

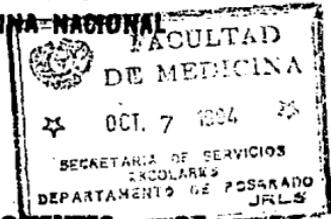
N-15
251

Universidad Nacional Autónoma de México



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DEPTO. DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y DE SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

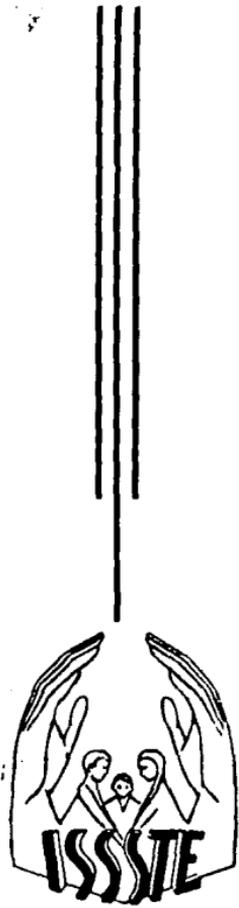
CLINICA MARINA NACIONAL



FACTORES PREDISPONENTES DE LA CERVICOVAGINITIS CRONICA, EN PACIENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA.

T E S I S
Que para obtener el Título de:
Especialista en Medicina Familiar
P r e s e n t a:
DRA. ELOINA INFANTE CASTRO

ASESOR:
DR. FRANCISCO JOSE LISCANO ESPERON



México, D. F.

TESIS CON
FALLA DE CRISEN

Febrero 1984



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

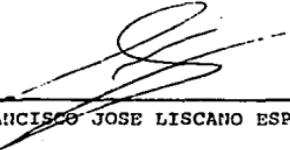
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



DRA. GEORGINA SOLIS GARCIA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U N A M .



DR. DAVID AVILA TREJO
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DPTO DE MEDICINA FAMILIAR.
U N A M .

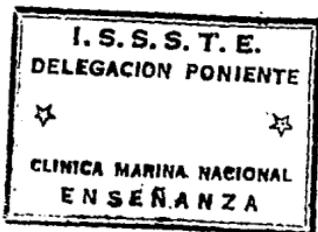


DR. FRANCISCO JOSE LISCANO ESPERON
ASESOR DE TESIS Y PROFESOR DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.
U N A M .



DR. JOSE ANTONIO ALIAS AGUILAR.
DIRECTOR DE LA CLINICA MARINA NACIONAL.

I S S S T E .





DR. CARLOS EDUARDO CENTURION VIGIL.
JEFE DE ENSEÑANZA DE LA CLINICA MARINA NACIONAL.

I S S S T E .



ISSSTE

Subdirección General Médica
Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación
Departamento de Investigación

AGRADECIMIENTOS:

A María Fernanda mi hija:

En su primer año de vida
Por mantenerme firme ante importantes
tropezos.

A Sarita mi madre:

Que hasta el ultimo día de su vida nos dejó
el ejemplo del amor, trabajo y dedicación.

A Mi Padre y Hermanas:

Que siempre han creído en mí.

A Héctor:

Por caminar junto a mí, a lo largo de mis días.

A la Familia Godoy:

Por su incondicional apoyo.

Al Departamento de Medicina Familiar y Amigos:

Por estos tres años de formación, como;
Profesionista y sistema familiar.

I. IDENTIFICACION DEL PROYECTO.

I.1 TITULO:

FACTORES PREDISPONENTES DE LA CERVICOVAGINITIS CRONICA,
EN PACIENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA, DE LA CLINICA DE MEDICI_
NA FAMILIAR " MARINA NACIONAL " I.S.S.S.T.E. 1990.

I.2 NOMBRE DEL INVESTIGADOR .

DRA. ELOINA INFANTE CASTRO, MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA
GENERAL FAMILIAR DE TERCER AÑO, DE LA CLINICA MARINA NACIONAL
I.S.S.S.T.E.

II. MARCO TEORICO.

II.I ANTECEDENTES.

La cérvicovaginitis es una enfermedad común en la consulta ginecológica y en muchas ocasiones se considera de poca importancia. Frecuentemente se hace normal para la paciente y el médico, por no ser un padecimiento florido como el agudo. Generalmente no se determina la etiología específica y se trata dependiendo de las características de la leucorrea, de esta forma el tratamiento es inespecífico; modificando así el cuadro clínico, además de que este tratamiento es generalmente -- individual y no de pareja, no realizándose seguimiento hasta - la curación, haciéndose el proceso crónico y detectándose --- cuando ya existen cambios anormales en el epitelio de vulva, - vagina y cervix.

Esta enfermedad es difícil de abordar, ya que no sólo se - trata de una simple infección, sino que se involucra directa- mente a la pareja, generalmente conyugal, presentándose cambios en el área sexual, afectiva y del núcleo familiar.

En nuestra sociedad aún el nivel de la educación para la -- salud es deficiente, encontrándose que la pareja desconoce la anatomía y fisiología sexual femenina y masculina y por ende - los problemas infecciosos sexuales.

El patrón sintomático común a estos padecimientos es la --- leucorrea o flujo trasvaginal, cuyas características o aspecto

no basta hacer diagnóstico diferencial. (1)

Es conveniente recordar que la vagina sana presenta secreción hialina (leucorrea fisiológica), procedente de la mucosa, paredes vaginales, del epitelio endocervical, líquido de trasudación de las paredes vaginales y producto de glándulas sebáceas de Bartholin. Así mismo son importantes los parámetros funcionales y anatómicos de la vagina que son; pH, niveles hormonales y de glucógeno, cantidad de la flora microbiana presente. todos ellos influidos por la edad, ciclo menstrual, particularidades anatómicas, estructurales y hábitos sexuales e higiénicos.

El pH ácido de la vagina es sinónimo de normalidad que conlleva sistema de automantenimiento regido por descamación epitelial, eliminación constante de detritos, presencia de inmunoglobulinas, secreciones locales y manifestación del mecanismo fagocítico mononuclear.

En etapas premenarcas y menopáusica la neutralidad o alcalinidad del pH vaginal y condiciones anatómicas y funcionales propias de estos estados, propician el desarrollo de infecciones cervicovaginales, sin embargo, toda mujer esta sujeta a -- contraer infecciones genitales en cualquier fase de su vida, -- y aún cuando se reconoce, diagnostica y trata una gran gama de agentes etiológicos, el problema sigue vigente, incluso con -- exacerpciones para algunos microorganismos en ciertos círculos

sociales y estación del año, debido a la idiosincracia que -
prevalecen en la civilización actual. (1) (2)

La microflora que coloniza habitualmente el aparato genital de la mujer, está circunscrito tan sólo a tres sitios anatómicos: genitales externos, vagina y cervix, las estructuras internas restantes son estériles y la presencia de cualquier - microorganismo es anormal.

Esta flora es muy heterogénea, depende del estado de equilibrio del huésped porque estos pueden ser comensales o patógenos oportunistas causando cuadros de cervicovaginitis, enfermedad pélvica inflamatoria, septicemias, infecciones perinatales y procesos de infertilidad o esterilidad. Esta complejidad está sujeta a múltiples factores, químicos, mecánicos fisiológicos, cronológicos, iatrogénicos y características -- que condicionan la calidad, la cantidad y el potencial patológico de la flora normal.

Características microbiológicas del aparato genital femenino:

La colonización de la vagina en la recién nacida, es al paso del canal del parto, a partir de la flora materna, predominan los lactobacilos y la mezcla de bacterias aerobias y - anaerobias, este epitelio es rico en glucógeno por el estímulo estrogénico proveniente de la madre, por lo cual los microorga.

nismos capaces de fermentar esa fuente y de soportar ulteriormente la acidez producida, son los que ven favorecida su adherencia específica a las células epiteliales y multiplicación posterior; lo que ocurre precisamente con el género lactobacillus y algunos anaerobios como Bacteroides y Peptococcus.(3)

Poco después del nacimiento, la ausencia de estrógenos - hace que el epitelio vaginal se vuelva fino, atrófico y carente de glucógeno; afectando a la flora lactobacilar que al carecer de su substrato no logra proliferar, consecuentemente - el pH se eleva de los valores previos de 3.7 - 5 hasta 6 - 8.

Así en el período previo a la menarca, la flora acidófila se abate y el nicho ecológico es ocupado por cocos grampositivos diferentes de los lactobacilos gramnegativos facultativos y anaerobios.(4)

Con el inicio de la menstruación y el proceso de la maduración sexual, se restablece el epitelio rico en glucógeno y el crecimiento de los lactobacilos en la vagina, en conjunción - con los diversos morfotipos aerobios y anaerobios. En sí la flora bacteriana vaginal y del corvix es un ecosistema dinámico y variará en la misma paciente de un día a otro , con el - ciclo menstrual, con el embarazo, la edad, el sitio de donde se tome las muestras y las técnicas bacteriológicas empleadas.

Por lo que concierne a los genitales externos, éstos colonizados están por estafilococos, estreptococos viridans, ente

rococos, corinebacterias, microbacterias saprófitas, miembros de las enterobacterias, micoplasmas, levaduras, cocos y bacilos anaerobios.

La conservación de un pH ácido en la vagina de la mujer nadura, depende en gran medida del nivel de ácido láctico presente, resultado del catabolismo tanto microbiano como fisiológico del glucógeno. Estas condiciones están hasta el principio de la menopausia que cursa con una disminución sensible de la síntesis de estrógenos, nuevamente el glucógeno se pierde y el epitelio vaginal se atrofia hasta ofrecer una imagen similar a la de la etapa premenárquica con pH elevado y ausencia de microorganismos acidófilos, substituidos por otras bacterias. Los datos obtenidos indican que la flora bacteriana vaginal es compleja de múltiples organismos. Se presenta un listado de bacterias existentes en el aparato genital femenino . (2,3,12).

Microorganismos En la Vagina y Cervix.

	Lactobacilos	25 - 35 %
Aerobios:	Staphylococcus	5 - 80 %
	Corinebacterium	45 - 75 %
	Streptococcus A y B	5 - 20 %
	Enterobacteriaceae	18 - 40 %
	Moraxella	5 - 15 %

(7)

	Acinetobacter	5 - 15 %
	Candida	30 - 50 %
Anaerobios:	Lactobacillos	25 - 35 %
	Bacteroides	60 - 80 %
	Clostridium	15 - 30 %
	Peptococcus	30 - 40 %
	Peotostreptococcus	30 - 40 %
	Bifidobacterium	10 - 12 %
	Eubacterium	5 - 7 %
	Veillonella	12 - 30 %

Composición de las Secreciones Vaginales.

Las secreciones de la vagina tienen varios componentes:

1) secreciones vulvares, de las glándulas sebáceas, sudoríparas, de Bartholin y Skene; 2) trasudado que atraviesa la pared vaginal; 3) células exfoliadas; 4) moco cervical y 5) líquido de endometrio y oviductos. Todos influidos por procesos bioquímicos, dependientes de los niveles de esteroides sexuales. Algunos componentes constituyen metabolitos para el crecimiento de la microflora genital. Los componentes orgánicos van desde bipolímeros de elevado peso molecular como proteínas y polisacáridos, hasta compuestos odoríferos como ácido acético y cresol. (5-6)

El moco cervical, otro componente importante de la secreción

vaginal, su carácter y volumen depende del ciclo ovulatorio, el agua es su principal componente (92 a 98 %) y el resto por electrolitos. Se ha encontrado que estos componentes tienen propiedades odoríferas, originadas por el metabolismo microbiano, como las anaerobias estrictas sobre las fuentes proteínicas; como los ácidos grasos de cadena alifática corta, las diaminas como la putrascina y la cadaverina. la hidroxibutanona, el indol y otros complejos aromáticos . (5,6,7)

Existen cierto grupo de microorganismos, que pueden aislarse de genitales femeninos sin que haya sintomatología y que pueden presentar infección cuando se tiene problemas de traumatismo durante el parto, o los mecanismos de defensa están disminuidos.

Durante el embarazo la leucorrea fisiológica se incrementa siendo esta blanca, abundante y cremosa, muy ácida, con pocos leucocitos, gran cantidad de células epiteliales y predominio de lactobacilos (hasta diez veces), y el resto de la flora anaerobia. Estos cambios obedecen a la estimulación hormonal propia de la gestación sobre el cervix y la vulva, por efecto de los estrógenos en las glándulas cervicales y en las células de la vagina, actuando como barrera para las infecciones, esto se puede modificar por la administración de antibióticos, duchas vaginales, enfermedades metabólicas , el embarazo mismo, que haya disminución de la respuesta inmune celular la des--

nutrición y la inmunodepresión secundaria a quimioterápicos, radiaciones o corticoides.

Después del parto se presentan cambios en la flora vaginal con aumento de las bacterias anaerobias en el 3er día postparto, debido al trauma del proceso del nacimiento, la presencia de loquios, la contaminación de la vagina durante el trabajo de parto y los cambios hormonales que afectan el epitelio vaginal, podrían influir en la evolución clínica, esta sobrecolonización es transitoria y 6 semanas después del parto la -- flora vaginal retorna a la normalidad.

Con relación a métodos anticonceptivos se ha observado que; E.coli en un 12% se presenta en mujeres premenopáusicas, durante la menstruación y la fase media del ciclo, pacientes que reciben antibióticos, que usan el diafragma, con antecedentes de infecciones urinarias, choque séptico y relaciones anales. Se identificó que los anaerobios son los que presentan con mayor frecuencia en las pacientes que usan anticonceptivos orales y DIU, por lo que están mas expuestas a tener cervicovaginitis; las que usan condón (compañero), predominan los lactobacilos.(8).

Factores De Riesgo para la Cérvicovaginitis.

Se han determinado en estudios previos ciertos factores predisponentes para la cervicovaginitis, algunos ya citados

y otras de gran importancia como son:

La cérvicovaginitis generalmente esta relacionada con la actividad sexual, de la etapa reproductiva.

La actividad sexual durante la adolescencia. Etapa durante la cual existe alta incidencia de infecciones por gérmenes como--- la *Chlamydia t.*, la *Neiseria g.* o el *Papiloma h.* (9)

La actividad sexual con múltiples compañeros o con cambios frecuentes de pareja.

La metrorragia, que en algunas ocasiones se acompaña de disminución de la respuesta inmunológica de la paciente.

La menopausia, la cual se acompaña de modificaciones del medio ambiente vaginal, con cambios en el pH, la concentración de estrógenos y glucógeno, los cuales favorecen la aparición de infecciones por gérmenes oportunistas.

La descarga vaginal anormal, aún cuando sea tolerable por la paciente, debe ser considerada un factor importante para sospechar la presencia de una infección crónica. (10,11,12)

El bajo nivel socioeconómico, el ser solteras, de raza negra, y menores de 20 años, son factores considerados por autores de origen anglosajón.

Las lesiones macroscópicas del cervix y de la vagina, así como las alteraciones citológicas reportadas en los estudios epidemiológicos, son factores a considerar en estas pacientes.

Los compañeros con uretritis, se estima la posibilidad de que

el espermatozoide al que se adhiere la *N. gonorrhoeae* actúa como medio de transporte de estos microorganismos hacia - los órganos genitales femeninos. También el compañero(s) portador asintomático u oligo-asintomático representa un riesgo de infecciones recurrentes, por lo cual se debe - tratar junto con su pareja(s), y las relaciones extramaritales es otro factor importante.(10)

Anticonceptivos; los anticonceptivos orales se ha visto que alteran el moco cervical y con esto sus funciones. El DIU , es un coadyuvante de infecciones, principalmente del tracto genital alto. Se reporta menor frecuencia de infecciones en pacientes que usan los preservativos.

La multiparidad, por alterar el canal del parto, se reporta con mayor frecuencia las infecciones vaginales, principalmente en menores de 20 años, madres solteras y de bajo nivel socioeconómico. (14)

Leucorrea Infecciosa.

Se involucran diversos gérmenes; bacterias, levaduras, protozoarios, que afectan la vagina, cervix y región perineogenital.

Vaginosis bacteriana.- Antes vaginosis inespecífica, originada por *Gardnerella vaginalis*.

Características clínicas.- En el interrogatorio la paciente refiere flujo homogéneo, del mal olor, sin signos de irritación como; prurito, ardor y dolor. Cuando es sintomático el flujo es mucopurulento y en ocasiones hemorragia intermenstrual o poscoital. Durante la exploración se encuentra leucorrea en el introito vaginal, grisáceo, blanco-amarillo o verde, a la especuloscopia se aprecia la secreción adherida a las paredes vaginales. El diagnóstico se determina con 1) Examen clínico, 2) pH mayor de 4.5 con papel de nitrazina, 3) examen en fresco, en solución salina observándose al microscopio, donde se aprecian las células guía o a las células epiteliales que han perdido el borde distintivo por las bacterias que se le han adherido, no hay datos de proceso inflamatorio. 4) Examen en fresco en KOH al 10% se percibe olor a pescado. El cultivo se realiza en medio de HBT, se identifica el germen mediante las pruebas de hidrólisis con gram, se observan pocos lactobacilos predominando cocobacilos gram variables *Gardnerella v.* Esta infección está relacionada con enfermedad puerperal, infección postaborto y septicemia del recién nacido. (15.16.17)

El tratamiento.- Es a base de metronidazol oral, 500 mg cada-
8 hrs. por 7 días, durante el embarazo es a base de nitrofura
zona óvulos 1 cada 12 hrs. por 7 días. el tratamiento debe -
ser de pareja. (21)

Vaginitis por Levaduras.

Esta infección es muy frecuente y difícil de tratar, incremen
tándose durante el embarazo. el agente causal es Candida -
albicans (80-90%), dentro de los factores que influyen para -
su desarrollo son; proliferación exagerada, deficiencia de --
inmunidad celular relacionado con el embarazo o la administraci
ción de fármacos, diabetes mellitus, el uso de anticonceptivos,
el tipo de ropa ajustada y de nylon, el aseo personal. Se -
ha apreciado que la incidencia de infecciones por candida en -
embarazadas, es casi el doble en comparación a las no embarazada
das. (18, 19)

Características clínicas.- la paciente refiere prurito vulvo
vaginal interno, disuria terminal, dispareunia, con edema de -
genitales externos, eritematosos, con huellas de rascado, lacaci
ones y eritema perivaginal. En la especuloscopia, se observa
secreción blanca, adherente, viscosa, en grumos, sin olor.
el pH puede ser de 4.5 o menos y la prueba de las aminas es nega
tiva. En el microscopio se aprecian leucocitos, células epi-

teliales, levaduras (más de 4 por campo) y la formación de un pseudomicelio.

Diagnóstico de laboratorio.- Las muestras obtenidas se siembran en medios de Biggy o Sabouraud, observándose a las 24-48 horas, el desarrollo de colonias típicas. La identificación definitiva se lleva a cabo mediante la comprobación de claudiosporas, la formación de tubo germinativo, - gruebas de fermentación y asimilación de azúcares.

El tratamiento debe ser oral y local de pareja con; miconazol o clotrimazol, 100 mg una vez al día por 7 a 10 días, el Ketoconazol 200 mg - cada 12 hrs. por 7 días, miconazol crema para el hombre aplicar 2 veces - al día por 7 días. Es importante tratar problemas endócrino, metabólico u obesidad. Durante el embarazo el tratamiento sólo es local. (20,21)

Vaginitis por Trichomonas.

La trichomonas vaginalis es un protozooario flagelado, unicelular, anaeróbico, mide entre 10-30 nm de longitud. Origina una enfermedad por --- transmisión sexual; por lo general en el hombre es asintomática, encontrándose el germen en la uretra, próstata o vesículas seminales. En la - mujer este agente se presenta sólo asociado a otros gérmenes. (22)

Características clínicas .- En el hombre se puede presentar uretritis con secreción blanca espesa, acompañada de disuria. En la mujer los síntomas son más frecuentes, con leucorrea abundante, lechosa, amarilla y muy fétida, acompañada de prurito, ardor, dispareunia y disuria. A la exploración los genitales externos están hiperémicos edematosos, en la especuloscopia se observan las lesiones vaginales en forma de petequias o hemorragias -

puntiformes, hay edema y congestión, en vagina y cervix, pueden tener aspecto afresado ocasionado por microabscesos intracelulares, esto se observa muy frecuentemente en el embarazo. La leucorrea es fétida, amarilla o verde, a veces con rasgos sanguinolentos. En el microscopio se observa en examen fresco, abundantes leucocitos, el protozoario móvil y abundantes células epiteliales, no siempre se observa en una sola muestra. El pH se encuentra mayor de 4.5 y la prueba de aminas (KOH), es positiva, por lo que se debe diferenciar de Gardnerella.

El diagnóstico de laboratorio es por cultivo de Trichosol Diamond o Agar Hollander, o por el Papanicolau se visualiza la trichomona y discariosis o falsa displasia.

Tratamiento.- a base de metronidazol o tinidazol oral 2 gr. dosis única o metronidazol 500 mg cada 8 hrs por 10 días, más óvulos en la mujer por 10 días, se trata a la pareja. (23)

Vaginitis por Chlamydia trachomatis.

Se trata de un germen gramnegativo, de media micra de tamaño, considerado parásito energético e intracelular estricto, que al madurar se aprecia en las células inclusiones intracitoplasmáticas paranucleares en forma de cascos de color púrpura. Se han identificado 15 inmunotipos, la especie L1, L2, y L3 son responsables del linfogranuloma venereo, los serotipos del D al K se encuentran en la conjuntivitis, uretritis, cervicitis, salpingitis, prostatitis y epididimitis. (24)

En la mujer el epitelio columnar del endocervix es invadido por este germen causando inflamación, endometritis y salpingitis o también la causa de cervicitis erosiva sangrante.

El periodo de incubación promedio es de 4 hrs. a 21 días, la lesión primaria es papulovesiculosa, de 6 mm, en el varón se presenta en el surco balanoprepucial, indolora, con poca reacción inflamatoria y con secreción purulenta. En la mujer se presenta cervicitis, infecta el epitelio cuboide del cervix, es posible visualizar inclusiones intracitoplasmáticas en las células epiteliales, se han asociado otros gérmenes en la infección, y se asocia con con ectopia cervical. Se dice que no origina la ectopia sino que la alteración es un campo propicio para la proliferación de la bacteria, pues hay una área mayor de epitelio cuboide. (26)

Se menciona que en mujeres que presentan displasia cervical y neoplasia cervical preinvasiva, se aislan con facilidad a *C. tr.* Chlamidia t., al tratar la infección se elimina al germen y disminuye o desaparece la patología.

Clínicamente se presenta.- leucorrea, disuria, dolor pélvico, alteraciones de la menstruación como metrorragia y ataque al estado general. Las secuelas en las mujeres son endometriosis y salpingitis. Las complicaciones son infertilidad, abortos, partos pretérmino e infecciones puerperales. (25)

El Diagnostico.- se realiza con toma de la muestra del endo

cervix a partir del área de conjunción del epitelio escamo columnar y tejido cervical y se cultiva en las células Mc Coy (fibroblastos de ratón, células L), se usan otros métodos como fijación de complemento, ELISA, inmunofluorescencia, anticuerpos monoclonales marcados con fluoresceína.

El tratamiento .- es a base de clorhidrato de tetraciclina, 2 gs. por día cada 6 hrs. por 2 semanas, otro plan es la doxicilina 200 mg. por día cada 12 hrs por 14 días. sulfametoxazol u otra sulfonamida 1 gr. cada 12 hrs. por 14 días. (27)

Cérvicovaginitis por Ureoplasma urealyticum.

Es un microorganismo denominado micoplasma, que crece en medio de pH de 6, produce amonio a partir de la urea, carece de pared celular por lo que son pleomórficos. Se han detectado micoplasmas en la flora normal vaginal, pero cuando se inicia la vida sexual aumenta el número y produce infección, puede aumentar hasta un 75% en mujeres que tienen varios compañeros sexuales. Se ha relacionado con abortos espontáneos habitual, parto pretérmino, bajo peso al nacer, esterilidad y con alteraciones en los espermatozoides como; baja movilidad, formas aberrantes y número disminuido. (28)

Clinicamente es difícil de sospechar, solo se ha encontrado en los abscesos de la glándula de Bartholin.

El diagnóstico es el cultivo, con cuidado de no contaminar con bacterias de la flora normal vaginal y se realiza en medio de líquido, el sólido o el bifásico que contengan los ingredientes básicos. (29 ,30)

El tratamiento se dan buenos resultados con el uso de la eritromicina, tetraciclina, clindamicina y aminoglucósidos a dosis establecidas.

La infección por gonococo.

La Neiseria g. es una bacteria sensible a los cambios de temperatura, pH y humedad, su transmisión es sexual, colonizando con mayor frecuencia la mucosa genital y uretral; sin embargo se encuentra en la mucosa rectal, faringe y conjuntivas en pacientes con relaciones sexuales no habituales. Estas bacterias se adhiere a las células humanas por filamentos conocidos como " pili ". Tiene alta variación antigénica por lo que algunos individuos sufren de alteraciones repetidas.

Se determinaron dos tipos; el que ocasiona lesiones locales y los que originan la infección diseminada, éste ultimo es resistente a la acción bactericida del suero. (31)

Las infecciones producidas en la uretra urinaria se debe a que la orina del paciente no es ácida con osmolaridad y urea baja restándole actividad bactericida. Por tanto la orina brinda esta protección por el continuo flujo de eliminación

aunado a su potencial de esterilización bioquímica.

La infección generalmente es localizada pero se puede en algunas ocasiones diseminarse hacia salpinges, producir enfermedad pélvica inflamatoria, bacteriemia, artritis, hepatitis y meningitis. Tiene como complicaciones aumento de embarazos ectópicos y esterilidad.

Las características clínicas.- se desarrollan de 3 a 5 días, o puede ser asintomática, el cuadro es cistoureteral y -cervicovaginal. La mujer desarrolla fácilmente complicaciones como salpingitis, en un 15-30%, el germen se puede adherir al espermatozoide por medio de los "pili" y la proteína 11 + hierro, y puede penetrar la barrera del moco cervical y viajar - hacia las tubas.

El diagnóstico.- se realiza por frotis tomado del canal - endocervical, de la uretra o de la conjuntiva, y teñirlo con gram. La presencia de diplococos gram negativos intra y extra celulares, así como células inflamatorias, coincide con el cultivo positivo en 90-97%. El medio de cultivo es el de Thayer-Martin y el de gelosa chocolate, existen cepas productoras de penicilinas. (32)

El tratamiento.- es a base de penicilina y ampicilina y en casos de resistencias es amoxicilina y cefotaxima.

Esquema Recomendado:

1) Amoxicilina 3g Dosis única + 1g de probenencid (30' antes)

Penicilina G procaína 4.8 millones U. IM + lg de probenencid.

Cefatoxima IM 250-500 mg. + lg de probenencid.

2.- Gonorrea complicada: Cefotaxima 500 mg IM cada 12 hrs. - por 3 a 5 dias.

Penicilina G cristalina a dosis de 500.000 U a 1 millón cada 3 a 4 hrs. (33)

La infección por Papiloma Virus.

La papilomatosis genital (condiloma) es una enfermedad - que se transmite por vía sexual, conocida desde los griegos- quienes lo denominaron condilona. Los virus del papiloma -- humano (VPH) son patógenos sólo para el hombre, existen subti- pos relacionados con el condiloma que son el ; 6,10,11,16,17, 18,32,31. En estadounidenses es la principal infección respon- sable de Papanicolau anormal.

La localización del condiloma incluye vulva, vagina, cervix, periné, ano, y uretra.

Algunas lesiones genitales por VPH corresponden al condilo- ma verrugoso, papilar, exofílico, " florido ", pero la mayoría de las lesiones cervicales corresponden a condilomas planos o invertidos que no son fácil de visualizar por microscopía. De esta forma es importante el diagnóstico por colposcopia y citología exfoliativa. La imagen citológica corresponde al

collocito, que es una célula de epitelio plano superficial o intermedia que muestra una amplia vacuola perinuclear irregular; el núcleo presenta cromatina borrosa y grado variable de discariosis siendo frecuente la binucleación. Con la microscopía electrónica se demuestran partículas virales intranucleares, otro tipo de célula diagnóstica es el disqueratinocito,

Desde 1980 se determinó la correlación de este virus con neoplasia interepitelial cervical (NIC). En México se reporta una asociación entre condiloma y NIC del 42% y 56.9%. Los subtipos involucrados son 5,6,7,y 8. Se calcula que el 60% -- corresponde al VPH 6, el 30% a VPH 11, y el 10% al VPH 10, el 90% de las infecciones son de tipo benigno.

El 10 % de los condilomas son malignos y corresponde a las variedades aplanada e invertida, con gran frecuencia en cervix, los subtipos involucrados son 16,18,y 31. El 5 a 10% de todos los condilomas cervicales degeneran en neoplasia, con mayor frecuencia en el condiloma atípico.

Las características clínicas son;
Colpocervicitis.- Se caracteriza por leucorrea abundante, con sintomatología multiforme y recidivantes a pesar de diversos tratamientos.

Condilomatosis.- Su localización más frecuente es la vulvar en su parte posterior del introito y los pliegues de los labios

el periné, la vagina y el cervix.

Se clasifican en ; acuminados, que son lesiones papilares con forma de verrugas múltiples, las bases con aspecto de coliflor. El otro es el condiloma plano, se encuentra generalmente en - cervix, observándose solamente por colposcopia y métodos histológicos.

La citología es un método donde se detecta el virus, como;

- Frotis limpio con predominio de células superficiales e intermedias.
- Queratinocitos.
- Coilocitos.
- Células bi o multinucleadas.
- Núcleos grandes de bordes irregulares.
- Hiperchromatosis.

Colposcopia.- Este método es un auxiliar para el manejo de la patología cervical neoplásica, determinando las diferencias entre los condilomas.

- 1) Condiloma acuminado típico.- fácil de identificar, con un epitelio adelgazado y superficial irregular con proyecciones que asemejan ser digitales, estos presentan capilares predominantes, puede encontrarse en la zona de transformación.
- 2) Condiloma plano.- se observa como un epitelio blanco en la zona de transformación, sus bordes son poco definidos y algunas veces su diferenciación del NIC no es clara.

3) Condiloma espiculado.- La superficie plana de una lesión se encuentra como cubierta por espículas blancas regulares muchas veces ocupando extensiones grandes.

4) Condiloma invertido .- consiste en el remplazo del epitelio columnar de las criptas endocervicales por un epitelio condilomatoso proliferativo. Se observan collocitos ocupando las criptas endocervicales así como las capas superficiales y lesiones en forma de puntilleo correspondiente a las áreas capilares y zonas de mosaicismo.

El tratamiento; se realiza a base de podofilina al 25% con lavado posterior a las 4 hrs. En las recurrentes, grandes y en el embarazo se usa nitrógeno líquido o criocirugía.

En caso de NIC se realiza criocirugía, electrofulguración, laser hasta conización. (34)

La infección por Herpes Simple.

A partir de la década de los 70s la infección por el virus del herpes simple (VHS), condicionó gran preocupación por la alta prevalencia de casos en pacientes jóvenes con actividad sexual. Existen dos serotipos el 1 y el 2 o labial y genital se cultivan en células Hela, membranas corioalantoideas de embrión de pollo, células de conejo y todas las células humanas. La transmisión es principalmente por vía sexual, ocurre habitualmente en adolescentes de nivel socioeconómico ba-

jo, los individuos asintomáticos representan un reservorio.

En el embarazo, debido a la acción hormonal, puede aumentar la severidad de la infección.(34), sugiriéndose que la mujer - embarazada tiene una mayor incidencia de la infección. Las - recurrencias son más frecuentes; 10 veces más que el herpes 1.

La infección por VHS-2 se encuentra en un 15% de las infecciones genitales primarias, está relacionado con las actividades sexuales orogenitales. Tiene un periodo de incubación de 2-7 días causando el cuadro clínico de ; vesículas que tienden a confluir, descarga vaginal acuosa, formación de pequeñas vesículas con fondo rojo y particularmente dolor ardoroso y - punzante, se localizan en la mucosa vaginal y labios, ocasionalmente en perianal y periuretral. El dolor remite a los 10 ó 14 días y la curación final es a las 2 ó 5 semanas. La recurrencia es al año con menos severidad, se han presentado -- abortos espontáneos, muerte fetal, malformaciones congénitas, y contagioso de 1 a 4 semanas al producto.

El diagnóstico se realiza por el cuadro clínico, y el cultivo en líneas celulares, en el Papanicolau se observan células gigantes multinucleadas, alargamiento de las células epiteliales con inclusiones intranucleares eosinofílicas.

Tratamiento.- La idoxuridina; nucleósido que inhibe la incorporación de la timidina en el ácido nucléico su acción es específica para los virus con DNA.

El aciclovir (Zovirax), puede fosforilar el código viral -- dando lugar a trifosfato de aciclovir, inhibiendo la replicación viral sin afección de las células sanas, se usa a dosis de 200 mg vía oral cada 4 hrs, 5 dosis por 5 días. Durante el embarazo se debe realizar cesarea para obtener el producto, si existe ruptura prematura de membranas; más de 4 hrs ya no es indicativo para la prevención. (35)

La vaginitis alérgica.

Se encuentra reportada esta entidad como un proceso no infeccioso, de algunas pacientes, que al realizar estudios de cultivo no se encuentra germen causal, sólo flora normal, estas pacientes presentan un antecedente de padecer alguna enfermedad de tipo alérgico; rinitis, asma, etc.

La vaginitis recurrente es un resultado de transmisión sexual de Ig E. Originado por antígenos presentes en el líquido seminal y relacionado con la sensibilidad de la mucosa vaginal, este problema se ha eliminado con el uso del condón.

Clínicamente presentan; dispareunia, leucorrea abundante hialina, las cuales disminuyen con duchas vaginales con vinagre. En el frotis se detectan abundantes leucocitos eosinófilos y neutrófilos.

El tratamiento es a base de cromo al 1 y 4 %. El cromolyn sodium estabiliza la membrana del mastocito reduciendo el mediador. (36)

11.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La Cérvicovaginitis en la Clínica Marina Nacional ocupa el 21 lugar de las enfermedades de la población general.

Es la causa más frecuente de consulta ginecológica. Los agentes nosológicos que se presentan son; protozoarios, hongos, bacterias y virus. Que por igual pueden estar involucrados en cuadros de infección en el tracto genital alto.

Todas estas alteraciones pueden estar provocadas por microorganismos saprófitos, si se dan condiciones que rompan el equilibrio hospedero comensal.

Encontramos que la gran mayoría de las pacientes con esta enfermedad no se les diagnostica ni se les trata adecuadamente, por lo que persiste el problema, tornándose crónico y común para la paciente, que lo cree normal por presentar poca sintomatología o ésta es tolerable, modificada por el tratamiento deficiente.

Es por ello que en el presente trabajo se investiga y analizan los factores predisponentes para la cronicidad de la cervicovaginitis en las pacientes de la Clínica Marina Nacional del I.S.S.S.T.E.

11.3 JUSTIFICACION.

Con la llegada de la revolución sexual en las dos últimas décadas, experimentamos una epidemia de enfermedades transmisibles por contacto sexual en donde el huésped del agente infeccioso surge como causa o factor contribuyente a diversos procesos que lesionan el aparato genital. Así pues hay microorganismos que originan enfermedad pélvica inflamatoria como son: Neiseria g., Chlamydia t., Ureoplasma y diversas bacterias aerobias y anaerobias. Por tales motivos se debe de tratar a la pareja o parejas.

En la gran mayoría de los casos la colonización de bacterias en el aparato urogenital es ascendente, en la mujer la entrada de las bacterias es por el canal vaginal o la uretra, siendo frecuente encontrar la misma flora bacteriana en estos lugares.

Por definición; infección transmitida por contacto sexual, se refiere a todo microorganismo patógeno que puede pasar de una persona a otra durante el coito. En la mujer el contagio es debido a las bacterias que se encuentran en el líquido seminal del varón infectado previamente. Ya sea que el varón presente síntomas de infección aguda o crónica o permanezca asintomático a pesar de sufrir bacterioesperma.

Los microorganismos suelen causar irritación vaginal, con

frecuencia considerada como caso de infección moderada por levaduras, sin embargo, una búsqueda cuidadosa puede mostrar bacterias patógenas, la colonización de bacterias en el conducto genital inferior de la mujer puede provocar efectos indirectos sobre la reproducción, por ejemplo, la inflamación de las glándulas de Bartholin produce dolor intenso en la zona genital, lo que hace que el coito sea indeseable, e incluso mecánicamente imposible; de la misma manera, la irritación vaginal por bacterias puede causar dispareunia y reducir la frecuencia de la relación sexual.

Algunas bacterias, por medios de productos metabólicos, pueden crear un medio vaginal que contrarreste el efecto amortiguador del moco alcalino en el cervix y por lo mismo, reducir la supervivencia de los espermatozoides en el fornix vaginal posterior.

En estudios in vitro se demostró que las bacterias pueden utilizar a los espermatozoides en movimiento para llegar a estructuras más elevadas del aparato genital, invadiendo cavidad uterina y posteriormente trompas y ovarios. En la endometritis suele presentarse por el uso de dispositivo intrauterino DIU, esto se explica por el hecho de que estas pacientes son sensibles a los espermatozoides en movimiento durante la ovulación, cuando el moco del cuello uterino es favorable a la penetración de las bacterias, de igual forma

se reportan con enfermedad pélvica inflamatoria.

Estos procesos pueden lesionar importantemente el epitelio uterino y trompas, que de esta manera alteran la fecundación dando problemas de infertilidad. Por todo esto se debe valorar los antecedentes sexuales de la pareja con cambios de parejas, con la aparición de vaginitis, cervicitis, endometritis, salpingitis e insuficiencia ovárica. La posibilidad de problemas causados por infecciones es directamente proporcional a la experiencia sexual premarital o extramarital de los individuos.

III. OBJETIVOS.

Objetivo General;

Determinar los factores de riesgo para la cérvicovaginitis crónica , en pacientes con vida sexual activa, de la Clínica Marina Nacional del I.S.S.S.T.E.

Objetivos Específicos;

- 1.- Investigar si las características clínicas tienen correlación con las lesiones existentes en el tracto genital femenino.
- 2.- Investigar si se realiza el diagnóstico específico, tratamiento específico, tratamiento de la pareja y seguimiento de la evolución hasta la curación.

V. METODOLOGIA.

V.1. Tipo de estudio.

Prospectivo, transversal, observacional y descriptivo.

V.2. Población, Lugar y Tiempo.

Pacientes femeninas de la Clínica Marina Nacional en el periodo de vida sexual activa, que acudan a realizarse el Papanicolau en los meses de junio, julio, agosto y septiembre de 1990.

MUESTRA.

De la población femenina que se atiende en la Clínica, -- entre las edades de 15 a 45 años.

Se determinó que la muestra significativa para un 90% de certeza es de 158 pacientes.

V.3. Información a Recolectar.

Método de Exploración.

Se realizó el interrogatorio y exploración en el consultorio de Planificación Familiar, con el consentimiento de las pacientes y con el material de acuerdo a este.

Se le informó a la paciente del método, tratando de que el procedimiento no fuera molesto ni ocasionara angustia a la paciente, con la ayuda de una enfermera se colocó a la paciente en posición ginecológica, se observó los genitales - externos y se anotó las alteraciones presentes, se introdujo el espejo vaginal sin lubricante, con cuidado para evitar molestias, se observó el tracto vaginal y se registró las características clínicas, se tomó muestra de cervix y fondos para Papanicolau.

Criterios de Selección;

- 1.- Pacientes femeninas de la Clínica Marina Nacional, mayores de 14 años a 45 años. con vida sexual activa.

- 2.- Con leucorrea crónica más de 6 meses.
- 3.- Con síntomas o signos de cervicovulvovaginitis.

Criterios de no inclusión.

- 1.- Pacientes con sangrado trasvaginal (menstruación).
- 2.- Puerperio.
- 3.- Pacientes con cervicovaginitis menores de 14 años sin vida sexual activa.
- 4.- Con tratamiento antibacteriano sistémico o local dentro de los últimos 15 días.
- 5.- Pacientes con menopausia o atrofia vaginal por castración

V.4 Planes Para Recolección De La Información.

Cuestionario

1.- Nombre.

2.- No de Expediente.

3.- Edad.

4.- Estado civil.

5.- Ocupación.

6.-Tiempo de padecimiento.

- 1) más de 6 meses 2) más de un año.

7.- Tipo de ropa

- 1) Nylon 2) Nylon con Algodón 3) Algodón.

8.- Antecedentes gineco-obstétricos.

- 1) Menarca 2) VSA 3) No. de compañeros sexuales.

- 4) Gesta 5) Paras 6) Cesareas 7) abortos.

9.- Color de leucorrea.

- 1) Blanca 2) Gris 3) Amarilla 4) verde.

10.- Cantidad.

- 1) abundante 2) moderada 3) escasa.

11.- Características.

- 1) grumosa 2) líquida

12.- Sintomatología .

- 1) si 2) no

13.- Exploración.

- 1) Sin lesiones 2) Hiperemia 3) erosión.

RESULTADOS:

Se estudiaron 158 pacientes, con edades entre 17 a 45 años, con promedio de edad de 34 años. En la gráfica 1, se agrupan las pacientes por intervalos de 6 años; presentando que el (48) 30.3% corresponden a edades de 40 a 45 años, seguido por un - 29.1 % (46) de 27 a 32 años, de 33 a 39 años fue el 18.9%(30), de 21 a 26 años fue de 16.4% (26), y menores de 20 años fue - 5%(8). El promedio de la menarca fue de 13 años. El promedio de vida sexual activa fue de 21 años, graficándose en la No.2, se agrupan por intervalos de 6 años, el 50.63% (80) se inició antes de los 20 años, de 21 a 26 años 37.3% (59), de 27 a 32-años el 9.4% (15), y de 33 a 35 años fue de 2.5% (4).

El estado civil se ilustra en la gráfica 3, con 74.6% (120) casadas, 14.5% (23) solteras, 6.3% (10) viudas, y el 4.4% (7) divorciadas. La ocupación fue del 36.7% (58) al hogar, el 24.6% (39) fue de profesionistas, el 18.9% (30) fue de empleadas, el 6.9% (11) fue de otras, y el 5% (8) fue de técnicas, gráfica 4.

El tiempo de evolución fue del 75.9% (120) más de 1 año y - el 24% (38) fue de más de 6 meses, gráfica 5. El número de - compañeros sexuales desde el inicio de su vida sexual fue 79.1% (125) de 1, el 17% (27) de 2, y más de 3 fue 3.7% (6), gráfica 6.

La ropa interior utilizada fue de nylon 48.7% (77), de nylon con algodón 38.6% (61), y algodón 12.6% (20) , se representa en la gráfica 7.

El color de la leucorrea referida por la paciente fue de blanco 54.4 % (86), amarillo 38.6% (61) y gris 6.9% (11) se representa en la gráfica 8.

La cantidad de leucorrea referida por la paciente fue de moderada 72.7 % (115), 22.1 % (35) de abundante, graficadas en la 9.

La característica de la leucorrea fue de 60% (95) líquida, 39.8% (63) grumosa, gráfica 10

A la especuloscopia:

El color fue gris en un 39.8 % (63), Blanco 29.1 % (46), el 25.3 % (40) fue amarillo y el 5.6 % (9) fue verde, gráfica 11

La cantidad fue en un 60.7 % (96) moderada, el 30.3% (48) abundante y 8.8 % (14) escaso, gráfica 12

Se observó que todas las pacientes presentaron lesión, el 40.5 % (64) presentó ectropion, el 30.3 % (48) erosión vaginal, el 27.2 % (43) hiperemia vaginal y el 1.8 % (3) con nódulos de Naboth, gráfica 14.

Todas las pacientes presentaron síntomas de leucorrea anormal, prurito y dispareunia.

Los métodos de planificación familiar utilizados fueron; el 35.4 % (56) no usaban método, el 29% (46) fue quirúrgico, el 20.8% (33) portadoras de DIU, el 6.9% (11) preservativo, el 3.5 (5) anticonceptivos orales, el 2.5 % (4) ritmo (Ogino-Knauss), y el 1.8 % (3) anticonceptivos inyectables.

Durante el interrogatorio se les preguntó si se les había realizado algún cultivo en alguna ocasión, de la leucorrea, para conocer el diagnóstico específico así como el tratamiento, y el 14.5 % (23) fue específico y el 85% (135) fue inespecífico, de igual manera el tratamiento; 14.5% específico y 85.4% inespecífico. El tratamiento de pareja fue de 14.5 % y el 85.4% individual.

El seguimiento de la enfermedad hasta la curación fue a 11.3% (18) y no a 88.6% (140), posterior a esto presentaron nueva infección.

Las pacientes que les disminuyó la sintomatología y se tornó tolerable o en algunas ocasiones asintomático fue de --- 94.3 % (143).

Se les interrogó también si padecían otra enfermedad y - el 75.4 (129) fueron sanas, el 8.2% (13) fueron obesas, el 4.4% (7) con Diabetes mellitus, el 3.1 % (5) climaterio, el 3.1% infección de vías urinarias, el 1.8% alteración de la estática pélvica, el 1.8% (3) enfermedad pélvica inflamatoria y el 1.2 % (2) asma bronquial.

Los resultados reportados del Papanicolau por el servicio de Patología del H. Adolfo López Mateos, fueron; el 76.5 (121) Negativo II con infección, el 20.2 % (32) Negativo I con - infección,, el 1.2% (2) con Negativo III con infección y el 1.8 % (3) con displasia. (las pacientes con displasia

no se especificó el grado, y fueron solicitadas por el servicio de Clínica de Displasias del H. Adolfo López Mateos, para su control.

El patrón bacteriano reportado fue; el 50% (79), como - infección inespecífica, el 22.1 % (35) Mixto, el 8.2% (13) Trichomonas, el 8.2% (13) abundantes cocos, el 7.5 % (12)- papiloma humano y el 3.7 % (6) candida.

Se reportaron patrones microbianos combinados:

Candida + infección inespecífica (2)

Candida + trichomonas y papiloma humano (1)

Mixto + infección inespecífica (26)

Trichomonas + Infección inespecífica (4)

Candida + Trichomonas (2)

Infección inespecífica + Cocos abundantes (1)

Trichomonas + Mixto (1)

Mixta + papiloma humano (4)

Infección inespecífica + papiloma humano (1)

De las pacientes embarazadas que fueron 4, las edades son de 19,23,24,y 28, todas casadas, ocupadas en hogar 2, profesionistas 1, secretaria 1. La evolución de su padecimiento fue de más de 6 meses 2, más de 1 año 2. Todas con un compañero sexual desde el inicio de su vida sexual activa que - fue a los 18 (2), 21, 22. Las gestas 2, cesarea 1,

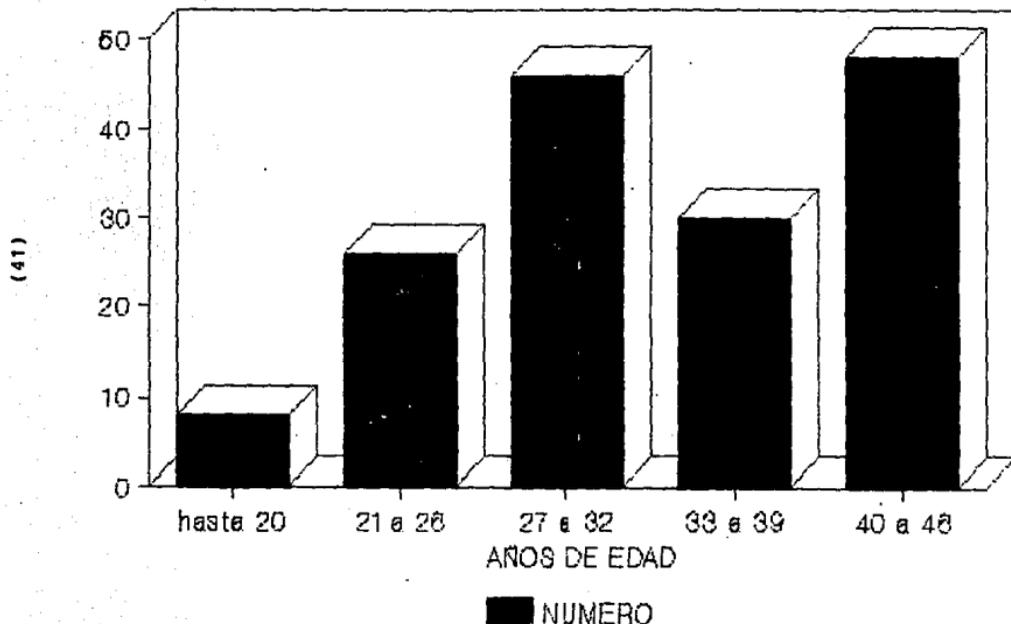
(39.)

2) gesta 1, 3) gesta 2 para 1 y 4) gesta 1.. Con leucorrea abundante blanca 1, amarilla 2, gris 1 , con lesiones como; hiperemia y erosión 2, ectropion 2, con infección de vías - urinarias 2, con DOC de negativo 1 con infección 2 y negativo II con infección 2. El patrón bacteriano fue; Mixto 2 con infección inespecífica 2, y con virus del papiloma humano 1.

Los Factores De Riesgo Detectados En Este Estudio Fueron:

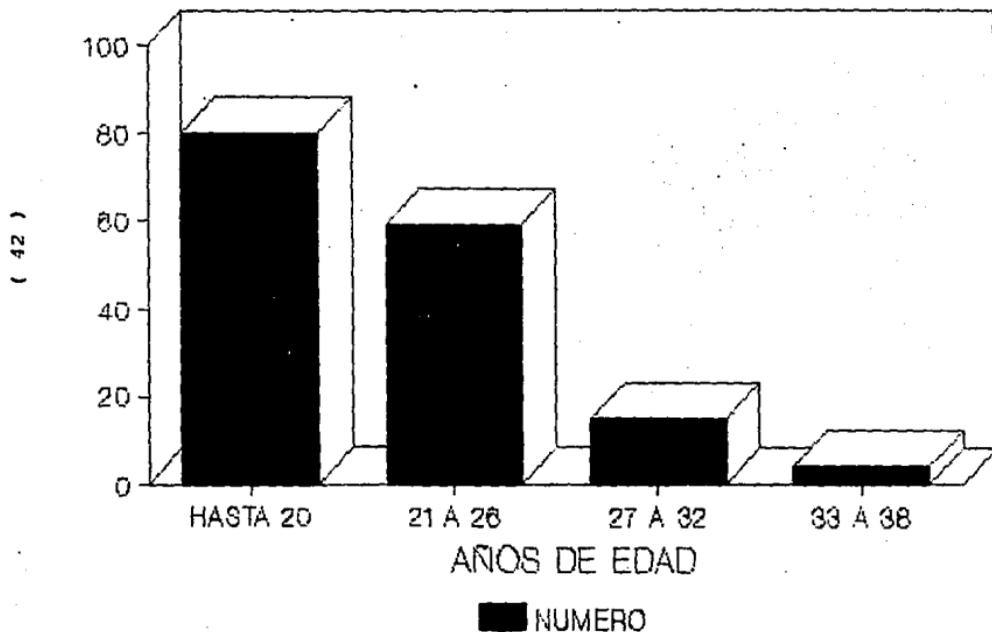
- 1.- El rango de edad fue de 27 a 45 años con un 59.4% (94).
- 2.- El inicio de la vida sexual activa antes de los 20 años fue en un 50.63% (80).
- 3.- El estado civil predominante fue en casadas 74.6% (118)
- 4.- La ocupación más frecuente fue el hogar con 36.7% (58)
- 5.- Más de 1 año fue el tiempo de evolución con 75.9% (120)
- 6.- Un compañero sexual fue el 79.1 % (125)
- 7.- Predominó la ropa de nylon con algodón en un 87.3%(138)
- 8.- La leucorrea anormal en el 100%
- 9.- El ectropion fue la lesión con más frecuencia 40.5% (61)
- 10.- La falta de control de PF fue de 35.4% (56), el método quirúrgico con 29.1% (46) y el DIU con 20.8% (33)
- 11.-El diagnóstico inespecífico fue de 85.4% (135)
- 12.- El tratamiento inespecífico con 85.4 (135)
- 13.- El tratamiento individual fue el 85.4% (135)
- 14.- La falta de seguimiento clínico fue de 88.6% (140)
- 15.- El Papanicolau anormal fue del 100% (158)

CERVICOVAGINITIS. FACTORES DE RIESGO POBLACION ESTUDIADA POR GRUPOS DE EDAD



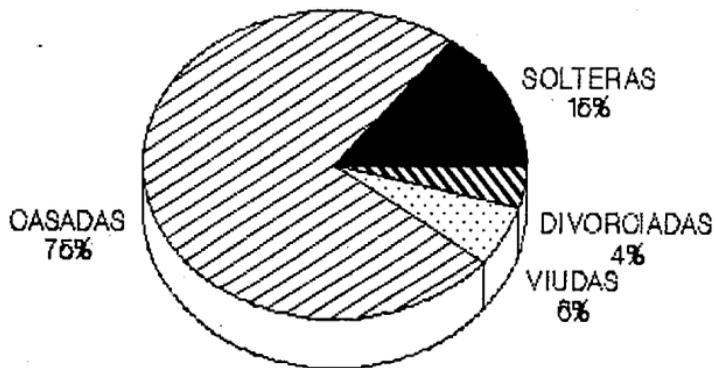
FUENTE: INSTRUMENTO DEL ESTUDIO

CERVICOVAGINITIS FACTORES DE RIESGO POBLACION ESTUDIADA POR I.V.S.A.

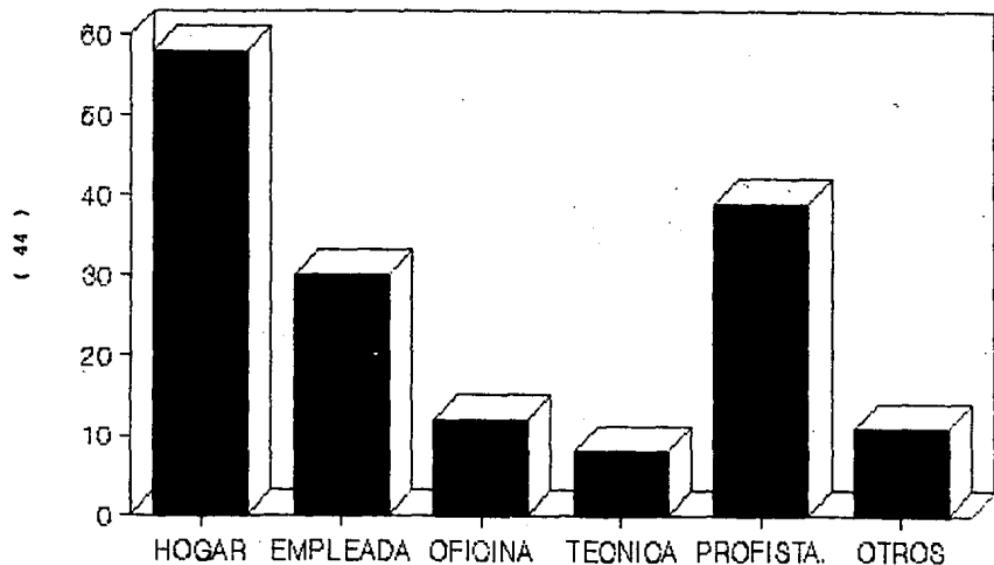


CERVICOVAGINITIS FACTORES DE RIESGO POBLACION POR ESTADO CIVIL

(43)

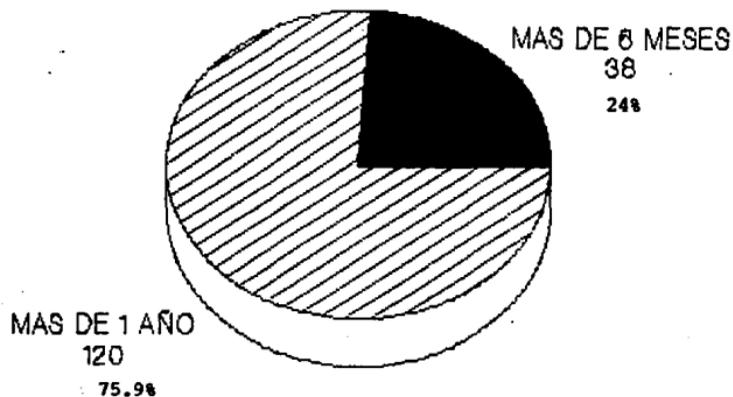


CERVICOVAGINITIS FACTORES DE RIESGO POBLACION ESTUDIADA POR OCUPACION



CERVICOVAGINITIS FACTORES DE RIESGO POBLACION POR TIEMPO DE EVOLUCION

(45)

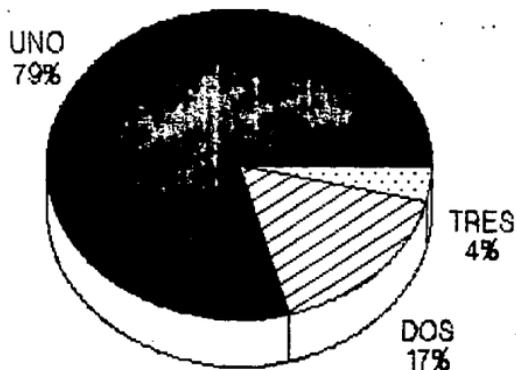


5

FUENTE: INSTRUMENTO DEL ESTUDIO

CERVICOVAGINITIS FACTORES DE RIESGO POBLACION POR NUMERO DE COMPAÑEROS

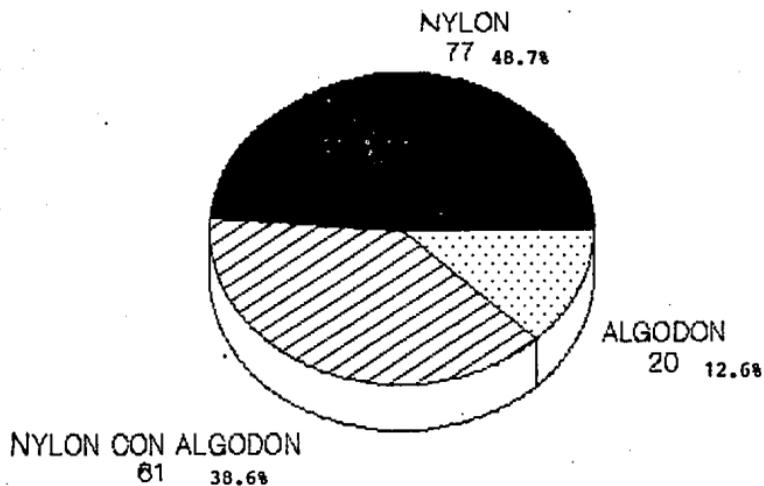
(46)



FUENTE: INSTRUMENTO DEL ESTUDIO

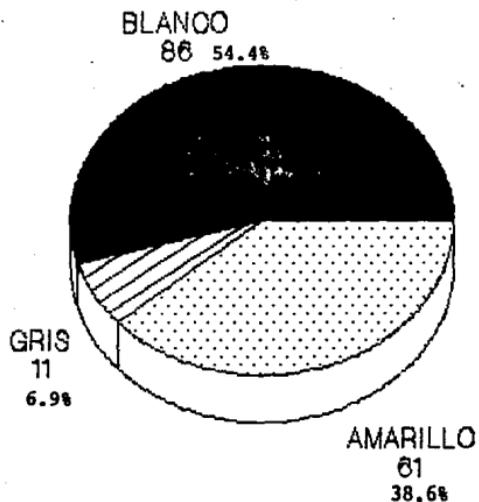
CERVICOVAGINITIS FACTORES DE RIESGO POBLACION POR TIPO DE ROPA

(47)

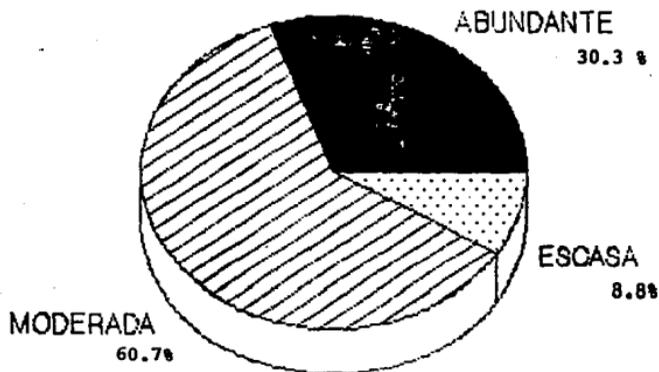


CERVICOVAGINITIS FACTORES DE RIESGO POBLACION POR COLOR DE LEUCORREA

(45)

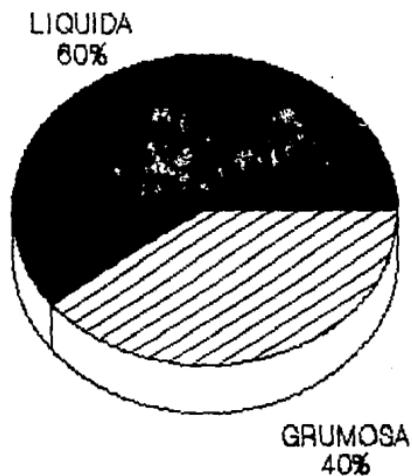


CERVICOVAGINITIS FACTORES DE RIESGO CANTIDAD DE LEUCORREA

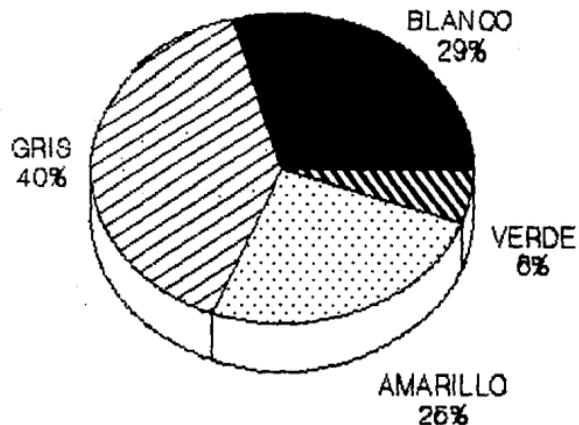


CERVICOVAGINITIS FACTORES DE RIESGO CARACTERISTICAS DE LA LEUCORREA

(50)

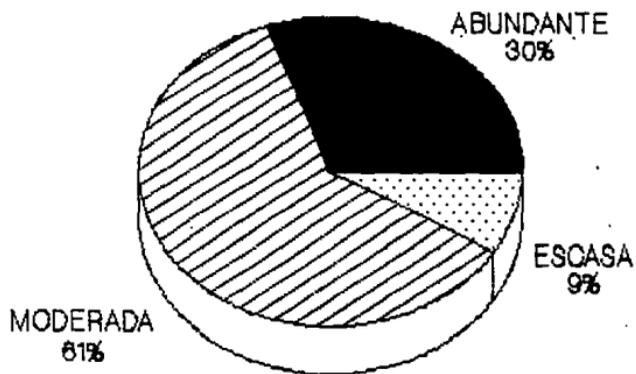


CERVICOVAGINITIS FACTORES DE RIESGO COLOR DE LEUCORREA EXPLORADA

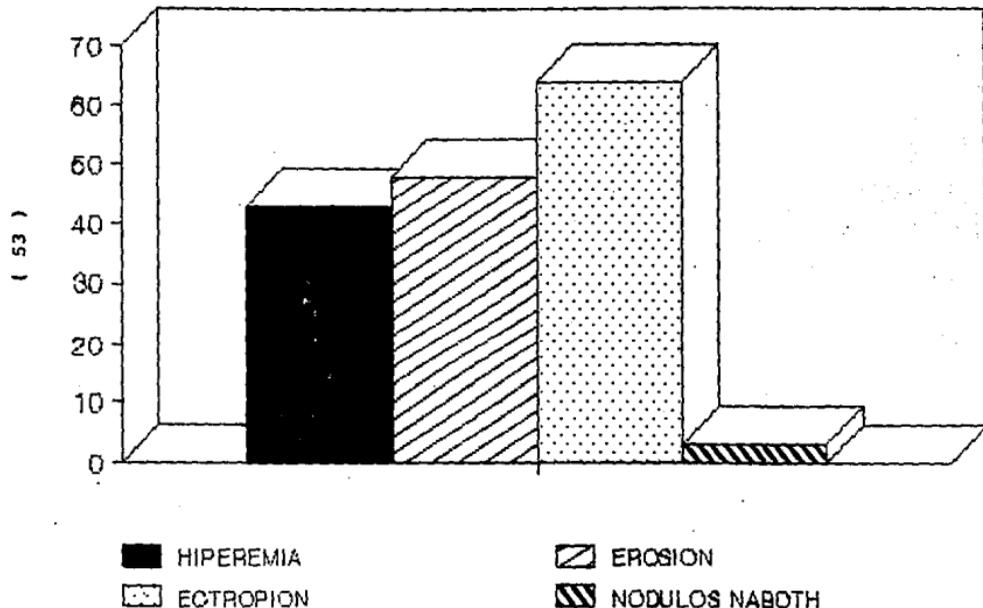


CERVICOVAGINITIS FACTORES DE RIESGO CANTIDAD DE LEUCORREA EXPLORADA

(52)

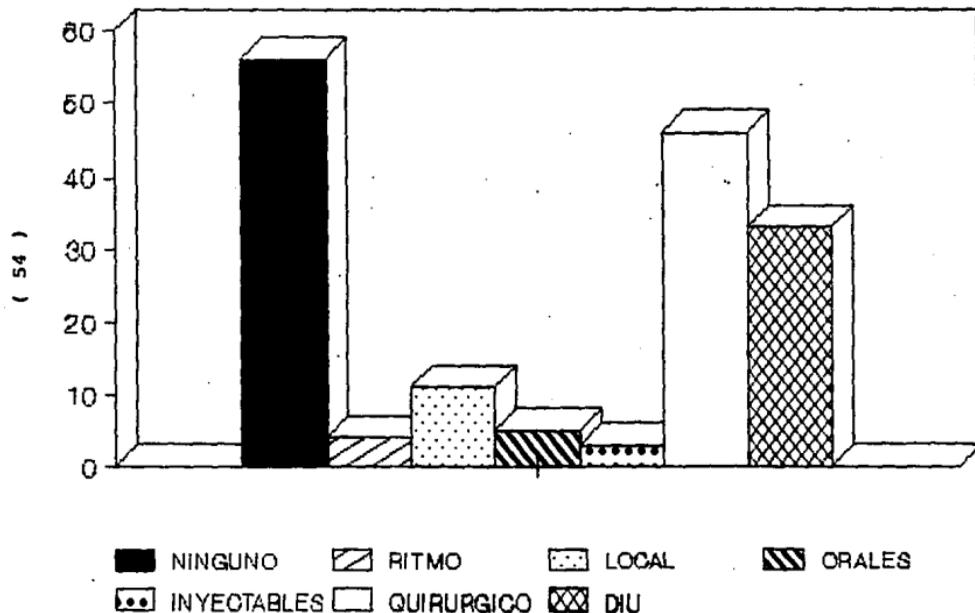


CERVICOVAGINITIS FACTORES DE RIESGO POBLACION ESTUDIADA POR LESION



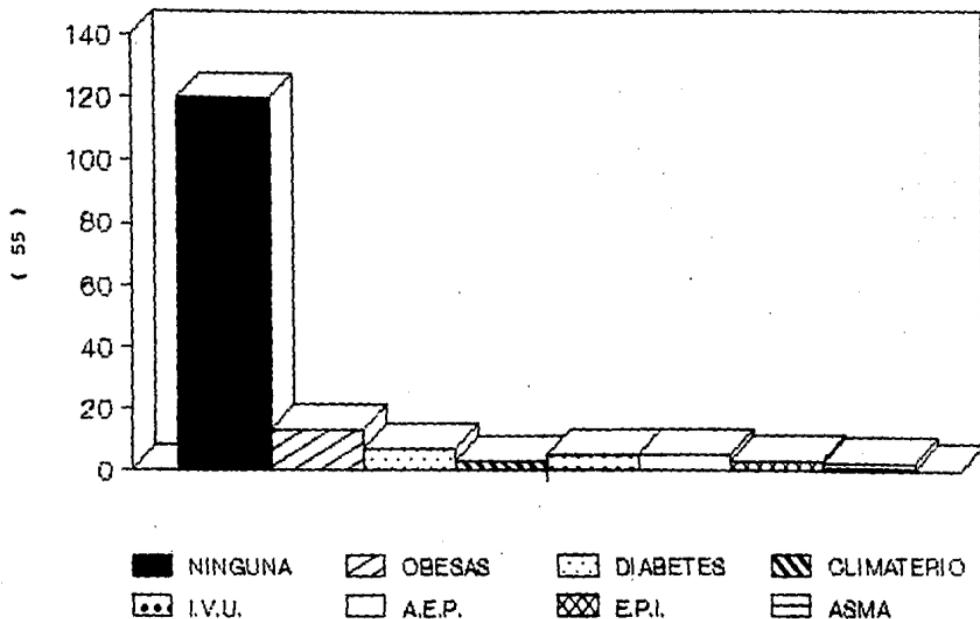
FUENTE: INSTRUMENTO DEL ESTUDIO

CERVICOVAGINITIS FACTORES DE RIESGO METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR



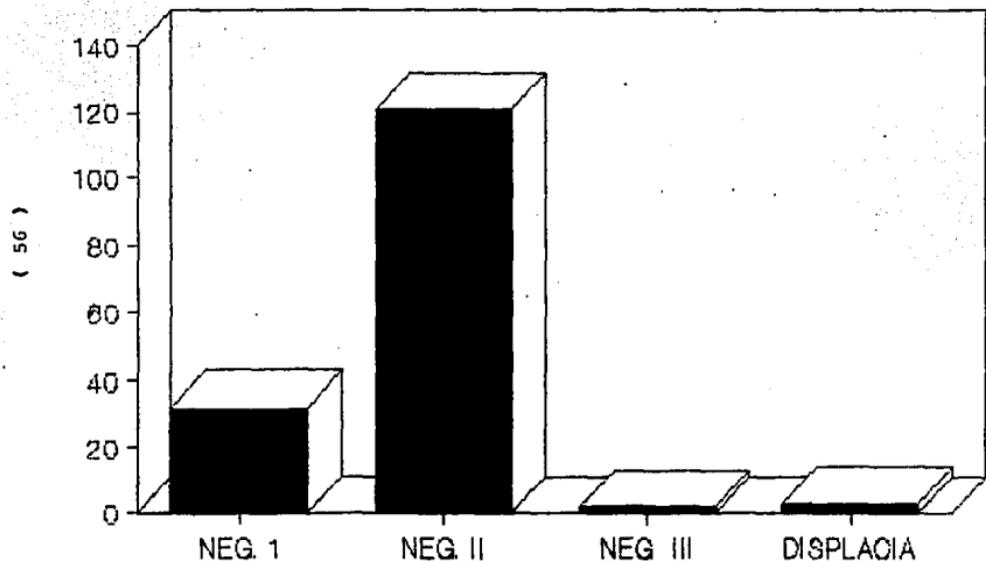
FUENTE: INSTRUMENTO DEL ESTUDIO

CERVICOVAGINITIS FACTORES DE RIESGO POBLACION CON OTRA ENFERMEDAD



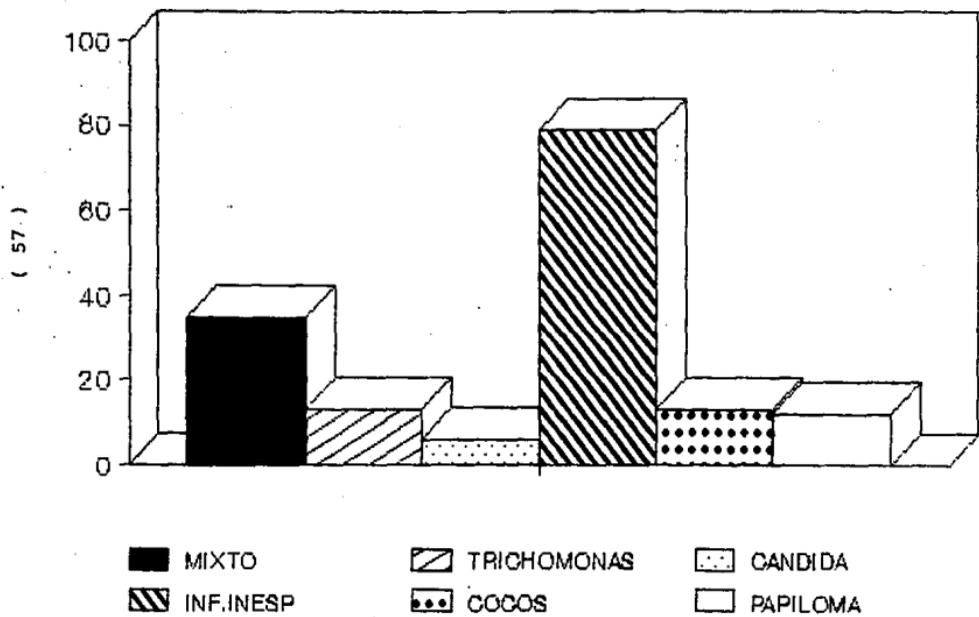
FUENTE: INSTRUMENTO DEL ESTUDIO

CERVICOVAGINITIS FACTORES DE RIESGO POBLACION POR RESULTADO DE D.O.C.



FUENTE: INSTRUMENTO DEL ESTUDIO.

CERVICOVAGINITIS FACTORES DE RIESGO POBLACION POR PATRON BACTERIANO



FUENTE: INSTRUMENTO DEL ESTUDIO

DISCUSION.

Los factores de riesgo de la cervicovaginitis, reportados en la literatura norteamericana, tienen algunas diferencias con la población del estudio.

- 1) la edad de mayor frecuencia, se presentó en la etapa -- adulta de los 27 a 32 años y de 40 a 45 años con un porcentaje sumado de 59.4 %.
- 2) La edad de inicio de la vida sexual sí fue con predominio en la adolescencia, con un porcentaje de 50.63 %.
- 3) El estado civil que predominó fue; en casadas con un - 74.6 % y no solteras o madres solteras.
- 4) La principal ocupación fue el hogar con 36.7 % y profesionistas con un 24.6%.
- 5) El número de compañeros sexuales fueron de 1 en un 79.1% con diferencia en las citas anglosajonas, que refieren múltiples parejas. En este punto cabe mencionar que se debe - estudiar el factor masculino, pues aquí puede ser significativo, por las experiencias sexuales premaritales y extramaritales del hombre, y que siendo las infecciones asintomáticas en el varón se comporta como portador sano.
- 6) El uso de la ropa de nylon es significativa 37.3%, con la de algodón con un 12.6%. Se dan a la venta, ropa interior femenina con una franja de algodón y nylon, pensando que de esta forma el problema se resuelve pero el estudio

demonstró que no hay cambios significativos.

7) La leucorrea anormal se presentó en todas las pacientes este dato es importante para sospechar de una infección -- crónica, sólo que por el uso indiscriminado de los antibióticos, se torna persistente y tolerable para la paciente - que la supone normal.

8) En la literatura, se reporta en muchos casos que el ectropion es normal en muchas pacientes, pero aquí se demuestra que las pacientes que presentan ectropion tienen cervicovaginitis crónica con patrón bacteriano de; infección inespecífica, tricomonas, hongos y virus.

9) El Papanicolau anormal es sinónimo de infección vaginal en nuestro estudio fue del 100%

10) El uso de método de planificación familiar; fue importante pues, la mayoría coincide con datos en las citas, el 35.4% no llevaron método alguno, esto me hace pensar que - las pacientes no tenían un control de su planificación y de sus genitales, el siguiente grupo fue el quirúrgico, por paridad satisfecha 29%, por lo que la multiparidad es otro - factor acorde con la literatura. Y por último el DIU en 20.8 % el cual se ha determinado que en algunas pacientes, presentan enfermedad pélvica inflamatoria.

11) Las características de la leucorrea, sólo debe de orientar al médico de una infección cervicovaginal y no del -

germen etiológico, para evitar el diagnóstico y tratamiento inespecífico.

12.- Con respecto a enfermedades que se relacionan con la -
cérvicovaginitis crónica, se encontró que las pacientes con
obesidad, Diabetes mellitus, embarazo, alteraciones de la -
estática pélvica, Climaterio, infecciones urinarias, y la
enfermedad pélvica inflamatoria esta involucradas en el pro-
blema.

CONCLUSION.

La cervicovaginitis es una enfermedad infectocontagiosa, que se presenta generalmente con el inicio de las relaciones sexuales, durante la adolescencia y su mayor frecuencia es en mujeres con vida sexual activa. Esta se torna crónica; durante la edad adulta, en casadas, con un compañero sexual, dedicadas al hogar o profesionistas, presentando leucorrea anormal persistente, la cual aumenta con el uso de pantaleta de nylon. La multiparidad, el DIU, la no exploración ginecológica frecuente, las lesiones del canal vaginal como el ectropión y el Papanicolau anormal son datos de esta enfermedad. El diagnóstico y tratamiento inespecífico, sin seguimiento del padecimiento hasta la curación, y el tratamiento individual, suelen ser errores médicos que generalmente se dan por; una economía baja de nuestra población, falta de recursos en las instituciones, y por la mala educación de la población derechohabiente, sin embargo la realización de un Papanicolau una vez al año o cada 6 meses, se puede detectar la infección y solucionar.

El diagnóstico y el tratamiento debe ser con su pareja, y con cautela, pues es difícil el manejo de dudas al respecto, pues puede afectarse el área afectiva conyugal.

La educación para la salud en esta área es importante - tanto a la pareja de casados, como a los adolescentes en riesgo.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Ma.E.Narcio Reyes. Etiología de la infección cérvicovaginal. Ginecol. y Obstet. de Mex. 57. 41. 1989.
- 2.- Sommers HM The indigenous microbiota of the human host - the biological and clinical basis of infectious diseases 2nd ed. Youmans GP, Paterson PY, Philadelphia, 91-3 1980.
- 3.- Laresen B, Galask RP: Vaginal microbial flora; Obstet -- Ginecol 55. 100 S, 1989.
- 4.- Isenberg HD, Indigenous and pathogenic microorganisms of - humans. Manual of clinical microbiology 4 th. 30-1-1985.
- 5.- Huggins GR, Preti G. Olores y secreciones de la vagina - Clin. Obstet Ginecol 2: 363. 1981.
- 6.- Conde GC. Cervicovaginitis. Una vision panoramica. Infec-tologia 5:30. 1985.
- 7.- Eschenbach DA. Infeccion vaginal. En enfermedades transmi-tidas sexualmente. Clin Obstet. Ginecol. 1:221. 1983.
- 8.- Chow AW. Vaginal colonizacion with Echerichia coli in --- healthy womwn AMJ Obstet Gynecol. 154:120. 1986.
- 9.- Hughes EG. Endocervical Chlamidia Trachomatis Infection - in Canadian adolescents. Can Med Assoc J; 140.3.297.301. 1989.
- 10.- Remafedi G. Clinical predictors of Chamydia Trachomatis - endocervicitis in adolescent women. Looking for right com-bination. Am J Dis Child. 143(12); P 1437-42. 1989.
- 11.- Thomason. Statistical evaluation of diagnostic criteria - for bacterial vaginosis. Am J Obstet Gynecol; 162(1).p 155 -60 1990.
- 12.- Riordan T. A prospective study of genital infections in a family-planning clinic. 1. Microbiological findings and - their association with vaginal symptoms. Epidemiol Infect. 104(1) p 47-53. 1990.

- 13.- Chi Nguyen Duy. Cervical infection caused by *Chlamydia trachomatis* at a family planning center: prevalence, - analysis of risk factors, prediction model. *J Gynecol. Biol Reprod.* 18(8) p.977-87. 1989.
- 14.- Preece PM. *Chlamydia trachomatis* infection in late pregnancy; a prospective study. *Paediatr Perinat Epidemiol* 3.3.268-77. 1989.
- 15.- Pavía CS. Inmunología de la reproducción. *Inmunologías Básica y clínica* 5a ed. 690-700. 1985.
- 16.- De la Cruz GR. Características microbiológicas de la vaginosis bacteriana. *Ginecol Obstet Mex.* 55.74.1987.
- 17.- Monef GRC. *Hemophilus vaginalis* septieemia. *AM J. Obstet Gynecol* 120-1041. 1984.
- 18.- Rodolfo J. Walss R. Flora bacteriana cervicovaginal en mujeres sanas. *Ginecol Obstret de Méx.* 56.57.60. 1988.
- 19.- Auger P, Joly J. Microbiol flora associated with *Candida albicans* vulvovaginitis. *Obstet Gynecol.* 55:397, 1980.
- 20.- Enrique Herrera Nava. Nitrato de butoconazol en candidiasis vulvovaginal. Estudio comparativo con clotrimazol. *Ginecol obstet Mex.* 1988.
- 21.-IMPER. Inflammaciones e infecciones genitales, Normas y procedimientos de Ginecología Mex. 77-9. 1987.
- 22.- Reen MF. *Trichomonas vaginalis*; Sexually transmitted diseases: Mcgraw Hill Book 50; 525-36. 1984.
- 23.- Thomason JL, *Trichomoniasis*. *Clin Microb. Newsletter.* 6 (2) 9, 1986.
- 24.- Calderón JE. Biología y patogénesis de *Chlamidia trachomatis*. *Infectología* 7;95, 1987.
- 25.- Narcio RL. Infecciones causadas por *Chlamidia Trachomatis* *Infectología* 7; 205 1987.
- 26.- Chacko MR. *Chlamydia* infeccion in sexually active adole-

- scents; prevalence and risk factors. *Pediatrics* 73; 836, 1984.
- 27.- Barbara Moscicki, MD. The use limitations of endocervical Gram stains and mucopurulent in female adolescents. *AMJ Obstet Gynecol.* 157.1.65.70. 1987.
- 28.- Braude AI. Mycoplasmas. *Medical Microbiology and Infections Diseases* WB Saunders 522. 1981.
- 29.- Taylor-Robinson D. The genital micoplasmas *N Eng J Med.* 302;1003. 1980.
- 30.- McCormack WM; Sexual activity and vaginal colonization with genital mycoplasmas. *JAMA* 170 1309, 1982.
- 31.- Hook EW, Homes K. Gonococcal Infections. *ANN Intern Med* 102. 1985.
- 32.- De la Cruz GR. Resistencia de Neiseria gonorrhoeae. -- *Infectología* 6.91.1986.
- 33.- Calderón JE. Treatment of ordinary and penicillinase producing strains of Neisseria gonorrhoeae en Mexico City *Diag Microbiol Infect Dis* 1987.
- 34.- Walter D. High Prevalence Rate of Human Papillomavirus Infection and association with abnormal Papanicolau -- Smears in sexually active adolescents *AJDC* 143-47. 1989.
- 35.- Baker Da. Herpes simplex virus; Biolgy, epidemiology - and clinical infection. *Perinat* 7,1. 1983.
- 36.- Dworetzky M. Allergic Vaginitis *Am J. Obstet Ginecol* - 161; 1752-3 1989.