Un 83,1 % de las mujeres encuestadas limpia su área genital en el tiempo del coito, 16,1 % antes de tener relaciones sexuales, un 39,9 % después de tener actividad sexual y un 27,1 % antes y después. En relación con el uso de elementos de aseo genital durante las relaciones sexuales, 29,7 % de las mujeres encuestadas refiere utilizar duchas vaginales; de las cuales 42 % refirió su uso siempre que tiene relaciones sexuales y 43 %, ocasionalmente.

En cuanto a la costumbre de orinar antes y después de tener relaciones sexuales se encontró que 37,9 % de las mujeres orina después del coito; 17 %, antes y 11,8 % orina antes y después. Un 29,1 % expresó que orina sin tener en cuenta el coito (Cuadro 3).

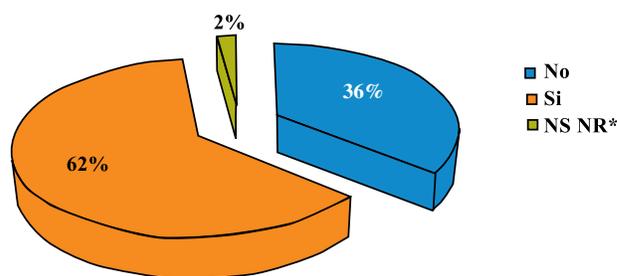


Figura 5. Higiene de las manos y relación con cambio de uso de los elementos de protección menstrual.

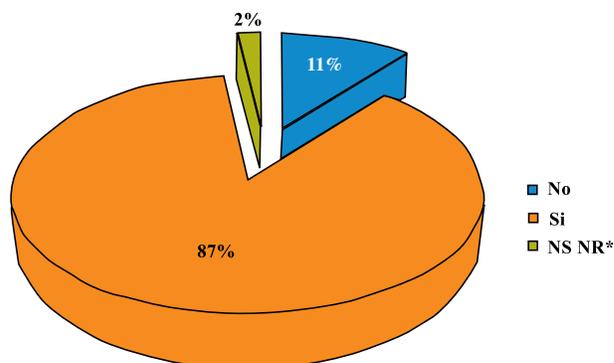


Figura 6. Limpieza de las manos después.

Cuadro 3  
Higiene y actividad sexual

	#	%
Micción y su relación con el coito		
Antes	170	17,0
Antes y después	118	11,8
Después	379	37,9
Sin tener en cuenta el coito	291	29,1
NS NR*	42	4,2
Limpieza del área genital y su relación con el coito		
Antes	161	16,1
Antes y después	271	27,1
Después	399	39,9
Ni antes ni después	126	12,6
NS NR*	43	4,3

\* No sabe, no responde

## DISCUSIÓN

La higiene íntima constituye un elemento vital del autocuidado de la salud de la mujer y exige una rutina adecuada. Desde la infancia hasta la senectud, la vulva está expuesta a factores ambientales, efectos hormonales, problemas metabólicos que pueden alterar su equilibrio natural. Con los cambios de estilo de vida que lleva la mujer de hoy, cada vez se hace más importante encontrar estrategias que le permitan bienestar, comodidad y mantener la vulva libre de infecciones y de problemas de tipo irritativo.

En este estudio llama la atención encontrar un grupo de mujeres que probablemente en busca de lograr mayor comodidad recurren al uso de pantyprotectores. A pesar de que este elemento no tiene efecto irritante per se, potencialmente sí puede afectar la región vulvar, causando secado excesivo por la absorción o aumentando la humedad de la piel por oclusión. Un estudio realizado en adolescentes colombianas mostró que 49 % de ellas utiliza pantyprotectores, y que el uso de este elemento se asocia a la presencia de flujo vaginal recurrente (8).

Es llamativo también el hallazgo del uso de duchas vaginales como una forma de higiene íntima y su empleo después de tener relaciones sexuales. En un estudio dirigido por Vermund que durante tres años analizó los hábitos de adolescentes sexualmente activas, encontró que cincuenta participantes que usaban duchas vaginales periódicas adquirieron más rápidamente infecciones de transmisión sexual (ITS). Cuando el equipo analizó otros factores asociados con las ITS, como la etnia y la edad, VIH y la historia sexual, el riesgo de adquirir una ITS era 1,8 veces mayor en las participantes que siempre

utilizaban duchas vaginales y 1,4 veces mayor en las que lo hacían intermitentemente que en las que nunca lo hacían (9). Desde hace varios años, el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta recomienda a las mujeres evitar esta práctica debido al aumento de riesgo de vaginosis bacteriana (10) y la posibilidad de presentar enfermedad pélvica inflamatoria (11).

La Sociedad Internacional para el Estudio de Enfermedades de la Vulva (*International Society for the Study of Vulvo-vaginal Disease Patient Information Committee, June 2006*) (12) y el Grupo MASIM, Médicos de las Américas Unidos por la Salud Integral de la Mujer desde el 2006 (13) han hecho una serie de recomendaciones a las mujeres para llevar a cabo un adecuado cuidado del área vulvar.

Se necesita mayor divulgación de estas recomendaciones a la población femenina en general y nuevos estudios sobre hábitos higiénicos en poblaciones diversas, provenientes de áreas rurales y urbanas, que se correlacionen con infecciones vulvovaginales, infecciones urinarias, vulvitis de tipo irritativo y vulvodinia.

## CONCLUSIONES

Las mujeres encuestadas son en su gran mayoría de estrato socioeconómico medio alto y con nivel educativo bachiller o profesional, lo cual es el comportamiento regular de la consulta de los médicos participantes en el proyecto (muestra de médicos ginecólogos de conveniencia).

Las mujeres realizan en un gran porcentaje lavado de manos después de orinar o defecar, pero el hábito de lavarse las manos antes sigue siendo bajo, lo que indica desconocimiento de las ventajas del mismo o que su aprendizaje pudo ser incompleto.

En cuanto a la técnica de aseo genital, el porcentaje de técnica inadecuada sorprende por estar alrededor de 28 %, lo que podría implicar un gran porcentaje de desconocimiento. Se hace necesario reforzar las capacitaciones, mejorar las estrategias de divulgación y las campañas de salud pública, y verificar si la información existente está llegando adonde se quiere llegar.

Probablemente por creencias y moda, las mujeres están depilando toda el área genital lo que podría generar pérdida de la protección de barrera natural y probablemente alteración de las terminaciones nerviosas lo cual podría desencadenar a largo plazo vulvodinia.

Sería útil conocer en encuestas posteriores la temperatura promedio de la ciudad de procedencia de las mujeres encuestadas para determinar si ello afecta sus hábitos de aseo corporal.

Queda mucho por aprender con respecto a cómo se afecta la homeostasis vaginal con el coito, la dieta, la

actividad física, el uso de espermicidas y tampones. Se necesitan nuevos estudios que involucren un mayor número de mujeres, para contestar todos estos interrogantes.

#### REFERENCIAS

1. Instituto Pasteur. Historia de la higiene. Disponible en: URL: [http://www.higiene-educ.com/sp/profs/histoire/sci\\_data/frame1.htm](http://www.higiene-educ.com/sp/profs/histoire/sci_data/frame1.htm)
2. Real Academia Española (DRAE). Diccionario de la Real Academia Española. 21ª edición. Madrid: Espasa-Calpe. 2001.
3. Lee R, Chien A. Semmelweis. *Med Hist.* 2005;48:616-618.
4. Rains AH. "Joseph Lister and antiseptics". Hove, Priory Press. 1977.
5. Saldaña JJ. Historia social de la ciencias en América Latina. México, UNAM, Miguel Ángel Parrua Grupo Editorial. 1996.
6. Vivo positivo: Coordinadora Nacional de Agrupaciones y Organizaciones de Personas Viviendo con VIH/sida. Santiago, Chile. Disponible en: URL <http://www.vivopositivo.org/portal/sitio/031.htm>
7. Hanke-Baier P, Johannigmann J, Levin RJ, Wagner G. Evaluation of vaginal and perineal area during de use of external sanitary protection throughout the menstrual cycle. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1994;73(6):486-491.
8. Bojanini J. Hábitos higiénicos y flujo vaginal recurrente en adolescentes. *Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia.* 2002;9(2):7-14.
9. Tsai CS, Shepherd BE, Vermund SH. Does douching increase risk for sexually transmitted infections? A prospective study in high-risk adolescents. *Am J Obstet Gynecol.* 2009;200:38.e1-38.e8.
10. División de Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual (DSTDP) Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. [www.cdc.gov/std](http://www.cdc.gov/std). Disponible en: URL <http://www.cdc.gov/std/Spanish/STDFact-Bacterial-Vaginosis-s.htm>
11. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. [www.cdc.gov/std](http://www.cdc.gov/std). Disponible en: URL <http://www.cdc.gov/std/Pid/the-facts/sp.htm>.
12. <https://netforum.avectra.com/temp/ClientImages/ISSVD/84674f3b-e9b2-4ae9-b64e-7613e9162235.pdf>  
[https://netforum.avectra.com/eweb/DynamicPage.aspx?Site=ISSVD&WebCode=ArticleDetail&faq\\_key=98856b1d-6bf8-4e57-a60f-60b7876a0790](https://netforum.avectra.com/eweb/DynamicPage.aspx?Site=ISSVD&WebCode=ArticleDetail&faq_key=98856b1d-6bf8-4e57-a60f-60b7876a0790).
13. Recomendaciones de expertos elaborados a partir de primer y segundo foros Latinoamericanos sobre Higiene íntima femenina 2007 y 2008 Folletos técnicos por grupos de edad pdf auspiciado por Sanofi-Aventis.

#### Agradecimientos

Los autores agradecen la colaboración de Nora Rodríguez, Jorge Huespe, Arnaldo Silva, Jorge García Pertuz, Sorangel Toribio y Random Foundation.

## Antivirales en la influenza (temporada 2010-2011)

*Viene de pág. 20*

- En este momento, casi todos los virus de la influenza son sensibles al oseltamivir y al zanamivir. Sin embargo, los regímenes de tratamiento antiviral podrían cambiar dependiendo de la resistencia a los nuevos antivirales o información de vigilancia viral.
- Dado que el acceso rápido a los medicamentos antivirales es importante, los médicos que atienden embarazadas y puérperas (incluyendo la pérdida del embarazo) deben desarrollar métodos para asegurar que el tratamiento se pueda iniciar inmediatamente después del inicio de los síntomas. Las acciones que apoyará el inicio del tratamiento precoz incluyen:
  - Informar a las embarazadas y las puérperas (incluyendo la pérdida del embarazo), los signos y síntomas de la influenza y la necesidad de un tratamiento temprano después de la aparición de los síntomas. Las manifestaciones típicas de la influenza incluyen fiebre, tos, rinorrea, dolor de garganta, cefalea, dificultad para respirar, y mialgia. Algunas pacientes con influenza tienen vómitos, diarrea o conjuntivitis, y algunas tienen síntomas respiratorios sin fiebre.
  - Asegurar un rápido acceso a la consulta telefónica y la evaluación clínica para embarazadas y puérperas (incluyendo la pérdida del embarazo)
  - Teniendo en cuenta el tratamiento empírico de las embarazadas y puérperas hasta 2 semanas después del parto (incluyendo la pérdida del embarazo) a partir de teléfono de contacto si la hospitalización no está indicada y si esto reducirá sustancialmente retraso antes de que el tratamiento se inicial.
- La fiebre en las embarazadas debe ser tratada por el riesgo que parece representar para el feto. El acetaminofén parece ser la mejor opción para el tratamiento de la fiebre durante el embarazo.

Fecha: Diciembre 29, 2011

Fuente: Centers for Disease Control and Prevention  
[http://www.cdc.gov/flu/professionals/antivirals/avrec\\_ob2011.htm](http://www.cdc.gov/flu/professionals/antivirals/avrec_ob2011.htm)

Traducción: R. Pérez D'Gregorio