

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

19
2EJ

"FACTORES QUE DETERMINAN LA PRESENCIA DE INFECCIONES
CERVICOVAGINALES EN MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA DE LOS MODULOS
DE COTIJA, CHILCHOTA E IXTLAN EN ZAMORA MICHOACAN"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADOS EN ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A N :

HERNANDEZ PEREZ ANGELA
MENDEZ CASTAÑEDA ROSA MARIA
VALLEJO VENTURA ARMANDO ANTONIO

MEXICO, D.F.

1995.

FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 esta 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.

C O N T E N I D O

	pág.
INTRODUCCION	I
JUSTIFICACION	II
OBJETIVOS	III
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	IV
HIPOTESIS	V
VARIABLES	VI
METODOLOGIA	VII
1. MARCO TEORICO	1
1.1. Características Generales de la Estrategia de Extensión de Cobertura	1
1.2. Características Generales de los Tres Módulos	4
1.2.1. Ubicación Geográfica	4
1.2.1.1. Módulo de Cotija	4
1.2.1.2. Módulo de Chilchota	4
1.2.1.3. Módulo de Ixtlán	5
1.3. Datos de Morbilidad y Mortalidad	6
1.3.1. principales causas de enfermedad general	6
1.3.2. enfermedades por transmisión sexual	7
1.3.3. principales causas de mortalidad general	8
1.4. Generalidades de Anatomía y Fisiología de los Organos Reproductores Femeninos y Masculinos	9
1.4.1. órganos reproductores femeninos externos	9
1.4.2. órganos reproductores femeninos internos	13
1.4.3. órganos reproductores masculinos	18
1.5. Infecciones Cervicovaginales	24
1.6. Infecciones Cervicovaginales Causadas por Bacterias	28

1.6.1. Gardnerella o Hemophilus Vaginalis	28
1.6.1.1. cuadro clínico	29
1.6.1.2. tratamiento	29
1.6.2. Clamydia Trichomatis	30
1.6.2.1. cuadro clínico	30
1.6.2.2. tratamiento	31
1.6.3. Vaginitis Actinomicocis	31
1.6.3.1. tratamiento	32
1.6.4. Vaginitis Gonococcica	32
1.6.4.1. cuadro clínico	33
1.7. Infecciones Cervicovaginales Causadas por Trichomonas	33
1.7.1. cuadro clínico	35
1.7.2. tratamiento	36
1.8. Infecciones Cervicovaginales Causadas por Candida Albicans o Monilia	36
1.8.1. cuadro clínico	38
1.8.2. tratamineto	39
1.9. Infecciones Cervicovaginales Producidas por Virus	40
1.9.1. Papovirus o Virus del Papiloma Humano	40
1.9.1.1. tratamiento	42
1.9.2. Herpes Virus	42
1.9.2.1. cuadro clínico	45
1.9.2.2. tratamiento	46
1.10. Displasia Cervical	46
1.10.1 clasificación de las displasias de cuello uterino	49
1.11. Técnica y Requisitos para la Toma de Citología Vaginal Exfoliativa	54

1.11.1. clasificación del aspecto de las células	54
1.11.2. equipo y material	55
1.11.3. técnica	55
1.12. Participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en la Prevención y Tratamiento de las Infecciones Cervicovaginales	57
1.13. Citas Bibliográficas	
2. RESULTADOS	63
3. CONCLUSIONES	133
4. ALTERNATIVAS DE SOLUCION	138
ANEXOS	
BIBLIOGRAFIA	

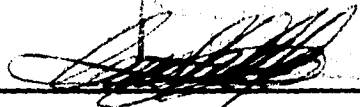
I N D I C E D E C U A D R O S

		pág
CUADRO No. 1	Agente causal con relación al resultado de la citología	63
CUADRO No. 2	Edad con relación al agente causal	66
CUADRO No. 3	Frecuencia con que se realiza el baño personal con relación al agente causal	68
CUADRO No. 3(BIS)	Frecuencia con que se realiza el baño personal con relación al agente causal	71
CUADRO No. 4	Realización del aseo de manos antes del acto sexual por la pareja con relación al agente causal	73
CUADRO No. 5	Frecuencia del cambio de ropa interior de la Sra. con relación al agente causal	75
CUADRO No. 5(BIS)	Frecuencia del cambio de ropa interior del Sr. con relación al agente causal	77
CUADRO No. 6	Tipo de tela de la ropa interior de la Sra. con relación al agente causal	79
CUADRO No. 7	Lavado de ropa interior de la Sra. con relación al agente causal	82
CUADRO No. 8	Detergente o solución con que lava la Sra. su ropa con relación al agente causal	84
CUADRO No. 9	Lugar donde lava su ropa la Sra. con relación al agente causal	87
CUADRO No. 10	Producto o material que utiliza la Sra. durante su período menstrual con relación al agente causal	89

CUADRO No. 11	Frecuencia con que la Sra. realiza el cambio de su protección femenina en relación al agente causal	91
CUADRO No. 12	Realización del baño antes del acto sexual con relación al agente causal	93
CUADRO No. 12(BIS)	Realización del baño antes del acto sexual con relación al agente causal	95
CUADRO No. 13	Lugar en donde se baña la persona con relación al agente causal	97
CUADRO No. 13(BIS)	Lugar en donde se baña la persona con relación al agente causal	99
CUADRO No. 14	Realización de la limpieza perianal con relación al agente causal	101
CUADRO No. 15	Lugar de eliminación de excretas con relación al agente causal	102
CUADRO No. 16	Uso de preservativo en relación al agente causal	105
CUADRO No. 17	Utilización de algún lubricante vaginal con relación al agente causal	107
CUADRO No. 18	Realización de duchas vaginales con relación al agente causal	109
CUADRO No. 19	Presencia de flujo vaginal en la Sra. con relación al agente causal	111
CUADRO No. 20	Color del flujo con relación al agente causal	113
CUADRO No. 21	Olor del flujo con relación al agente causal	115

CUADRO No. 22	Acudió al médico por su problema con relación al agente causal	117
CUADRO No. 23	Realización del tratamiento indicado por el médico en relación al agente causal	119
CUADRO No. 23(BIS)	Realización del tratamiento al Sr. con relación al agente causal	121
CUADRO No. 24	El Sr. está circuncidado con relación al agente causal	123
CUADRO No. 25	Número de personas que duermen en una cama con relación al agente causal	125
CUADRO No. 26	Frecuencia del cambio de ropa de cama con relación al agente causal	127
CUADRO No. 27	Edad de inicio de vida sexual de la Sra. con relación al agente causal	129
CUADRO No. 28	Grado de escolaridad con relación al agente causal	131

A S E S O R



L I C E N C I A D O E Z E Q U E L C A N E L A N U N E Z

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

Al profesor EZEQUIEL CANELA NUÑEZ

Por su gran apoyo incondicional, el cual fue determinante en el desarrollo y culminación de la presente investigación.

D E D I C A T O R I A S

A mis P A D R E S

Como un testimonio de gratitud
y eterno reconocimiento, por el
apoyo moral y económico que
desde pequeña me han brindado
y con el cual, he logrado terminar
mi carrera, la mejor de las herencias.

A mis H E R M A N O S

Por su gran apoyo moral y económico
que siempre me han brindado
sin reserva en todo el transcurso
de mi existencia.

A N G E L A

A mis P A D R E S

P E D R O Y A N T O N I A

Que han sido lo más grande y valioso que Dios me ha dado. Son la fuente de inspiración de todas mis emociones. Les agradezco la fe que depositaron en mí, así como su apoyo, confianza, "amor" y paciencia que tuvieron conmigo, impulsandome así a conseguir una meta más en mi formación profesional.

A mis hermanos: I G N A C I O

T E R E S A

A D R I A N A

G U A D A L U P E

I S A B E L

Por su apoyo, respeto y cariño que siempre me han brindado en la formación "excelente familia".

A tí que has sido y seras siempre importante en mi vida: B. N. Q. S.

¡ Te extraño !

GRACIAS POR TODO

A R M A N D O

A MI MADRE

Doy gracias a **D I O S**, por darle la grandeza
a mi madre por impulsarme a seguir adelante y
realizarme como profesional.

A MIS HERMANAS

Gracias por el optimismo infundido en los
momentos más difíciles.

A MIS ABUELITOS Y FAMILIARES

En especial a mi tía **JUANITA** por su
apoyo en el transcurso de la carrera.

A MIS AMIGOS (A)

Por su amistad brindada, sobre todo a
TONITO porque ha emprendido un viaje

ROSA MARIA

I. I N T R O D U C C I O N

La presente investigación fué realizada por egresados de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstericia durante la prestación del servicio social, debido a que se encontraron casos de infecciones cervicovaginales en los módulos de Cotija, Chilchota e Ixtlán, en Zamora Michoacán, ésto nos motivó para realizar el presente estudio, ya que actualmente, un alto índice de mujeres en vida reproductiva mueren a causa de cáncer cervicouterino y mamario, por lo que nos dimos a la tarea de buscar los principales factores predisponentes en ésta población.

Dicha investigación comprende un marco teórico que respalda los resultados obtenidos mencionando los siguientes puntos: Generalidades de Anatomía y Fisiología de los órganos reproductores femeninos y masculinos; concepto, clasificación, causas y tratamiento de las infecciones cervicovaginales; técnica y requisitos para la toma de citologías vaginales exfoliativas. También la integra un planteamiento del problema, justificación, objetivos, metodología, análisis, conclusiones, alternativas de solución y anexos.

De la siguiente investigación podemos decir que a las conclusiones que llegamos fueron las siguientes: Que los factores que más influyeron en la presencia de infecciones cervicovaginales, fué la deficiente calidad del agua; la cual está contaminada por el ganado vacuno y ésta, es utilizada para bañarse, lavar la ropa y

las manos. En cuanto a los hábitos higiénicos encontramos que la forma en que realizan la limpieza perianal no es la correcta, ya que arrastran la materia fecal hacia la vagina, siendo éste un factor determinante del problema.

En base a los factores encontrados, se propone que en coordinación con el encargado de la comunidad se construya un tanque de agua potable, evitando así el contacto de ésta con el medio ambiente y que el ganado vacuno contamine el agua de uso, realizar un programa educativo acerca de la higiene personal haciendo énfasis en la forma correcta en la realización de la limpieza perianal.

Con éste panorama general podemos darnos cuenta de la importancia que tiene, que el pasante detecte las principales causas de enfermedad de la población, a la cual fué asignada durante el año de servicio social y realizar en base a la morbilidad una investigación, la misma que permita identificar las causas del problema y así brindar alternativas de solución.

II. JUSTIFICACION

La realización de esta investigación surgió porque se encontraron en la población la gran necesidad de atención de las infecciones cervicovaginales, que han aumentado en forma alarmante en los últimos años, siendo más vulnerables las personas de bajos recursos económicos, falta de recursos públicos y de salud así como deficientes hábitos higiénicos y falta de educación para la salud, etc., factores que aunados a los agentes causales mantienen una muy marcada e importante prevalencia de esta enfermedad, que si no es tratada a tiempo nos lleva a un problema de salud mayor que es el cáncer cervicouterino, de ahí la trascendencia que tuvo la realización de esta investigación, de la cual se presentan las alternativas de solución y medidas preventivas que ayudarán a la población, a elevar su estado de salud, permitiéndonos contribuir a este fin.

III.OBJETIVOS

1. Conocer las causas de infecciones cervicovaginales en mujeres con vida sexual activa.
2. Identificar los factores etiológicos de tipo biológico y químico más frecuentes en las infecciones cervicovaginales en las mujeres con vida sexual activa.
3. Identificar las características de higiene de la pareja, costumbres y servicios públicos con que cuentan las comunidades.
4. Analizar la relación que existe entre los factores determinantes y la presencia de infecciones cervicovaginales.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Cuáles son los factores que determinan la presencia de infecciones cervicovaginales en mujeres con vida sexual activa de los módulos de Cotija, Chilchota e Ixtlán ?

V HIPOTESIS

Las infecciones cervicovaginales en mujeres con vida sexual activa, tiene relación con los agentes causales: de tipo biológico, químico, factores ambientales, servicios públicos, hábitos higiénicos, así como la información impartida por el personal de salud en la prevención de las infecciones cervicovaginales.

VI. V A R I A B L E S

- * INFECCION CERVICOVAGINAL
- * FACTORES DETERMINANTES
- * INFORMACION IMPARTIDA POR EL PERSONAL DE SALUD SOBRE INFECCIONES CERVICOVAGINALES
- * MUJER CON VIDA SEXUAL ACTIVA
- * HABITOS HIGIENICOS
- * COSTUMBRES Y DINAMICA DE LA RELACION SEXUAL
- * SERVICIOS PUBLICOS

- * INFECCION CERVICOVAGINAL

Síntomas: Erosión cervical

Signos: Prurito y ardor

Realización del estudio de citología vaginal

- * FACTORES DETERMINANTES

Biológicos: Hongos

Bacterias

Virus

Protozoarios

Químicos: Toallas sanitarias

Desodorantes vaginales

Espermaticidas

Duchas vaginales

(Benzal, Vinagre

Agua Clorada)

- * INFORMACION IMPARTIDA POR EL PERSONAL DE SALUD SOBRE INFECCIONES CERVICOVAGINALES

- ¿ Conoce qué es la cervicovaginitis ?

- ¿ Sabe cómo se manifiesta ?

- ¿ Qué haría para prevenir infecciones cervicovaginales ?

♦ MUJER CON VIDA SEXUAL ACTIVA

- Inicio de vida sexual
- Número de compañeros sexuales
- Frecuencia del acto sexual
- Modalidad del acto sexual

♦ HABITOS HIGIENICOS

- Aseo de manos antes y después del acto sexual
- ¿Cada cuándo se cambia de ropa interior?
- ¿De qué material está hecha su ropa interior?
- ¿Dónde lava su ropa?
- ¿Qué detergente o sustancia utiliza en el lavado de su ropa interior?
- ¿En su período menstrual utiliza toallas sanitarias?
- ¿Cuántas veces al día realiza el cambio de toalla?
- ¿Antes del acto sexual se baña?
- ¿Durante su período menstrual tiene relaciones?

♦ COSTUMBRES Y DINAMICA DE LA RELACION SEXUAL

- ¿Cada cuándo realiza el acto sexual?
- ¿De qué forma realiza el acto sexual?
- ¿Cuántos compañeros sexuales tiene?

♦ SERVICIOS PUBLICOS

- ¿En dónde realiza la eliminación de excretas?
- ¿Cuenta con servicios de drenaje?
- ¿De dónde obtiene el agua para su consumo diario?
- ¿Cuenta con algún servicio de salud?

VII METODOLOGIA

TIPO DE INVESTIGACION

La investigación que se realizó fue de tipo prospectiva observacional descriptiva en los módulos de Cotija, Chilchota e Ixtlán del mes de marzo a octubre de 1994 en Zamora Michoacám.

UNIVERSO

De acuerdo al programa se Estrategia de Extensión de Cobertura en el estado de Michoacán, el universo de trabajo comprendió el 100% de las mujeres con vida sexual activa de los módulos de Cotija, Chilchota e Ixtlán.

TIPO DE MUESTRA

De los tres Módulos se tomó como muestra sólo el 10% del universo de mujeres con vida sexual activa que desearón cooperar en la realización de este estudio.

PROCESAMIENTO DE LA INVESTIGACION

La recopilación de la información se hizo en base al cuestionario y al formato de citología ginecológica vaginal. El procesamiento de la infomación se realizó por el método de paloteo en tarjetas de concentración de datos. La presentación de datos se dió a conocer por medio de cuadros.

COMPROBACION DE LA HIPOTESIS

Se realizó por cruce de variables, análisis descriptiva de la información en relación con el marco teórico y cuadro de resultados.

1. MARCO TEORICO

1.1. Características Generales de Estrategia de Extensión de Cobertura.

La SSA creó en 1985 la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC-SSA), como una herramienta para llevar servicios básicos de salud, entre ellos la planificación familiar, para así procurar y mejorar el bienestar social. Desde entonces se le encargó a la Dirección General de Planificación familiar (DGPF) la normatividad, seguimiento y evaluación de la EEC-SSA, mediante una coordinación con las autoridades estatales y la organización de la jurisdicción sanitaria.

La EEC-SSA es un conjunto de servicios de atención básica primaria a la salud diseñada para coadyuvar a la satisfacción de las necesidades básicas de los habitantes en las comunidades dispersas.

La Estrategia de Extensión de Cobertura es un instrumento para radicar los programas prioritarios de salud en las zonas rurales dispersas que se encuentran apartadas de las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud. De esa manera se llevan los servicios básicos de salud a la población mediante un sistema en el que se enlaza una auxiliar de salud comunitaria con los servicios médicos.

La Secretaría de salud capacita personal médico y de enfermería para supervisar y adiestrar a la auxiliar de salud para ofrecer los servicios y recoger la información básica acerca de las

condiciones de salud de la comunidad. La prestación de estos servicios se realiza por una persona de la misma comunidad, a quien se le denomina "auxiliar de salud" y se encuentra vinculada a los servicios formales de atención médica mediante la supervisión por parte de una enfermera que la visita periódicamente para proporcionarle apoyo técnico.

Las auxiliares de salud son generalmente originarias de la comunidad y residen en ella. Se les selecciona con base a características tales como liderazgo, facilidad de comunicación y poseer respeto a la moral.

La EEC-SSA forma parte de la infraestructura de la SSA en el nivel jurisdiccional y constituye el componente comunitario de atención para la salud de la población abierta. El personal depende del jefe o director de la jurisdicción sanitaria, la cual se vincula a través del o de los coordinadores médicos jurisdiccionales de la EEC-SSA formando el enlace entre los servicios institucionales de la atención médica y el componente comunitario.

La jurisdicción sanitaria tiene la responsabilidad de elaborar la programación local y la distribución de los insumos y materiales así como la ejecución, supervisión y evaluación de las actividades de la EEC-SSA en cada uno de los módulos de atención comunitaria. Cada módulo se integra en promedio por 10 comunidades rurales dispersas y queda a cargo de una enfermera supervisora de auxiliares de salud, quien tiene la responsabilidad

de supervisar, capacitar y asesorar el servicio a la auxiliar, así como dotarla de los recursos materiales para su trabajo. La EEC-SSA se compone de las auxiliares de salud, las enfermeras supervisoras y los coordinadores médicos jurisdiccionales. El esquema operativo consiste en la interacción entre un coordinador médico jurisdiccional que conduce las actividades de cuatro enfermeras supervisoras, y cada una de estas tiene a su cargo coordinar y apoyar el trabajo de 10 auxiliares de salud. (1)

1.2. Características Generales de los Tres Módulos

El Estado de Michoacán se localiza al Oeste de la República Mexicana, colindando con el Estado de México y Queretaro, en el Oeste con Jalisco y Colima, por el Norte con Jalisco y Guanajuato y por el Sur con Guerrero y el Océano Pacífico, tiene una extensión territorial de 59 846 Km².

1.2.4. Ubicación Geográfica

Los Módulos de Cotija, Chilchota e Ixtlán pertenecientes a la Jurisdicción No. 2, de Zamora Michoacán, se divide cada uno en 10 comunidades, mismas que a continuación se mencionan.

1.2.1.1. Módulo de Cotija

Las comunidades que conforman el Módulo son: El Barrio, Ayumba, Vista Hermosa, Los Zapotes, El Paso, San Juanico el de Arriba, San Francisco, Santa María, Guascuaro y San Juanico el de Abajo.

1.2.1.2. Módulo de Chilchota

Está conformado por las siguientes comunidades: Huancito, Zopoco y Lomas de Noroto pertenecen al municipio de Chilchota, municipalidad que se localiza al Noroeste del Estado, a una altura de 1 780 mts. sobre el nivel del mar con una extensión territorial del 0.77% de la superficie estatal.

Limita al Norte con Purepero, al Este con Zacapu y Cheran, al Sur con Carapan y Paracho y al Oeste con Tanguanciuaro. Las comunidades de Los Lobos, El Sauz de Guzman, Tenguecho, Ruiz Cortines, San José de García, San Antonio Ocampo y Martires de la Antorcha, pertenecen al municipio de Tanguanciuaro, municipio que se localiza al Norte del Estado a 1 710mts. sobre el nivel del mar con extensión territorial de 0.68% de la superficie estatal.

Limita al Norte con Zamora y Jacona, al Este con Purepero y Chilchota, al Sur con Carapan, Los Reyes y Tinguindin, al Oeste con Santiago Tangamandapio.

1.2.1.3. Módulo de Ixtlán

El Módulo de Ixtlán de los Hervores se deriva del Tarso Michmrcuan que significa "cerca del agua".

Ixtlán se localiza al Noroeste del Estado, en las coordenadas 20' 24' 00'' de longitud, con la altitud promedio de 1 534 mts. Los límites del municipio es al Norte con Tanhuato y Vista Hermosa, al Sur con Chavinda y Zamora, al Este con Ecuandureo y Zamora y al Oeste con Pajacuaran y Vista Hermosa.

El módulo actualmente se encuentra formado por 10 comunidades de tres municipios; Ixtlán, Ecuandureo y Zamora. Las comunidades son: Rincón del Mezquite, Camucuató y El Salitre pertenecen al municipio de Ixtlán. Las Fuentes, Ucacuaro y Majadas pertenecen al municipio de Ecuandureo. Tierras Blancas, La Saucedá, El Cerrito de Ortiz y Chaparaco pertenecen al municipio de Zamora. (2)

1.3. Datos de morbilidad y mortalidad

1.3.1. Principales causas de enfermedad general 1994.

No.	CASOS	No. DE CASOS	TASA X 10,000 HABITANTES
1	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	49,881	793 ,0
2	OTRAS INFECCIONES INTESTINALES LAS MAL DEFINIDAS	18,749	178,94
3	TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	8,988	141,66
4	AMIBIASIS	7,511	119,45
5	DERMATOFITOSIS - HERMATOMICOSIS	2,469	39,265
6	ASCARIASIS	1,558	24,658
7	OXIURIASIS	1,515	24,893
8	CONJUNTIVITIS	1,275	28,277
9	NEUMONIAS Y BRONCONEUMONIAS	1,129	17,955
10	ANGINA ESTREPTOCOCCICA	1,091	17,356
11	PARATIFOIDEA Y OTRAS SALMONELOSIS	924	14,694
12	HIPERTENSION ARTERIAL	834	13,263
13	TRICOMONIASIS UROGENITAL	675	18,734
14	CANDIDIASIS UROGENITAL	699	11,116
15	VARICELA	584	9,287
16	DIABETES HELLITUS	518	8,238
17	INTOXICACION POR ALIMENTOS	476	7,578
18	PARDITIDITIS EPIDEMICA INFECCIOSAS	395	6,281
19	INTOXICACION POR PONZONA	298	4,739
20	DIARDIASIS	274	4,357

FUENTE. ARCHIVO DE LA JURISDICCION SANITARIA No. 2 Mich.

**1.3.2. ENFERMEDADES POR TRANSMISION SEXUAL
A NIVEL JURISDICCIONAL 1994.**

ENFERMEDADES	TOTAL
CANDIDIASIS UROGENITAL	669
CHANCRO BLANCO	1
HERPES GENITAL	11
INFECCIONES GONOCOCCICAS	0
TRACTO GENITOURINARIO	40
LINFOGRANULOMAS	7
SIFILIS ADQUIRIDA	7
SIFILIS CONGENITA	0
TRICOMONIASIS UROGENITAL	676

FUENTE. ARCHIVO DE LA JURISDICCION SANITARIA No. 2 HICH.

1.3.3. MORTALIDAD GENERAL JURISDICCIONAL EN 1993

DESCRIPCION	DEFUNCIONES	TASA
ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO	761	12.37
CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO. PERINATAL.	95	11.69
ENFERMEDADES DE LAS GLANDULAS ENDOCRINAS. DEL METAB. Y TRAST. DE NUT.	397	6.45
TUMORES.	381	6.19
TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS.	350	5.69
ENF. DEL APARATO RESPIRATORIO.	310	5.17
ENF. DEL APARATO DIGESTIVO.	212	3.44
ENF. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS.	113	1.84
ENF. DEL APARATO GENITOURINARIO.	86	1.40
SIG. Y SINT. Y ESTADOS MORBOSOS NO DEFINIDOS.	60	0.97
TRANSTORNOS MENTALES.	59	0.96
ENF. DEL SISTEMA NERVIOSO Y DE LOS ORGANOS DE LOS SENTIDOS.	46	0.75
ENF. DE LA SANGRE.	27	0.44
ANOMALIAS CONGENITAS.	26	0.42
ENF. DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR.	16	0.26
ENF. DE LA PIEL Y DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	3	0.05
ENF. DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.	2	0.03
T O T A L	2952	47.97

* TASA X 10,000 HAB.

(2)

1.4. Generalidades de Anatomía y Fisiología de los órganos reproductores femeninos y masculinos.

1.4.1. Organos reproductores femeninos externos.

Son las partes visibles desde el exterior, que comprenden el conjunto de órganos que se encuentran desde el borde inferior del Pubis al Periné y genéricamente se les conoce con el nombre de vulva.

◆ Monte Pubiano (Monte de Venus)

Prominencia localizada por delante de la sínfisis del pubis, formada por tejido adiposo y cubierta de piel pigmentada, que en la pubertad se cubre con vello, formando un triángulo de base superior.

◆ Labios Mayores

Parten del Monte Pubiano en forma de dos pliegues redondeados y se dirigen hacia abajo y atrás para reunirse en la parte media del Periné; constituidos por tejido celular, tejido conectivo, un plexo venoso y parte del ligamento redondo, están recubiertos por piel resistente, pigmentada, con glándulas sebáceas y sudoríparas, vello. En las mujeres vírgenes se encuentran juntos; en las multíparas, abiertos. Su cara interna posee gran número de glándulas sebáceas que le proporciona cierto grado de humedad. (3).

Son el equivalente del escroto en la mujer. (4)

Tiene una longitud aproximada de 7 a 9 cm y 2 a 4 cm de anchura, variando en tamaño con la altura, peso, raza, edad, paridad y

arquitectura pélvica. (5)

★ Labios menores

Son dos repliegues de piel, pequeños y delgados, planos y desprovistos de vello, ricos en glándulas sudoríparas y folículos sebáceos, que al adosarse entre sí ocluyen el conducto vaginal. Se unen en las partes anterior y posterior; la unión anterior da lugar al frenillo del clítoris y al prepucio. En la nulípara se encuentran cubiertos por los labios mayores. Estas formaciones se atrofian durante la menopausia, debido a la disminución hormonal. (6)

Los labios menores miden aproximadamente 5 cm de longitud y 0.5 a 1 cm de espesor. La anchura varía según la edad y la paridad, midiendo 2 a 3 cm en el más ancho, con arrugas múltiples sobre la superficie.

La piel sobre los labios menores es lisa y pigmentada. El color y la distensión varían, dependiendo del nivel de excitación sexual y de la pigmentación de la mujer. Los glándulas de estos labios son homólogos a las glándulas del prepucio (de Littre) de la porción peneana de la uretra masculina. (7)

★ Clítoris

Órgano homólogo del pene, de forma cilíndrica, de 1 a 2 cm de longitud, situado en la parte superior del introito, por arriba del meato urinario; está constituido por tejido eréctil (2 cuerpos cavernosos), glande y dos pilares que le dan forma o lo fijan al periostio del pubis. Está provisto de una rica red venosa y sensitiva (nervio pudendo). Es asiento de las sensaciones placenteras durante el acto sexual. (8)

El clítoris es equivalente al glande del pene en el varón. Al

igual que el pene, aumenta de tamaño como resultado de la estimulación táctil. (9)

• Vestíbulo

El orificio vaginal ocupa la mayor parte del vestíbulo, espacio comprendido entre los dos labios menores, contiene el orificio vaginal y las glándulas vestibulares. Se encuentra cubierto por un epitelio escamoso estratificado. (10) La zona del vestíbulo está limitada por los labios menores a los lados, por el frenillo pudiendo (o comisura posterior) por detrás y por la uretra y el clítoris por delante. Por abajo está bordeado por el anillo del himen. La abertura de la vagina o entroque vaginal con el vestíbulo está limitada por una membrana que se estira desde atrás hacia los lados y hasta la superficie interior del orificio uretral externo. Esta membrana se denomina himen. Su forma y aberturas varían y dependen de la edad, paridad y experiencia sexual. (11).

• Meato Urinario

Orificio en forma de hendidura por el cual desemboca la uretra hacia el exterior. Está recubierto por un epitelio transicional. (12).

El orificio uretral externo está aproximadamente 2 a 3 cm posterior al clítoris, se caracteriza por muchos pequeños pliegues de mucosa alrededor de su abertura. (13)

• Glándulas de Skene (glándulas parauretrales)

Son dos y se encuentran una a cada lado de la pared posterolateral del meato uretral; producen moco que lubrica el vestíbulo. Estas glándulas se infectan con relativa frecuencia. Las glándulas parauretrales son equivalentes u homólogas de la

próstata masculina, y las vestibulares mayor , de las glándulas bulbouretrales (glándulas de Cowper) del varón. (14).

* Glándulas de Bartholin o Glándulas Vestibulares Mayores

Son dos; se ubican en los labios menores y en la pared vaginal desembocan en el introito. Con su mucosidad lubrican la vulva y la parte externa de la vagina. Cuando se infectan se obstruye la luz del conducto y producen abscesos (bartholinitis). (15).

Las glándulas vestibulares tienen un conducto que mide cerca de 5 mm de diámetro, la secreción es clara, viscosa, produciéndose una sustancia mucóide filamentososa con pH alcalino. La secreción es activa durante la actividad sexual. No obstante, después de la edad de 30 años, las glándulas sufren involución, se atrofian y se encogen. (16)

* Himen

Membrana anular que cubre parcialmente la entrada de la vagina; está formada por dos capas de tejido fibroso. Se rompe al contacto sexual y sus restos se designan Carúnculas Mirtiformes. Tiene importancia en medicina legal. (17).

* Horquilla Vulvar

Así se llama al lugar donde se unen los labios mayores con los menores, en su parte posterior.

* Periné (Perineo)

Región comprendida entre horquilla y ano; está constituido por musculos transversos del periné, bulbocavernoso y elevador del ano. Se ve afectado por el traumatismo que ocasiona el parto. (18)
El periné es el área romboidea que se sitúa en el extremo inferior del tronco, entre los musculos y glúteos en ambos sexos.

Está limitado en sentido anterior por la sínfisis púbica, hacia los lados por las tuberosidades isquiáticas (ciáticas) y posteriormente por el cóccix. Una línea transversa imaginaria que se traza entre dichas tuberosidades, lo divide en triángulo urogenital anterior, que contiene los genitales externos, y triángulo anal posterior, que contiene el ano. (19)

1.4.2. Organos reproductores femeninos internos

* Vagina

Conducto virtual; músculo membranoso que se extiende de la vulva hasta el útero; se relaciona con la vejiga por su cara anterior, y con el recto, por su cara posterior. (20)

Sirve como:

- Conducto excretor del útero (menstruación, secreciones)
- Organó de la cópula (recibe el pene durante el coito)
- Conducto del parto

Su dirección es curva de fuera hacia dentro y de abajo hacia arriba.

Mide de 7.5 cm de longitud en su parte anterior y 9 cm en su parte posterior. (21)

Es muy distensible y tiene arrugas transversales. Se inserta en el útero formando los fondos de saco (anterior, posterior y laterales). Se encuentra formada por epitelio pavimentoso, capa muscular y tejido conectivo. Se sostiene en su sitio mediante los ligamentos cardinales o de Mackenrodt y el músculo elevador del ano, que la divide en una parte interna (intrapélvica) y otra externa (perineal). (22).

La vagina es un órgano tubular y muscular revestido por mucosa, la mucosa vaginal es continuación de la uterina, y consiste en epitelio plano estratificado y tejido conectivo dispuesto en forma de pliegues transversos, las arrugas. (23)

La vagina es un excelente medio de cultivo por estar constantemente húmeda y caliente. Se considera normal que haya un exudado vaginal ligero, blanquisco durante la ovulación o antes de la menstruación. La mayor parte de la lubricación vaginal durante la relación sexual es resultado de una secreción mucoide que produce el epitelio vaginal. La vagina se compone de fibras longitudinales de músculo liso, susceptible de estiramiento considerable, lo que reviste importancia porque la vagina recibe al pene durante la relación sexual así como también es la parte inferior del canal del parto. En el extremo inferior del orificio vaginal, está el himen, que cierra parcialmente dicho orificio. (24).

La mucosa vaginal contiene grandes concentraciones de glucógeno, cuya descomposición da origen a ácidos orgánicos. Estos hacen que el microambiente vaginal tenga pH bajo, lo que dificulta la reproducción microbiana. Sin embargo, tal acidez también resulta dañina para los espermatozoides. El semen la neutraliza en parte, lo que garantiza la supervivencia de los gametos masculinos. (25)

Las secreciones vaginales son ácidas (pH 3.5 a 4.5); la acidez se debe a la conversión del glucógeno celular en ácido láctico por los bacilos de Döderlein, que habitan normalmente en la vagina. Cuando la producción de estrógeno es baja (antes de la menarquia y después de la menopausia), el epitelio es inactivo; las células

no contienen glucógeno, no hay lactobacilos (bacilos de Döderlein) y el pH es entre 6 y 7.

★ Utero

Organo muscular, hueco, situado en la pared profunda de la pelvis, de forma periforme, está invertido y aplanado ligeramente en sentido anteroposterior. La cara anterior de este órgano se relaciona con la vejiga, la posterior con el recto, las laterales con los uréteres y la inferior con la vagina, la cual se inserta en su parte cervical, dejando una porción supravaginal y otra vaginal.

Mide de 7 a 8 cm de longitud total y 4 a 5 cm de ancho en la parte fúndica. El útero se divide en 3 partes:

- Cuerpo o parte superior;
- Istmo, que es la zona donde se adelgaza formando una depresión
- Cérvix o parte inferior

El útero está formado por 3 capas:

- 1) Externa. Serosa o perimetrio peritoneo. Cubre todo el cuerpo excepto la parte anteroinferior, o sea la que se relaciona con vejiga. Esta capa origina una serie de refuerzos que dan lugar a elementos de fijación del útero, que son:
 - Ligamento redondo, que parte del fondo uterino, penetra al conducto inguinal y termina esfumándose en los labios mayores.
 - Ligamento uterosacro, que se extiende de la cara posterior del istmo, rodea el recto y se fija en la cara anterior del sacro.
 - Ligamento cardinal o de Mackenrodt, que parte de la porción lateral del istmo y de la porción superior de la vagina, llega hasta la pared pélvica y se inserta en el músculo obturador interno.

- Ligamento pubovesicouterino, que se extiende de la cara anterior del istmo, rodea el cuello vesical y se inserta en la cara posterior del pubis.
- Ligamento ancho, constituido por condensaciones peritoneales que se extienden del borde uterino a la pared pélvica.
- Ligamento uteroovárico, se extiende del cuerno uterino y se inserta en un extremo del ovario.

2) Media. Muscular o de miometrio. Es la más gruesa y resistente, está formada por fibras musculares lisas dispuestas en capas entrelazadas y mezcladas con tejido elástico constituido por fibras circulares, longitudinales y arciformes.

Constituye la mayor parte del espesor de la pared uterina.

3) Interna. Mucosa endometrio. Capa que reviste la cavidad uterina, que sufre cambios cíclicos por efecto hormonal y que al desprenderse da lugar a la menstruación. Está formada por un epitelio columnar que contiene gran cantidad de glándulas y vasos sanguíneos de dos tipos: arterias rectas y arterias en espiral.

De acuerdo con sus elementos de sostén, el útero tiene cierta movilidad y puede estar en: anteversión, situación intermedia o retroversión (26).

En condiciones normales, el útero está flexionado entre su propio cuerpo y el cuello uterino, lo que se denomina ante flexión.

Posición anormal de este órgano es la retroflexión. (27)

• Cervix

Tiene forma cilíndrica; su longitud es de 3 cm; posee un orificio interno, otro externo y un canal cervical; la inserción vaginal lo divide en dos porciones: Intravaginal y Supravaginal. La

porción externa está revestida por epitelio pavimentoso estratificado que con frecuencia es asiento de tumores. (28)

Funciones del epitelio endocervical.

Las células endocervicales, cilíndricas, producen secreción de mucina, la cual, al unirse con el agua, dará lugar a la formación de moco. Esta sustancia desempeña dos funciones fundamentales. Por una parte, proporciona protección de la endouterina corporal cervical y actúa como un verdadero tapón endocervical por espesamiento. Pero en la fase ovulatoria, al perder dicho espesamiento y hacerse por el contrario, muy filante, producirá una acción biológica de activación de los espermatozoides y facilitará el ascenso de éstos hacia la cavidad endometrial, en busca del óvulo. (29)

* Trompas de Falopio

También llamadas oviductos o tubos uterinos; estos órganos constituyen dos conductos uno a cada lado del útero, de 10 a 12 cm. de longitud por 1 a 2 cm de diámetro interno. Son una prolongación de los cuernos uterinos, que se dirigen lateralmente hacia afuera y adelante. Su diámetro interno de 1 a 2 mm., es continuación de la cavidad uterina.

Las trompas están constituidas por 3 capas:

- Capa externa, serosa o peritoneal, que permite el deslizamiento sobre órganos vecinos.
- Capa media muscular con fibras circulares y longitudinales.
- Capa interna, mucosa o endosalpinx, constituida por epitelio revestido por células ciliares que favorecen la progresión del espermatozoide y del óvulo fecundados.

Este órgano tiene 3 partes anatómicas:

- 1) Intersticial o intramural. Parte más proximal al útero que

nace contacto con la cavidad uterina.

2) Istmica. Parte intermedia de grosor constante

3) Ampular. Parte distal que se ensancha progresivamente y se abre en el pabellón. (30)

* Ovarios

Son dos órganos ovoides aplanados, sólidos y blanquecinos. Cada uno de los cuales mide 2.5 a 5 cm de longitud, 1.5 a 3 cm de anchura y 0.7 a 1.5 de espesor, pesando alrededor de 4 a 8 gr, están localizados en la porción lateral de la pelvis (fosa ovárica), en íntima relación con la parte distal de la trompa, mediante la fimbria. Se sostiene en su sitio gracias a un engrosamiento del ligamento ancho, llamado Mesovario, que se fija en el útero con el nombre de ligamento uteroovarico, y a la pared pélvica por el ligamento infundibulopélvico y descansa en una pequeña fosa de la pared pélvica denominada de Krause. (31)

Los ovarios tienen una parte central, la médula, y otra externa, la corteza que se encuentra desprovista de peritoneo; la médula está constituida por tejido conjuntivo laxo y gran cantidad de vasos; sin embargo, la corteza es asiento del tejido germinativo. Estos órganos son los que se encargan de la producción de las células reproductoras y constituyen la fuente principal de hormonas femeninas: estrógenos y progesterona. (32)

1.4.3. Organos reproductores masculinos

Los órganos del aparato genital del varón son los testículos o gónadas masculinas, que producen los espermatozoides, diversos conductos que almacenan o transportan los espermatozoides al exterior; glándulas accesorias, que producen las secreciones que 18

conocemos como semen y diversas estructuras adicionales.

• Testículos

Los testículos son un par de glándulas ovales que miden de 5 cm de longitud por 2.5 cm de diámetro, con un peso de 10 a 15 gr cada uno. Los testículos se desarrollan en una porción alta de la pared abdominal posterior del embrión y usualmente comienza su descenso hacia el escroto, por medio de los canales (conductos) inguinales.

Los testículos están cubiertos por una capa densa de tejido fibroso blanco, la túnica albuginea, que divide cada testículo en un conjunto de compartimentos internos o lobulillos; cada lobulillo tiene varios túbulos seminíferos. Las paredes interiores del tubo seminífero se encuentran formadas por epitelio germinal, el cual produce los espermatozoides y las hormonas masculinas (andrógenos).

Los túbulos seminíferos, aproximadamente 1 000 constituyen en la pared superior del testículo y desembocan en el epidídimo. (33)

Los testículos se sostienen en su sitio gracias al cremaster, el cual, está compuesto de tejido muscular con propiedades particulares ya que se contrae con el frío (acercando los testículos al abdomen) y se dilatan con el calor (retirándolos), para mantener los testículos a una temperatura uniforme. (34)

• Epidídimo

Es un órgano en forma de signo de coma, que se sitúa en la parte posterior del testículo y consiste principalmente en el conducto epididimario, muy contorneado, que mide 6 mm de longitud y 1 mm de diámetro que se contornea apretadamente en el interior del epidídimo que mide apenas 3.8 cm. El conducto presenta un revestimiento de epitelio cilíndrico 19

seudoestratificado y su pared contiene músculo liso. Desde el punto de vista funcional el conducto epididimario es el sitio de maduración de los espermatozoides, proceso que requiere de 18 horas a 10 días para completarse. Además en este conducto se almacenan los espermatozoides y tiene lugar su desplazamiento hacia la uretra durante la eyaculación. Los espermatozoides permanecen almacenados en el conducto epididimario hasta cuatro semanas y después se reabsorben.

* Conducto Deferente

Mide unos 45 cm de longitud asciende por el borde posterior del testículo, entra en el conducto inguinal y llega a la cavidad pélvica, donde describe un asa por detrás y abajo de la cara posterior de la vejiga urinaria. La porción terminal dilatada del conducto deferente recibe el nombre de ampolla. Este conducto presenta revestimiento de epitelio pseudoestratificado, así como tres capas musculares relativamente gruesas.

En cuanto al aspecto funcional, en él se almacenan los espermatozoides por espacio de varios meses, además, de que se desplazan desde este conducto hacia la uretra durante la eyaculación, gracias al peristáltismo de la capa muscular.

* Conducto Eyaculador

Los conductos eyaculadores se localizan por detrás de la vejiga urinaria. Cada uno mide 2 cm de longitud y consiste en la unión del conducto proveniente de la vesícula seminal con el conducto deferente. Los conductos eyaculatorios transportan los espermatozoides a la porción prostática de la uretra.

* Uretra

La uretra es el conducto terminal del aparato genital y urinario

del varón, es decir, el conducto por el que se expulsan espermatozoides y orina. En el varón sigue un trayecto por arriba de la próstata, además de atravesar el diafragma urogenital y el pene. Mide unos 20 cm de longitud y se divide en 3 partes. La porción prostática de la uretra tiene de 2 a 3 cm de longitud, pasa por arriba de la próstata y se continúa en sentido inferior, através del diafragma urogenital, que es una división muscular entre las ramas isquiopúbicas, parte que se conoce con el nombre de porción membranosa de la uretra (uretra membranosa), que mide 1 cm de longitud. La parte que se continúa en el interior del cuerpo esponjoso del pene es la porción esponjosa de la uretra, que mide unos 15 cm de longitud, entra en el bulbo del pene y termina en el meato urinario externo.

◆ Próstata

Se trata de un órgano impar de naturaleza glándular en forma de nuez que tiene el tamaño de una castaña que mide 30 a 35 mm. Se localiza por debajo de la vejiga urinaria y rodeada de la porción superior de la uretra. Esta glándula secreta líquido alcalino, en la porción prostática de la uretra, por medio de numerosos conductos prostáticos, neutralizan la acidez de las secreciones vaginales y otras, con lo que fomenta la motilidad de los espermatozoides al máximo.

◆ Glándulas de Cowper

Son dos pequeñas estructuras glandulares situadas por debajo de la próstata, a ambos lados de la porción membranosa de la uretra y secreta una sustancia alcalina, que protege los espermatozoides al neutralizar el medio ambiente ácido de la uretra. Los conductos de estas glándulas se abren en la porción esponjosa de

la uretra.

* Escroto

El escroto es una bolsa cutánea que sobresale del extremo inferior del abdomen, constituida de piel laxa y fascia superficial, es la estructura de sostén de los testículos. Por fuera parece una bolsa de piel separada en porciones laterales por una depresión de la línea media llamada rafe. Por dentro la divide un septo (tabique) en dos sacos, cada uno de los cuales contiene un testículo. Tal división consiste en fascia superficial y un tejido contráctil, el dartos que a su vez se compone de heces de fibras de músculo liso. El dartos también está presente en el tejido subcutáneo del escroto guarda continuidad directa con el de la pared abdominal. Las arrugas de la piel del escroto se deben a este tejido.

La localización del escroto y la contracción de sus fibras musculares regulan la temperatura de los testículos. La formación y supervivencia de los espermatozoides requiere una estructura menos que la del resto del cuerpo. Dado que el escroto está fuera de las cavidades corporales.

El músculo cremáster, banda circular pequeña de músculo esquelético (estriado), eleva los testículos durante la excitación sexual y con la exposición al frío, de suerte que quedan más cerca de la cavidad pélvica de la que absorben calor. El calor ambiental invierte este proceso.

* Pene

El pene es el órgano con que se introducen los espermatozoides en la vagina, tiene forma cilíndrica y consiste en cuerpo, raíz y glande. El cuerpo se compone de tres masas cilíndricas de tejido,

envueltas por tejido fibroso (túnica albugínea). Las dos masas dorsolaterales (posterior externas) son los cuerpos cavernosos del pene, mientras que la posición medioventral (anterointerna), más pequeña, que es el cuerpo esponjoso del pene. Las tres masas están envueltas por fascia y piel de ajuste laxo, y consiste en tejido eréctil en el que penetran senos sanguíneos. A raíz de una estimulación sexual, las arterias que irrigan al pene se dilatan, con lo que entra un gran volúmen de sangre en dichos senos. Estos cambios vasculares dan por resultado la erección, dependen de un reflejo parasimpático. El pene vuelve a su estado de flacidez cuando desaparece la contracción arterial y la presión ejercida sobre las venas.

La raíz del pene es la porción correspondiente a su base y consiste en el bulbo del pene, el bulbo del pene presenta continuidad con la cara inferior del diafragma genital y está envuelto por el músculo bulbocavernoso.

El extremo del glande recibe el nombre de corona, mientras que la piel de ajuste laxo que recubre al glande es el prepucio. (35)

1.5. Infecciones Cervicovaginales.

Conceptos:

El término vaginitis viene del latín (vagina-ae, itis) y quiere decir "inflamación de la vagina", pero por extensión, se incluyen en esta definición de afectación inflamatoria de la vagina propiamente dicha de la parte vaginal del cuello uterino, e incluso del tejido endocervical ectópico.

El término colpitis (del griego Kolpos, vagina) es muy usado por los colposcopistas.

Los términos más empleados son vaginitis y colpitis; ambos indican inflamación de la vagina, sin hacer referencia a ninguna zona determinada del órgano, pero no es infrecuente hablar de cervicovaginitis, ya que por regla general vagina y cuello suelen afectarse conjuntamente. (36)

- Generalidades.

Las infecciones o infestaciones cervicovaginales, son padecimientos muy frecuentes en mujeres del estrato socioeconómico bajo, son muy desagradables para la persona que la padece y en ocasiones sumamente rebeldes a los tratamientos.

Cuando se asocian al embarazo, actúan como factores predisponentes a las infecciones durante el puerperio o afectan al recién nacido.

Los padecimientos como el herpes, las infecciones por Chlamydia y Gardnerella, que eran poco frecuentes, se han hecho cada vez más notables al conocerse mejor los agentes causales y sus efectos. Todos ellos tienen importancia en obstetricia porque pueden afectar al producto de la concepción, algunos en forma directa, a través de la placenta, y otros durante su paso por el canal del parto. (37)

Muchas mujeres poseen escasos conocimientos acerca de la anatomía y la fisiología sexual femenina. Por ejemplo las niñas pequeñas a menudo reciben escasa o ninguna instrucción para el aseo del área perianal, y las adolescentes a menudo están mal informadas acerca de la supuesta necesidad de las duchas o del uso de productos para la higiene femenina, lo cual puede hacer más daño que bien.

En las niñas prepúberes, la ausencia de estrógenos endógenos da como resultado un epitelio vaginal delgado deficiente en glucógeno. Esto predispone a infección bacteriana, la enfermedad ginecológica más frecuente en este grupo de edad.

Durante los años fértiles, el epitelio vaginal madura. Sin embargo, el coito, los agentes anticonceptivos, las prácticas de higiene femenina, el uso prolongado de antibióticos, el uso de ropa ajustada no absorbente, que retiene calor (pantimedias, etc), malos hábitos higiénicos personales predisponen al desarrollo de infecciones vulvovaginales.

ambiente normal de la vagina depende en gran parte de los valores de estrógenos endógenos, un pH ácido (3.5-4), y la presencia de lactobacilos (bacilos de Döderlein), cualquier alteración notable en la fisiología normal de la vagina predispone a la leucorrea sintomática debido a un cambio en la flora vaginal.

Hay otros factores que tienden a disminuir la acidez de la vagina son moco cervical infectado (siempre alcalino), líquido menstrual y el trasudado vaginal que se presenta con la excitación sexual, además el eyaculado masculino es alcalino.

Aproximadamente 95% de las infecciones vaginales son causadas por *Gardnerella vaginalis*, *Candida Albicans* o *Trichomonas Vaginalis* que también dan lugar a cervicitis y secreciones vaginales excesivas. La paciente con cervicitis sintomática tiene exudado mucopurulento y, en ocasiones hemorragia intermenstrual o poscoito. Se conoce desde hace mucho tiempo el exudado vaginal fétido por retención de un cuerpo extraño en la vagina.

Cuerpos extraños: Estos frecuentemente provocan exudado vaginal e infección, puede ser que se coloque papel, algodón y otros materiales en la vagina, que al permanecer ahí dan lugar a infección secundaria.

El flujo provocado por la inflamación endocervical, las características varían con el ciclo menstrual. En ausencia de infección, el moco cervical es delgado, claro y acelular en el

momento de la ovulación o después del estímulo moderado por los estrógenos. Normalmente en la fase secretora final, el moco está algo mucopurulento y puede tener una consistencia tenaz y viscosa.(38)

En condiciones normales la vagina dispone de medios que la protegen contra las infecciones, entre ellos estan:

- a) Niveles normales de estrógenos y progesterona.
- b) Cantidades adecuadas de glucógeno.
- c) Bacilos de Döderlein y ácido láctico.
- d) Reacción ácida: pH entre 3.5 y 4 (4 y 5).

Cuado se altera uno de los tres primeros factores anteriores, el pH vaginal se modifica y tiende hacia la alcalinidad, lo cual facilita la proliferación de górmnes patógenos.

Existen otros factores causantes de vaginitis, como la irritación mecánica de la vagina ocasionada por cuerpos extraños (tampones, condones, diafragmas, DIU) que se han dejado por mucho tiempo, el empleo de sustancias químicas utilizadas en lavados vaginales, desodorantes que pueden originar la vaginitis.

La disminución de los niveles hormonales también se considera como un factor predisponente, así como la sudación excesiva.

Las fuentes de contagio son múltiples, de ahí la frecuencia de este padecimiento, que entre otras causas se adquiere por:

* Relaciones sexuales.

- * Aseo anal inadecuado.
- * Contacto con sábanas y toallas contaminadas.
- * Falta de higiene íntima.
- * Coito con mucha frecuencia o distintos compañeros.

El cuadro clínico de la cervicovaginitis varía según la etiología del padecimiento. Los datos clínicos más frecuentes son:

- + Leucorrea.
- + Prurito.
- + Irritación vulvar.
- + Dispareunia.
- + Ardor a la micción. (39)

Por la frecuencia con que se presentan se mencionan las siguientes infecciones cervicovaginales.

1.6. Infecciones Cervicovaginales causadas por Bacterias.

1.6.1. Gardnerella o Hemophilus Vaginalis.

La especie *G. Vaginalis* fue descubierta por Gardner y Dukes en 1955; es de corto tamaño, por ello se incluye en las bacterias denominadas cocobacilos, fue llamada *Corynebacterium vaginale* e incluida en el grupo de *Haemophilus* posteriormente, pero hoy en día se ha aceptado el nombre de *Gardnerella* en honor a Gardner. (40).

Hemophilus vaginalis es un germen de transmisión sexual cuando existe un pH normal en la vagina (de 4.5 a 5.5). El hombre

generalmente cursa asintomático, pero en la mujer produce un cuadro muy molesto.

Se acompaña de síntomas agudos; puede no haber manifestaciones generales ni complicaciones crónicas.

1.6.1.1. Cuadro Clínico.

Leucorrea. No muy abundante, de mal olor (a pescado), la secreción es viscosa de color blanco grisáceo, fétido, no irritante con pH elevado de 5.0 a 5.5, pero sin respuesta inflamatoria en los tejidos.

Dispareunia.

Prurito vulvar y ardor que puede sugerir la presencia de microorganismos concomitantes.

Ardor al orinar. (41)

Es benigna porque cuando limpia la secreción, el tejido subyacente está sano y es de color rosado. El olor característico del flujo se debe a la presencia de 2 aminas aromáticas, la putrescina y la cadaverina. (42)

1.6.1.2. Tratamiento.

Metronidazol bucal, 500 mg. 2 veces al día por 6 días. En pacientes adolescentes dar dosis simple de 2 gr. ha mostrado ser eficaz pero en general, un curso de tratamiento de 5 a 7 días es de mayor eficacia. También la tetraciclina o ampicilina de 250 mg.

CONTRAINDICACIONES DEL METRONIDAZOL.

Evitar la ingestión de alcohol durante el tratamiento, para evitar

las náuseas y el vértigo; ciertas discrasias sanguíneas, no darlas en enfermedades del SNC ni dar a embarazadas o durante la lactancia.(43).

1.6.2. Clamidia Trachomatis.

Es un germen causal de infecciones genitales, que cada vez adquiere más importancia por su creciente, frecuencia y porque algunos investigadores lo asocian con la aparición del cáncer cervicouterino, este germen, que se puede localizar en la vulva, la vagina, la uretra y la cervix, se considera producto del linfogranuloma venéreo, enfermedad muy difundida en Estados Unidos de América como consecuencia de la liberación sexual existente. Clamidia Trachomatis es un huésped intracelular que afecta las mucosas, causa erosiones y úlceras, que tienden a sanar espontáneamente o producen granulaciones superficiales y estenosis en los tejidos afectados cuando cicatrizan. (44) 50% o más de las infecciones del aparato genital superior (salpingitis) pueden deberse a C. Trachomatis, puede ser una causa importante de oclusión de las trompas e infertilidad. El microorganismo se transmite hacia la uretra masculina dando lugar a uretritis no gonocócica y también produce conjuntivitis en los recién nacidos.

1.6.2.1. Cuadro Clínico.

Exudado purulento procedente del cuello uterino enrojecido, inflamado y congestionado.

La C. Trachomatis causa una cervicitis purulenta que puede ser sintomática.

1.6.2.2. Tratamiento.

Tetraciclina 250 mg. 4 veces al día por 2 semanas o 500 mg. 4 veces al día por 1 semana, en mujeres grávidas, en vez de Tetraciclina se administra Eritromicina, Minociclina 100 mg. dos veces al día. Si la paciente es alérgica a la Tetraciclina o está embarazada, entonces, la Eritromicina 500 mg. 4 veces al día por 10 días es aceptable.(45).

1.6.3. Vaginitis Actinomicosis.

Es una enfermedad general o localizada, de curso crónico, causada por el *Actinomyces Israeli*, y que se caracteriza por el desarrollo de un abundante tejido de granulación con múltiples abscesos que se fistulizan y de los que mana un flujo purulento en el que flotan pequeños gránulos amarillos parecidos a los de azufre y formados principalmente por masas de micelios grampositivos. Sus localizaciones más frecuentes e importantes radican en la región maxilar inferior, pulmón, tubo digestivo y columna vertebral, aunque también se han descrito localizaciones en parametrio, ovario, trompa y cervix, habiéndose atribuido la infección en estos casos a abortos criminales, manipulación exterior, manipulación instrumental, pesarios, intervenciones quirúrgicas o propagación.

Es un antropozoonosis que afecta al hombre y animales, de modo especial al ganado vacuno. Inicialmente se creyó que existía un sólo germen anaerobio, el *Actinomyces bovis*. Se conoce

hoy que existe un segundo, antes mencionado (israeli), que crece de forma anaerobia y que se presenta en la boca y dientes cariados. El actinomyces anaerobio es diferente su contagio es endógeno a partir de los actinomyces que se hallan con gran frecuencia en las criptas de las amígdalas, sarro dentario y dientes cariados de individuos libres en la naturaleza.

La infección del cérvix puede no dar sintomatología alguna, y estar representada exclusivamente por el hallazgo de un nódulo o tumefacción, un absceso o un trayecto fistuloso.

1.6.3.1. Tratamiento.

Sulfamidas o de penicilina, esta última a grandes dosis y durante un tiempo no inferior a 4-6 semanas. (Dosis elevadas de 10 millones U. diarias) (46).

1.6.4. Vaginitis gonocócica.

Es causada por gérmenes de tipo coloide, principalmente neisseria gonorrhoeae, es una infección vaginal muy frecuente, se manifiesta con mayor intensidad en los dos polos de la vida femenina, la niñez y la posmenopausia; en estas edades, la mucosa vaginal es delgada y se halla desprovista de glándulas activas protectoras, por lo que resulta fácil presa de la infección.

hoy que existe un segundo, antes mencionado (israeli), que crece de forma anaerobia y que se presenta en la boca y dientes cariados. El actinomyces anaerobio es diferente su contagio es endógeno a partir de los actinomyces que se hallan con gran frecuencia en las criptas de las amígdalas, sarro dentario y dientes cariados de individuos libres en la naturaleza.

La infección del cérvix puede no dar sintomatología alguna, y estar representada exclusivamente por el hallazgo de un nódulo o tumefacción, un absceso o un trayecto fistuloso.

1.6.3.1. Tratamiento.

Sulfamidas o de penicilina, esta última a grandes dosis y durante un tiempo no inferior a 4-6 semanas. (Dosis elevadas de 10 millones U. diarias) (46).

1.6.4. Vaginitis gonocócica.

Es causada por gérmenes de tipo coloide, principalmente *neisseria gonorrhoeae*, es una infección vaginal muy frecuente, se manifiesta con mayor intensidad en los dos polos de la vida femenina, la niñez y la posmenopausia; en estas edades, la mucosa vaginal es delgada y se halla desprovista de glándulas activas protectoras, por lo que resulta fácil presa de la infección.

* Modo de infección

Por lo general las fuentes de infección son los dedos del paciente, las toallas sanitarias, y en la mujer adulta, la relación sexual.

1.6.4.1. Cuadro Clínico.

- a) Secresión vaginal persistente, en cantidad variable, de color blanquecino amarillento.
- b) Irritación local.
- c) Prurito vaginal.
- d) Ardor vaginal.
- e) Dolor en la vagina.
- f) Dispareunia.
- g) Incapacidad para el coito. (47).

1.7. Infecciones Cervicovaginales causadas por Trichomonas.

Dentro de los flagelos, los protozoos del género *Trichomonas* son los únicos con capacidad para infestar la vagina patológicamente.

Causan una sintomatología y lesiones colposcópicas, citológicas e histopatológicas realmente importantes, muy displásicas. Tanto, que incluso se les ha imputado un posible papel en el desencadenamiento de trastornos degenerativos del cuello uterino, dada la alta frecuencia con que aparecen en los casos de carcinoma cervical.

Existen tres especies de trichomonas capaces de infestar al hombre: *T. vaginalis*, *T. lenax* o *buccalis* y *T. hominis*, que se instalan en el aparato genitourinario, en la boca y en el intestino, respectivamente, pero la *T vaginalis* es la única que es capaz de reproducirse en la vagina.

Hoy se admite sin duda que la transmisión es sexual, y así fue aceptada la comunicación que hizo Bedoya al respecto. El período de incubación se acepta que varía entre los 2 y los 8 días aproximadamente.

La trichomoniasis aumenta con los DIU, con los anovulatorios, con las micosis anteriores y con los antibióticos y disminuye en las embarazadas y en las diabéticas. (48).

Es relativamente frecuente que las alteraciones citológicas alcancen grados más importantes que los descritos de grado leve, se encuentran modificaciones o atipias que pueden llegar en algunos casos a las displasias graves. Es de suma importancia en estos casos aplicar el tratamiento específico y realizar tomas de control posteriormente para dilucidar si estas alteraciones citológicas eran simplemente debidas al transtorno inflamatorio, o si persiste al proceso displásico, caso en que, bajo control colposcópico, debe procederse a la toma de biopsias para su esclarecimiento y tratamiento oportuno. (49).

Este flagelo periforme móvil crece en un medio alcalino, pH mayor de 5.0-7.0 , es una infección no sólo de la vagina sino de

la parte inferior del aparato urinario tanto del hombre como de la mujer. Es una enfermedad transmitida sexualmente; son poco frecuentes otras formas de transmisión dado que se requiere de muchos microorganismos para producir síntomas, ésta tiende a empeorar inmediatamente después de la menstruación o durante el embarazo.(50).

La infección en varones puede originar prostatitis en el 40% de estos pacientes y por último es una causa rara de esterilidad reversible probablemente por acción de productos tóxicos de los parásitos que inhiben la mortalidad de los espermatozoides. Esta enfermedad su frecuencia máxima ocurre entre los 16-35 años de edad coincidiendo con la época de mayor actividad sexual, por lo que se considera una enfermedad venérea, siendo conveniente lo siguiente:

- A) Debe tratarse siempre a la pareja sexual.
- B) El tratamiento debe ser local y sistémico.(51).

1.7.1. Cuadro Clínico.

Leucorrea. espumosa, irritante, de color amarillo verdoso y como un puntillo hemorrágico (aspecto de fresa) en el Cuello Uterino. La leucorrea es persistente, profusa, extremadamente espumosa que en casos graves es fétida. En las infecciones crónicas, la cantidad de exudado puede estar disminuida y el color puede ser gris o verde claro hasta amarillo, también puede ser blanco-verdoso.

Edema vulvar.

Disuria e hiperemia secundarios a la irritación por la secreción.

Erosiones cervicales.

Prurito vaginal y vulvar.

Dispareunia.

Ardor en el meato uretral. (52).

1.7.2. Tratamiento.

Puede haber remisiones, el varón puede llevar el microorganismo en sus vías urogenitales y reinfectar a su pareja o debido a que hay focos de acumulación de trichomonas inaccesibles en el aparato urinario de individuos de ambos sexos. El tratamiento será sistémico y local en ambos compañeros sexuales.

Se da a la pareja 250 mg. de metronidazol (Flagyl) tabletas c/8 horas por 7 días y óvulos de Flagyl de 500 mg. por 10 días a la mujer.

NOTA: El metronidazol está contraindicado en el primer trimestre del embarazo. (53).

1.8. Infecciones cervicovaginales causadas por Hongos.

Candida Albicans o Monilia.

La palabra hongo deriva del latín (fungus). Son elementos del reino vegetal, muy parecidos a las plantas, por ello también se denominan eumicetos, pero, a diferencia de ellos, no poseen clorofila, sin división de raíz y tronco y sin vasos.

Los hongos crecen como células únicas (levaduras) o como colonias filamentosas multicelulares (mohos).

Las especies Candida Albicans y Torulopsis glabrata son

las más frecuentes en la vagina y, por tanto, las que a nosotros nos interesan.

Las enfermedades producidas por los hongos se llaman micosis, los más frecuentes en ginecología son las levaduras del género candida, de las que hay unas 30 especies, pero la denominada Candida Albicans es la de verdadero interés médico y la más frecuente.

A estos hongos se les conoce también como hongos oportunistas, es decir, que son, en principio, saprofitos, pero en determinadas condiciones se hacen patógenos. Ocurre este hecho en concomitancia con otras enfermedades, cuando se instauran tratamientos intensos y prolongados con antibióticos o con corticoides.

Tres condiciones son necesarias para que los hongos produzcan infección:

1. Es necesario el contacto con el hongo patógeno.
2. Tiene que penetrar en el organismo humano.
3. Encontrar un terreno favorable para su desarrollo; en el tratamiento no hay que olvidar las fuentes de reinfección de los genitales masculinos.

Su presencia en el canal vaginal es muy frecuente y está aumentado en la actualidad debido a una serie de circunstancias que denominamos factores predisponentes.

Como posibles factores predisponentes se incluyen : El embarazo, la obesidad, toxicomanía, los tratamientos con anovulatorios, la diabetes sacarina, enfermedades debilitantes crónicas, los tratamientos con antibióticos, el antecedente demostrado de micosis, el DIU, lavados vaginales frecuentes.

No es de extrañarse que los hongos del género *Candida* se encuentren en la vagina, ya que prácticamente están en todas las cosas que tocamos, en el aire, en el agua, aunque parece ser que la fuente principal de los que llegan a la vagina es el factor gastrointestinal y, evidentemente, pueden ser transmitidos por la pareja y dar lugar a una infección de tipo venéreo.

El embarazo es el factor fundamental, puesto que en dicha circunstancia se produce un cambio de los niveles estrogénicos y en el glucógeno del epitelio vaginal.(54)

Este hongo crece en un medio rico en carbohidratos, para su propagación, el microorganismo requiere calor y humedad; no crece en la piel seca. Las manifestaciones clínicas tienden a ser más intensas apenas antes de la menstruación.

1.8.1 Cuadro Clínico.

Leucorrea. Espesa e irritante, blanca acuosa en ocasiones grumosa adherente a la vagina con aspecto de requesón y mal olor, hay partículas desiguales, blancas o amarillas, como de queso.

Prurito. Vaginal y vulvar intenso que puede impedir la actividad normal.

Disuria externa.

Sensación de ardor puede seguir a la micción.

El aspecto de vulva y vagina varía de normal al de una inflamación aguda.

Irritación local.

Edema vulvar.

La vagina presenta un color rojo brillante.

Excoriación de la piel por rascado.

pH de la secreción vaginal puede ser relativamente anormal (55)

1.8.2. Tratamiento.

Nitrato de Miconazol (Monistat 7 al 2%) en crema vaginal, un aplicador lleno al acostarse por 7 días.

Clotrimazol (Gyne-Lotrimin) crema vaginal al 1%, un aplicador lleno (5gr) por vía intravaginal en la noche durante 7 días, y en casos crónicos hasta 14 o más días.

Supositorios de Nistatina 100 mg., 2 diarios por 10 días.

En todos los casos de mala respuesta al tratamiento, deberá explorarse al compañero sexual y evitarse el coito a menos que se realice con preservativo.

Tratar al compañero sintomático o no circuncidado aplicando crema antimicótica bajo el prepucio por la noche durante una semana.

RECOMENDACIONES.

No debe utilizarse ropa interior de material no absorbente y deben

suspenderse todos los productos de higiene femenina y medicamentos autorrecetados.(56).

1.9. Infecciones cervicovaginales producidas por Virus.

Los virus como agentes infecciosos que son, causan alteraciones funcionales importantes en las células que han invadido, alteraciones que, con frecuencia, provocan su muerte.

La infección vírica puede tener muchos efectos sobre un organismo desde la infección asintomática, hasta una enfermedad aguda o incluso la inducción de un proceso canceroso.

Existen numerosos virus que pueden infectar al ser humano, pero sólo algunas se han identificado como huéspedes en los genitales femeninos, especialmente afectando la vulva, vagina y perineo, y son:

1.9.1. Papovirus o Virus del Papiloma Humano.

Los virus del grupo papova afectan tanto a los hombres como a mujeres, y producen los condilomas acuminados y las verrugas vulgares.

Los condilomas acuminados se encuentran con relativa frecuencia en el tracto genital femenino, tanto en el periné como en la vulva y en la vagina, y en ocasiones en el cuello uterino.

Sarro (1976) señala que en las gestantes con poca higiene

pueden llegar a propagarse incluso hasta el útero.

La infección vírica causante de condilomas acuminados en el canal vaginal producen unos síntomas típicos de la vaginitis, tales como:

Leucorrea, de color grisáceo, que en algunas ocasiones es de un olor desagradable, y que la paciente manifiesta con mucha precisión. Esta secreción produce una clara sensación de quemazón en la región vaginovulvoperineal, muy desagradable.

Prurito en ocasiones hemorragia poscoito.

Es frecuente que en la horquilla vulvar y en la región perianal coexista condilomas acuminados. (57).

Los condilomas genitales se observan a todas las edades, el máximo de frecuencia se sitúa entre 17 y 33 años, y el promedio es de 22 años.

El papiloma virus HPV 1, agente patógeno de verrugas plantares, y de HPV 2, causa de las verrugas vulgares.

Los virus causantes de condilomas venéreos son dos tipos de papiloma virus (HPV): HPV 6 y HPV 2. Ambos tienen un tropismo casi exclusivo por la esfera genital y anal. HPV 6 es más frecuentemente causa de lesiones vulvares en las infecciones cervicales de tipo de condilomas planos.(58).

Los condilomas floridos y planos pueden ser causados por diferentes tipos de virus. (59).

El período de incubación para la aparición de la enfermedad clínica después de la exposición varía desde cuatro a seis semanas hasta varios meses.

Durante el tratamiento, la paciente debe mantener el área tan limpia como sea posible y abstenerse del coito, o hacer que su conyugue use preservativo. (60).

1.9.1.1 Tratamiento.

La mucosa absorbe fácilmente medicamentos instalados en la vagina y el recto, y la vejiga se puede afectar con el tratamiento enérgico.

La crema de fluoruracilo al 5% es eficaz en el tratamiento de displasia y carcinoma in situ de la bóveda vaginal y en la erradicación de verrugas condilomatosas, particularmente en el caso de lesiones tempranas. El crecimiento florido de los condilomas vaginales en el embarazo puede ser indicativo de cesárea a fin de evitar la hemorragia y distocia de los tejidos blandos. Puede ocurrir papiloma laríngeo y condiloma vulvar en la descendencia después de un parto vaginal. La electrocoagulación, crioterapia o terapéutica con láser deben utilizarse antes de la semana 32 de la gestación a fin de evitar la necrosis postratamiento que dura entre cuatro y seis semanas. (61).

1.9.2. Herpes Virus.

Dentro de los virus herpes simple existen dos tipos: el 1

y 2; éste último es el que puede producir vulvovaginitis, el tipo 1 suele desencadenar procesos de estomatitis, ampollas febriles, lesiones en general de localización fundamental bucofaringea.

El virus tipo 2 tiene una característica realmente curiosa es su tendencia a permanecer en el organismo en estado latente, en el lugar de la infección primaria, activandose a intervalos regulares. La infección produce una erosión y ahí es donde ocurre la multiplicación del virus. (62).

La importancia de las infecciones por herpes virus genital se relaciona con su asociación a una elevada frecuencia de carcinoma cervical tardío, el peligro de muerte fetal o infecciones neonatales, recaídas, incluso a todo lo largo de la vida del enfermo. En los casos característicos de infección produce múltiples lesiones genitales vesiculares, que ocasionalmente se convierten en úlceras superficiales y dolorosas.

Las vesículas del herpes virus genital son tan típicas que el diagnóstico a menudo se hace solo con verlas. Las vesículas que no se han abierto son pequeñas (2-5 mm) y superficiales, no sangran cuando se les raspa y son sumamente sensibles, finalmente se pueden juntar para formar una úlcera irregular que contrasta con las uniformemente redondeadas del chancro sifilitico. Sin embargo, cuando se presentan lesiones ulceradas, debe descartarse la posibilidad de sífilis mediante estudios adecuados. Las lesiones producidas por el herpes genital fácilmente puede infectarse de

manera secundaria por Candida o estreptococos. Es grande el riesgo que tiene el feto de una mujer embarazada que padece esta enfermedad, como la infección puede transmitirse en el útero, la mayoría de las infecciones neonatales se deben al contacto con una lesión genital activa durante el parto vaginal, por lo tanto es recomendable hacer cesárea en estos casos, de preferencia dentro de las 4 horas que siguen a la ruptura de la fuente, esto reducirá bastante aunque no eliminará todo el peligro de contagio neonatal; que generalmente termina en muerte por viremia.

La asociación entre el herpes genital y el carcinoma cervical es tan evidente que la cervicitis por herpes virus puede considerarse como una lesión premaligna, ello explica porqué estas pacientes deben ser vigiladas de por vida mediante un papanicolau anual para detección temprana en caso de cáncer cervical.

Las lesiones por herpes genital casi siempre sanan de manera espontánea en pocas semanas. Sin embargo algunas personas, quizás más de las que se suponen son susceptibles de padecer erupciones cutáneas infecciosas recurrentes durante años y quizás de por vida. Dichos cuadros pueden ser precipitados, por muy diversos factores, desde tensión emocional, enfermedades físicas, sobreexposición al sol, el calor, el frío, la luz, efectos hormonales. (63).

La transmisión del virus es siempre por contacto directo de persona a persona, pero a pesar de ello no se le clasifica como

enfermedad venérea, aunque el hecho real es que el herpes simple tipo 2 se contagia preferentemente en el acto sexual.(64).

1.9.2.1. Cuadro Clínico.

El herpes genital se manifiesta aproximadamente de 3-7 días con:

- * Lesiones vesiculares que ocasionalmente se convierten en úlceras superficiales y dolorosas.
- * Prurito, este puede ser intenso y doloroso, el resecaado suele agravar el problema.
- * Fiebre.
- * Dispareunia.
- * Malestar general.
- * Cefalalgias.
- * Leucorrea acuosa profusa.
- * Dolor genital local.
- * Disuria, esta puede ser tan fuerte que hay incapacidad para orinar, siendo necesario hacer sondeos vesicales.
- * A veces hay sangrado vaginal.
- * Linfadenopatía inguinal bilaterar, dolorosa.
- * Sensación de quemazón genital. (65).

En la vagina el estadio ampolloso es muy breve o incluso inexistente, pero pueden aparecer úlceras superficiales agrupadas, con edema, facilmente sangrantes ante cualquier pequeño traumatismo (especulo), hecho que puede originar sospechosos de un proceso maligno. Estas áreas ulceradas pueden ser muy pequeñas o muy extensas. El medio humedo de la vagina y el traumatismo del coito explican aquella rotura rápida de las vesículas. (66)

1.9.2.2. Tratamiento.

No se conoce ningún tratamiento efectivo para el herpes genital y su manejo se dirige a aliviar los síntomas. Los analgésicos, el uso de ropa suave y de preparaciones calmantes tópicas pueden proporcionar algún alivio pero estos últimos deben usarse solamente durante poco tiempo para evitar reacciones de sensibilización.

Se puede aplicar una dosis delgada en las lesiones de Idoxuridina cada hora durante el primer día y después cada 4 horas.(67).

Pomada de Aciclovir (zovirax) reduce el dolor y acorta el tiempo en que la paciente con herpes puede infectar a otros.

Aciclovir por vía bucal en cápsulas interfieren con el proceso de reproducción del virus, y con ello reducen las recurrencias. Se recomienda para quienes hayan tenido recurrencias repetidas.(68).

1.10. Displasia Cervical.

La formación normal de un tejido se denomina Euplasia (eu,bien, y plasia, formación).

En el caso concreto del epitelio escamoso del cuello uterino quiere decir que se forma un epitelio plano estratificado con madurez y diferenciación normales.

Noción opuesta es la Anaplasia (producción de tejido sin estructura), que indica la pérdida de la maduración y la diferenciación celulares, con lo que puede llegar a la formación de

un tejido nuevo de carácter atípico, maligno, o neoplasia maligna. Sin llegar a estos extremos, tan sólo con la pérdida de la armonía que normalmente debe reinar entre los procesos de maduración y diferenciación, entraremos a un terreno intermedio, etapas del gris que denominamos displasia, terreno que será de mayor a menor envergadura según sea el grado de desequilibrio producido por los trastornos de maduración y diferenciación que nos ocupan.

Displasia se definió en Viena por el comité de definiciones histológicas como "El trastorno de diferenciación que puede aparecer por vía directa o metaplásica en el epitelio cervicouterino de revestimiento, tanto en la superficie como en las glándulas".

"Displasia: Todo epitelio escamoso metaplásico o no, con alteraciones de la maduración y de la diferenciación, sin el grado necesario para construir un carcinoma in situ".

Cualquiera de las definiciones no nos satisface plenamente; sin embargo, hay unos conceptos que pueden ser aceptados de manera unánime como punto de partida para el estudio:

- a) Que las displasias pueden retroceder, pero así mismo pueden progresar.
- b) Que el carcinoma in situ no se instala de modo repentino, sino precedido de alteraciones displásicas.

El origen de las displasias, como el del cáncer de cuello

uterino, es desconocido, pero existen posibles factores predisponentes tales como: al parecer las relaciones sexuales tienen vinculación con el cáncer del cuello, lo cual involucra en la génesis de éste una serie de aspectos tales como la promiscuidad, la multiparidad, la juventud en el primer parto, la falta de circuncisión. La frecuencia de dicha afección es más elevada en mujeres que han padecido enfermedades venéreas y en prostitutas. Si todos estos factores influyen en el cáncer de cuello, no cabe ninguna duda que tendrán injerencia en la presentación de procesos displásicos ya que hemos admitido que, por lo general, las displasias son un paso previo para aquél.

Hay otra serie de factores que, al parecer, desempeñan un papel en la presentación de las displasias. Entre ellos figura en primer plano la edad. En general, dichas displasias aparecen antes que el carcinoma in situ. La edad media de aparición de las de carácter grave está entre los treinta y los cuarenta años. Entre estas cifras y las que corresponden al carcinoma in situ hay una diferencia de tres a seis años.

Se han señalado , aunque no han sido demostradas, acciones hormonales, metabólicas y traumáticas, posibles predisponentes todas ellas del proceso displásico. En las historias clínicas de las pacientes con displasias del cuello uterino es frecuente encontrar el antecedente de procesos inflamatorios recidivantes. Algunos autores han involucrado a las trichomonas (Meisels, 1968) como presuntos agentes que producen el carcinoma

cervical. Algo semejante podemos afirmar respecto a los procesos víricos, fundamentalmente a los condilomas acuminados y a los causados por herpes simple tipo 2. Los anticuerpos de éste último se han encontrado más a menudo en mujeres con cáncer de cuello que en el resto de la población. Es posible, por lo tanto, que haya relación entre los virus y los procesos displásicos, pero es necesario recordar que no siempre es fácil diagnosticar procesos víricos del cuello uterino. No todos los centros de investigación son capaces de cultivar los virus y en muchas ocasiones la no permite diferenciar las alteraciones víricas de las displásicas.

1.10.1 Clasificación de las Displasias del Cuello Uterino.

Koss 1970 hace una clasificación de las displasias intraepiteliales según grados:

Grado I (displasia leve).

Grado II (displasia moderada).

Grado III (displasia grave):

Grado IV (carcinoma in situ más indiferenciado y anaplásico).

Delimita la localización y la profundidad de la lesión según las líneas de Allen y Friedeil. Puede actuar el coito, las duchas y las medicaciones vaginales, en la presencia de lesiones cervicales y mostrar células atípicas, por lo que debe aconsejarse a los pacientes que se abstengan de dichas prácticas horas antes de la toma con un mínimo de 24 horas antes de la consulta durante la cual se procederá a la toma citológica.

Según el esquema de Van Potter, hay factores de "iniciación", capaces de transformar una célula normal en célula displásica; otros de "promoción" que convierten a ésta en una célula cancerosa dependiente, sensible aún a la acción de ciertos fármacos y hormonas, y, finalmente, otros de "progresión" con los que se llega a una célula cancerosa de crecimiento totalmente autónomo.

Como factores de Promoción y Progresión, han sido considerados los siguientes:

- 1.- La maternidad, a mayor número de hijos, mayor riesgo.
- 2.- La actividad sexual, es raro en las vírgenes y frecuente en las prostitutas. La tricomoniasis ha sido recientemente implicada. Por su parte, Coppleson y Reid consideran probable la fagocitosis del semen por parte las células metaplásicas. Según estos autores, las cabezas de los espermatozoides actuarían como sustancias mutágenas.
- 3.- La raza, las mujeres judías parecen más refractarias, quizá por la circuncisión del varón, que implica una higiene sexual mayor.
- 4.- La herencia, por lo menos en el terreno experimental.
- 5.- Las lesiones irritativas locales, que favorecen la reepitelización cervical atípica.
- 6.- Las deficiencias circulatorias locales, como ocurre en el cuello restante de una histerectomía subtotal.
- 7.- Los desequilibrios hormonales, de signo hiperestrogénico.
- 8.- Algunos virus, como el tipo II de herpes simple.

Como señala Zuckermann (1977), tratar la displasia, eliminar su existencia, es hacer profilaxis del cáncer de cuello uterino. Ese tratamiento va dirigido hacia dos aspectos. En primer lugar, el profiláctico, en el que debe aconsejarse una correcta higiene sexual, la no promiscuidad, no relaciones sexuales tempranas y fundamentalmente, la vigilancia periódica del cuello.

Con este control prevenimos una serie de procesos que pudieran contribuir a la formación de un epitelio displásico. Así, emplearemos tratamientos antiinflamatorios, antiparasitarios, hormonales, diatermocoagulaciones en caso de ciertas displasias leve-moderadas. Además, con las revisiones periódicas es cuando realmente podemos descubrir lesiones intraepiteliales. En segundo lugar, el tratamiento está orientado a la curación de las displasias graves, para el cual empleamos la conización o, en casos concretos, la histerectomía, pero nunca electrocoagulamos ni mantenemos la expectativa.

La mayoría de los estudios epidemiológicos valoran las relaciones sexuales como un factor importante en la eclosión del cáncer de cuello uterino. El inicio temprano de las relaciones sexuales (Wynder y Cols, 1954; Barron y Rechart, 1971), la actividad sexual con distintos compañeros, así como el nivel socioeconómico bajo (Clemensen y Cols; 1951) y la higiene defectuosa (Dorn y Cutler, 1959), son factores epidemiológicos importantes. Otros factores de menor importancia son: embarazo precoz, multiparidad,

cervicitis mal tratada, compañeros no circuncisos o promiscuos.

Se puede trazar el "biotipo" de la mujer de alto riesgo que se puede definir como casada precozmente o con inicio de vida sexual en la adolescencia, con distintos compañeros e higiene sexual defectuosa, perteneciendo además a un nivel socioeconómico bajo.

Por los estudios epidemiológicos en la raza judía, que tiene una baja incidencia de cáncer de cuello, así como en varones circuncisos, se elaboró la teoría de la acción cancerígena del esmegma, ya sea por estímulo directo o como vehículo de un agente infeccioso, cancerígeno por sí mismo (Demaille y Cols, 1978).

Diveros investigadores han querido establecer relación entre el carcinoma de cuello y diversas infecciones, tan sólo se puede admitir un cierto papel carcinético oncogénico, además del virus del herpes simple VHS tipo 2 al HPV 6 (papovavirus), responsable de la condilomatosis, aunque esta última hipótesis requiere confirmarse y se halla en vías de investigación (Quereux y Cols, 1981).

Diferentes estudios han permitido situar la edad media de incidencia del carcinoma cervical, observaciones de Galvin, Jones y de Te Linde (1945), Mc Kay y Hertig (1954) encuentran en 48 años la mayor incidencia de carcinoma invasor, siendo a los 38 años el pico más alto para el cáncer in situ y 35 años para los procesos de

hiperplasia epitelial atípica. Estos estudios demuestran que existe un período de "latencia" en la enfermedad neoplásica progresiva del cuello uterino que por término medio se sitúa en 10 años la evolución al proceso invasor. (69)

1.11. Técnica y requisitos para la toma de citología vaginal exfoliativa.

La prueba de papanicolaou, es un estudio citológico creado en 1920 por Gorge N. Papanicolaou, permite la detección temprana de cáncer cervical. Esta prueba, que practica un médico o una enfermera especialmente adiestrada, consiste en raspar secreciones de cuello uterino, extenderlas sobre una laminilla y de inmediato cubrir la laminilla con un rocío o solución fijadora para preservar la célula para tinción nuclear. La evaluación citológica permite conocer la madurez, morfología y actividad metabólica de las células.

Toda mujer sexualmente activa debe practicarse la técnica de papanicolaou por lo menos una vez al año.

La técnica no debe practicarse durante la menstruación, ni antes de que transcurran 48 horas de una ducha vaginal o de aplicación de medicamento en la propia vagina; así mismo se indicará a la mujer que usa diafragma, jaleas, espumas o cremas espermaticidas, que no se apliquen estos productos en las 48 horas que preceden a la cita para la práctica de la prueba mencionada.

1.11.1. Clasificación del aspecto de las células.

- I Negativo
- II Negativo, con proceso inflamatorio
- III Displasia leve (inicio I)
- IV Displasia moderada (inicio II)
- V Displasia grave (inicio III)

En caso que se diagnostique una infección (candidiasis o

tricomoniasis), ya que corresponde al resultado de la prueba II, se aplicará el tratamiento indicado y se repetirá la prueba después del mismo.

La mujer cuyo resultado de la prueba mencionada correspondan a la clase III, IV y V deberán someterse nuevamente a ella, de preferencia en el mismo ciclo menstrual. La repetición de la prueba cuyo resultado corresponde a la clase III o IV, irán seguidas a la prueba de Schiller o la colposcopia. (70)

1.11.2. Equipo y material

- Espéculo vaginal
- Guantes
- Abatelenguas
- Laminilla de vidrio
- Fijador
- Luz ajustable
- Sábanas
- Papelería

1.11.3. Técnica

1. Explique el procedimiento a la paciente y lávese las manos.
2. Prepare el material necesario para el procedimiento.
3. Pida a la paciente que orine para relajar los músculos.
4. Proteja la intimidad de la paciente y permita que se desvista por debajo de la cintura, luego pídale que se sienta en la mesa de examen y cubra la región genital.
5. Ponga a la paciente en posición de litotomía, con los pies en los estribos y las nalgas ligeramente más allá del borde de la mesa. Ajuste la sábana.

6. Ajuste la lámpara para iluminar con plenitud la zona genital.
7. Si usted mismo practica el procedimiento, póngase un guante en la mano dominante, luego tome el espéculo con la mano dominante y humedezca con agua tibia para facilitar la inserción. Evite el uso de la lubricación hidro-soluble, que pretende obstaculizar las pruebas del laboratorio exactas.
8. Advírtale a la paciente que usted se dispone a tocarla para, no asustarla. Luego con suavidad separar los labios con el pulgar e índice de la mano enguantada.
9. Pida a la paciente que respire varias veces con profundidad e incerte el espéculo en forma lateral, para después girarlo de modo que las hojas del espéculo toquen los bordes de la vagina. Una vez que se encuentre en el sitio, con lentitud abra las hojas para exponer el cuello uterino, luego trabaje las hojas en el sitio.
10. Incerte el abatelenguas a través del espéculo y rasque el fondo del saco posterior o fondo vaginal, zona que acumula células del endometrio, vagina y cuello uterino. Extienda la muestra sobre la laminilla marcada con las iniciales de la paciente y fijela de inmediato.
11. Destrabe el espéculo para facilitar su extracción y evitar el pellizco accidental de la pared vaginal; luego extraiga el espéculo girándolo en sentido contrario, de como se incertó de manera que quede en forma lateral.
12. Indicarle a la paciente que se vista con calma y contestar las preguntas referentes al llenado de la papelería. (71)

1.12. Participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en la prevención y tratamiento de las infecciones cervicovaginales.

HISTORIA NATURAL DE LAS INFECCIONES

(Bacterias, protozoarios, micoticos, virales)

CONCEPTO DE INFECCION CERVICAL: El termino vaginitis viene del latín (vagina-ae, itis) y quiere decir "inflamación de la vagina".

AGENTES: Bacteriano -Gardnerella Vaginalis, Clamydia
trachomatis, actinomyces.
Protozoario -Trichomona Vaginalis.
Micótico -Candida Albicans.
Viral -Herpes Virus, Virus del Papiloma Humano.

HUESPED: Mujeres en edad reproductiva y hombres no circuncidados.

MEDIO AMBIENTE: Estrato socioeconómico bajo, asinamiento, promiscuidad, prostitución.

MOLOGIA: Por contacto sexual, contaminación directa, uso de anticonceptivos, inmunodepresores y corticoides.

ACCION TISULAR:

- Bacterias: Es un agente intracelular que puede afectar las mucosas, causa erosión y úlceras, producen granulaciones superficiales y estenosis en los tejidos afectados cuando cicatrizan.
- Protozoarios: Parásito intracelular que después de atacar las células del epitelio columnar o transicional es fagocitado por

pinocitocis, los organismos intracelulares permanecen en el interior de una membrana fagosónica que las protege frente a la defensa del huésped y se multiplican hasta que ocupan la mayor parte de la célula y por último causan la ruptura de la misma.

- Micótico: El aumento del crecimiento de estos germen es está producido por un cambio en la resistencia del huésped o bien en la flora bacteriana local, la cual permite la proliferación de los germen es.
- Virus: Al tener contacto sexual con compañero que tenga lesiones herpéticas y esten desprendiendo el virus.

Causa lesiones en cuello uterino, vagina y genitales externos, aparecen múltiples vesículas y el área vecina está inflamada y edematosa, en la mayoría de las enfermas también está afectado el cuello uterino puede estar inflamado y edematoso y hay hemorragia con facilidad cuando se toca. Las lesiones pueden evolucionar a úlceras dolorosas.

SIGNOS Y SINTOMAS

- Viral: Hipertemia, anorexia, presencia de úlceras, papulas y vesículas en la región vulvar, prurito, fiebre, disuria, a veces sangrado vaginal, malestar general.
- Micóticos: Secreción blanquecina, acuosa, grumosa, con aspecto de requesón, olor ácido.
- Trichomonas: Secreción lechosa amarillenta, olor a pescado descompuesto, espumoso, disuria, edema, lesiones displásicas.
- Bacterias: Leucorrea, prurito intenso, dispareunia, ardor a la micción, erosiones y úlceras.

COMPLICACIONES EN GENERAL

- * Cambios en la superficie epitelial del cuello uterino y vaginal.
- * Cáncer cervicouterino.
- * Partos prematuros.
- * Prostatitis.
- * En el recién nacido puede haber conjuntivitis.
- * Viremia diseminada.

MUERTE: En el recién nacido por herpes diseminado y en la mujer por cáncer cervicouterino.

EDUCACION PARA LA SALUD Y PROTECCION ESPECIFICA:

- * Charlas sobre higiene personal y nutrición.
- * Charlas sobre limpieza perianal.
- * Charlas sobre el uso de prendas íntimas cómodas; el algodón blanco es más seguro que otras telas sobre todo durante el período de tratamiento.
- * Charlas sobre infecciones vaginales.
- * Charlas sobre higiene sexual.
- * Charlas sobre paternidad responsable.
- * Charlas sobre la importancia y finalidad del papanicolau 1 vez al año.
- * Evitar lavados irritantes, baño de burbujas y desodorantes vaginales.
- * Visitas periódicas al ginecologo.
- * Que la pareja cumpla el tratamiento como lo indica el médico.
- * Evitar el coito durante la infección.
- * Uso de condón si se reanudan las relaciones sexuales antes de

completar el tratamiento.

- * Evitar tener varias parejas sexuales.

DIAGNOSTICO:

- Exploración física.
- Historia clínica.
- Papanicolaou.
- Estudio serológico
- Estudio citológico.
- Tinción de Gram de Giemsa.
- Cultivo de moco cervical.
- Cultivo de orina.

TRATAMIENTO:

Este se dará de acuerdo a la lesión y al agente causal.

- Bacterias: Metronidazol.
- Trichomonas: El tratamiento es dirigido a ambos compañeros sexuales con Metronidazol.
- Clamidia: Eritromicina, Dicloxacilina.
- Virus: Analgésicos, Aciclovir, Idoxuridina.
- Hongos: Miconazol o Micostatin.

LIMITACION DEL DAÑO:

- * Diagnóstico y tratamiento oportuno.
- * Abstinencia sexual durante la infección.
- * Mantener relaciones sexuales con un solo compañero.
- * Buena higiene personal y sexual.
- * Realización del papanicolaou c/6 meses si es necesario.
- * Buena nutrición.

* Uso de preservativo.

REHABILITACION:

- Apoyo psicológico.
- Radiaciones.
- Quimioterapia.

PARTICIPACION DE ENFERMERIA

A) Alivio del dolor y corrección de la secreción anormal.

- Reducir la irritación y las molestias locales explicando a la gente como aplicar los medicamentos prescritos en la zona afectada según su naturaleza (pomada, óvulos, etc.).
- Fomentar la limpieza con un cuidado meticuloso después de orinar y defecar.
- Ayudar a la paciente a identificar los factores desencadenantes.
- Revisar las medidas higiénicas necesarias para no fomentar la reinfección.

B) Régimen de tratamiento para estados anormales de la vagina.

- Decir al paciente porqué debe estar limpia la zona perineal antes de aplicar las pomadas y los demás medicamentos prescritos.
- Resaltar la importancia de respetar el programa recomendado para tomar los medicamentos.
- Subrayar la importancia de acudir a las citas para control vaginal.

C) Práctica de los cuidados adecuados para la higiene vaginal

- Insistir en el procedimiento correcto de limpiar de adelante hacia atrás después de orinar y defecar.
- Insistir en la paciente que mantenga la zona genital seca, recordándole que use ropa interior fresca, limpia, poco ajustada y que la cambie diariamente.
- Insistir en el uso de preservativo mientras se lleva a cabo el tratamiento.

1.13.C I T A S B I B L I O G R A F I C A S

- (1) Dr. Jesús Kumate Rodríguez, Estrategia de Extensión de Cobertura, pp 1-8
- (2) Trabajo de Investigación de la Jurisdicción No. 2 de Zamora Mich. pp 11-16
- (3) Héctor Mondragón Castro Obstetricia Básica Ilustrada, pp 12-13
- (4) Tortora Anastakos. Principios de Anatomía y Fisiología, pp 940
- (5) Benson Ralph C, Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstétrico, pp 11
- (6) Héctor Mondragón op. cit. pp 13
- (7) Benson Ralph op. cit. pp 12, 13
- (8) Héctor Mondragón op. cit. pp 13, 14
- (9) Tortora Anastakos op. cit. pp 941
- (10) Héctor Mondragón op. cit. pp 14
- (11) Benson Ralph op. cit. pp 14
- (12) Héctor Mondragón op. cit. 14
- (13) Benson Ralph op. cit. pp 14
- (14) Héctor Mondragón op. cit. 14
- (15) Tortora Anastakos op. cit. pp 941
- (16) Héctor Mondragón op. cit. 14
- (17) Benson Ralph op. cit. pp 15
- (18) Héctor Mondragón op. cit. pp 14
- (19) Tortora Anastakos op. cit. 942
- (20) Héctor Mondragón op. cit. pp 15
- (21) Mackary Sexualidad Humana pp. 54
- (22) Héctor Mondragón op. cit. pp 15
- (23) Tortora Anastakos op. cit. 940
- (24) Brunner Manual de la Enfermera pp 649
- (25) Tortora Anastakos op. cit. 940

TESIS SIN PAGINACION

COMPLETA LA INFORMACION

1.13.C I T A S B I B L I O G R A F I C A S

- (1) Dr. Jesús Kumate Rodríguez, Estrategia de Extensión de Cobertura, pp 1-8
- (2) Trabajo de Investigación de la Jurisdicción No. 2 de Zamora Mich. pp 11-16
- (3) Héctor Mondragón Castro Obstetricia Básica Ilustrada, pp 12-13
- (4) Tortora Anastakos. Principios de Anatomía y Fisiología, pp 940
- (5) Benson Ralph C. Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstétrico, pp 11
- (6) Héctor Mondragón op. cit. pp 13
- (7) Benson Ralph op. cit. pp 12, 13
- (8) Héctor Mondragón op. cit. pp 13, 14
- (9) Tortora Anastakos op. cit. pp 941
- (10) Héctor Mondragón op. cit. pp 14
- (11) Benson Ralph op. cit. pp 14
- (12) Héctor Mondragón op. cit. 14
- (13) Benson Ralph op. cit. pp 14
- (14) Héctor Mondragón op. cit. 14
- (15) Tortora Anastakos op. cit. pp 941
- (16) Héctor Mondragón op. cit. 14
- (17) Benson Ralph op. cit. pp 15
- (18) Héctor Mondragón op. cit. pp 14
- (19) Tortora Anastakos op. cit. 942
- (20) Héctor Mondragón op. cit. pp 15
- (21) Mackary Sexualidad Humana pp. 54
- (22) Héctor Mondragón op. cit. pp 15
- (23) Tortora Anastakos op. cit. 940
- (24) Brunner Manual de la Enfermera pp 649
- (25) Tortora Anastakos op. cit. 940

- (26) Héctor Mondragón op. cit. pp 15, 16
- (27) Tortora Anastakos op. cit. pp 933, 934
- (28) Héctor Mondragón op. cit. pp 16
- (29) Alfonso Fernández Cid, Luciano López Marín. Citopatología Ginecológica y mamaria. pp 11
- (30) Héctor Mondragón op. cit. 18, 19
- (31) Tortora Anastakos op. cit. pp 929
- (32) Mackary op cit. pp 52
- (33) Tortora Anastakos op. cit. 916
- (34) Héctor Mondragón op. cit. 22
- (35) Tortora Anastakos op. cit. pp 915
- (36) Alfonso Fernández op. cit. pp 5-7
- (37) Héctor Mondragón op. cit. pp 381
- (38) Benson Raplh op. cit. pp 629, 630, 655
- (39) Héctor Mondragón op. cit. pp 382, 383
- (40) Alfonso Fernández op. cit. pp 73
- (41) Héctor Mondragón op. cit. pp 152
- (42) Alfonso Fernández op cit. pp 74
- (43) Benson Ralph op. cit. pp 655
- (44) Héctor Mondragón op. cit. pp 152, 153, 510
- (45) Benson Ralph op. cit. pp 655
- (46) F. Bonilla-Musoles. El cuello uterino y sus enfermedades. pp 364-365
- (47) Héctor Mondragón op. cit. pp 153
- (48) Alfonso Fernández op. cit. pp 89
- (49) Alfonso Fernández op. cit. pp 89-92
- (50) Benson Ralph op. cit. pp 167
- (51) Núñez Macel Eduardo, Ginecología y Obstetricia, pp 722
- (52) Williams, Obstetricia. pp 51

- (53) Brunner op. cit. pp 651
- (54) Alfonso Fernández op. cit. 82
- (55) Brunner op. cit. pp 652
- (56) Bensson op. cit. pp 655
- (57) Fernández op. cit. pp 100
- (58) J. Hewitt, M Pelisse, B Paniel. Enfermedades de la Vulva. pp 41-42
- (60) Bensson op. cit, pp 168
- (61) J. Hewitt op. cit. pp 42
- (62) Bensson op. cit. pp 169
- (63) Fernández op. cit. pp 103
- (64) Bonilla op. cit. pp 720-722
- (65) Fernández op. cit. pp 103
- (66) Bensson op. cit. pp 168
- (67) Fernández op. cit. pp 104
- (68) Bonilla op. cit. pp 720-722
- (69) Brunner op. cit. pp 655
- (70) Hawkins Enfermería Ginecología y Obstetricia, pp 586
- (71) H. K. Hamilton M. B. Rose, Procedimientos de Enfermería, pp 789

2. RESULTADOS

CUADRO No. 1

AGENTE CAUSAL CON RELACION AL RESULTADO DE LA CITOLOGIA

AGENTE	TIPO DE DISPLASIA				F.	%
	NEG. CON P.I.		DISPLASIA LEVE			
	F.	%	F.	%		
V. PAPILOMA	1	0.0	-	-	1	0.0
TRICHOMONA	0	6.5	-	-	0	6.5
BACTERIA	59	47.5	1	0.0	60	48.3
HONGO	7	5.6	-	-	7	5.6
MIXTO	7	5.6	-	-	7	5.6
SIN ESPECIFICAR	39	31.5	2	1.7	41	33.2
TOTAL	121	97.5	3	2.5	124	100.0

FUENTE: INFORMACION OBTENIDA DE LOS CUESTIONARIOS APLICADOS EN EL ESTUDIO "FACTORES QUE DETERMINAN LA PRESENCIA DE INFECCIONES CERVICOVAGINALES EN MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA". EN LOS MODULOS DE COTIJA, CHILCHOTA E IXTLAN EN ZAMORA MICH. APLICADOS DE FEBRERO- AGOSTO DE 1994.

OBSERVACION: NPI = NEGATIVO CON PROCESO INFLAMATORIO

La relación que existe entre el tipo de lesión con el agente causal es de 97.5% para los procesos inflamatorios negativos y un 2.5 para displasias leves.

Dentro de los procesos inflamatorios el agente causal predominante, son las bacterias con 47.5% dentro del cual, se encuentra una displasia originada por el mismo agente. En orden de frecuencia se encuentran los procesos inflamatorios con 31.5% de los cuales se desconoce el agente biológico; dentro de estos se clasifican dos displasias no especificando su origen, el siguiente es de 6.5% perteneciente al proceso inflamatorio desencadenado por tricomonas; en lo que consierne a hongos y mixto (bacterias y hongos) es de 5.6% homogéneo en cada uno de ellos y por último se encuentra el virus del papiloma humano (V.P.H) 0.8%.

(Ver cuadro No. 1)

Como se puede observar los procesos infecciosos del aparato sexual femenino están dados principalmente por los agentes patógenos, bacterias (clamydia trachomatis), trichomonas (trichomonas vaginalis) y monilias (candida albicans), ya que estos se inclinan por un medio con características favorables para su reproducción.

Existen otros factores causantes de vaginitis, como la irritación mecánica de la vagina ocasionada por cuerpos extraños (tampones, condones, diafragmas y DIU), el empleo de sustancias químicas utilizadas en lavados vaginales, desodorantes, también se consideran como un factor predisponente, la disminución de los niveles hormonales y la sudoración excesiva. Otras causas por las

cuales se adquieren en forma mecánica son las relaciones sexuales excesivas y prolongadas, períodos de abstinencia largos e inicios repentinos y frecuentes.

En lo referente a los casos de displasia únicamente se encontraron tres casos, pero traspolando éste estudio a nivel nacional resultaría alarmante los resultados que se obtubieron, ya que en general dichas displasias aparecen antes del carcinoma in situ, habiendo una diferencia aproximada de 10 años entre la aparición de la displasia grave y el cáncer.

CUADRO No. 2
EDAD CON RELACION AL AGENTE CAUSAL

A G E N T E	E D A D												F.	%
	17 - 25		26 - 33		34 - 41		42 - 49		50 - 57		58 - 66 +			
V. PAPILOMA	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%		
TRICHOMONA	1	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.0
BACTERIA	*13	10.5	22	17.7	11	0.0	7	5.6	3	2.4	4	3.2	60	48.2
HONGO	2	1.6	1	0.0	3	2.5	-	-	-	-	1	0.0	7	5.7
MIXTO	1	0.0	3	2.5	3	2.5	-	-	-	-	-	-	7	5.0
SIN ESPECIFICAR	10	0.0	* 9	7.2	13	10.4	3	2.5	1	0.0	5	4.0	41	32.9
T O T A L	20	22.5	36	29.0	33	26.7	13	10.6	4	3.2	10	0.0	124	100.0

FUENTE: Ibidem Cuadro No. 1

OBSERVACION. LOS ASTERISCOS (*) SON LAS 3 DISPLASIAS LEVES, UNICAMENTE UNA DE ELLA FUE ORIGINADA POR EL AGENTE BACTERIANO, LAS OTRAS DOS SE ENCUENTRAN DENTRO DE LOS INESPECIFICOS.

Considerando la edad con relación al agente causal, se encontró en el rubro de bacterias un 17.7% correspondiente al grupo de edad de 26 a 33 años, incluyendo en el grupo un caso de displasia. El 8.8% es para la edad de 34 a 41 años, el resto se encuentra distribuido de la siguiente manera: De 42 a 49 años 5.6% y de 58 a 60 años o más un 3.2%. En segundo término se encuentran los procesos inflamatorios sin agente específico, ocupando 10.4% en el grupo de edad de 34 a 41 años, siguiéndole con un 8% las edades de 17 a 25 años y con un 7.2% en la edad de 26 a 33 años incluyendo en esta edad las otras dos displasias. Los otros no son muy representativos, ya que sólo el 4% corresponde al grupo de edad de 58 a 66 años siguiéndole el grupo de 42 a 49 años con sólo 2.5% en ambos y únicamente 0.8% corresponde a la edad de 50 a 57 años. En lo que se refiere al agente causal por hongos, vemos que en el grupo de edad de 34 a 41 años se obtiene un 2.5%, continuándole con 1.6% perteneciente al grupo de 17 a 25 años, tan sólo 0.8% se encuentra dentro de los grupos de edad de 26 a 33 años y 58 a 66 años o más de manera análoga. En la clasificación mixta de los agentes biológicos, tienen una similaridad de 2.5% los grupos de 26 a 33 años y 34 a 41 años. Por último en la clasificación del virus de papiloma humano, sólo se encontró un porcentaje de 0.8% para el grupo de edad de 17 a 25. (Ver cuadro No. 2)

La mayor parte de la población encuestada se encuentra dentro de los grupos de edad de 17 a 41 años los cuales tienen los casos más severos dentro de los parámetros establecidos lo cual tiene gran importancia, porque se trata de personas jóvenes en edad reproductiva y económicamente activas para el desarrollo personal, familiar y del país.

CUADRO No. 3

FRECUENCIA CON QUE SE REALIZA EL BAÑO PERSONAL CON RELACION AL AGENTE CAUSAL

A G E N T E	FRECUENCIA DEL BAÑO CORPORAL DE LA SRA.								F	%
	DIARIO		CADA 3 DIAS		CADA SEMANA		MAS DE 8 DIAS			
	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%		
V. PAPILOMA	-	-	-	-	1	0.8	-	-	1	0.8
TRICHOMONAS	1	0.8	7	5.6	-	-	-	-	8	6.4
BACTERIAS	11	8.8	* 39	31.4	10	8.0	-	-	60	48.2
HONGOS	-	-	5	4.5	2	1.6	-	-	7	5.1
MIXTO	3	2.4	4	3.2	-	-	-	-	7	5.6
SIN ESPECIFICAR	8	6.4	* 30	24.1	3	2.4	-	-	41	32.9
T O T A L	23	18.4	85	68.8	16	12.8	-	-	124	100

FUENTE: *Ibidem* CUADRO No. 1

La mayor frecuencia en el baño personal con relación al agente causal se encuentra en la clasificación de bacterias, obteniendo a las personas que tienen el hábito de bañarse cada 3 días con un 31.4% y similar con 8.8%, las personas que se bañan diario y 8% las que lo hacen cada semana. En lo que se refiere al agente inespecífico tiene mayor prevalencia las personas que se bañan cada 3 días con un 24.1% y en menor escala las que se bañan diario con un 6.4% y en orden de secuencia las que realizan cada semana con 2.4%. En las tricomonas la mayor prevalencia, lo ocupan las personas que se bañan cada 3 días con 5.6% y sólo 0.8%, es para los que lo realizan diario. En las enfermedades causadas por hongos y mixtos, su mayor predominio recaé en las personas que se bañan cada 3 días con un 4.5%, en los casos por hongos, y 3.2% en los mixtos, tomando su menor porcentaje en ambos de 2.4% en el mixto es para las personas que se bañan diario y 1.6% para los hongos en las personas que lo llevan a cabo cada semana. Y por último el 0.8% está dentro de las personas que se bañan cada semana por el agente del virus del papiloma humano.

(Ver cuadro No. 3).

Se observa que la mayoría de las personas encuestadas se bañan cada 3 días, de acuerdo a los resultados se puede deducir, que no es un factor predisponente en la presencia de infecciones cervicovaginales es este grupo, tal vez puede ser por el tipo de agua que se utiliza, ya que nos percatamos, que hay gente que se baña con agua que utilizan para diversas actividades (entre ellas lavar en forma conjunta, asear y dar de beber a los animales) y lo cual afecta en los resultados de las citologías tomadas

observándose que predomina la bacteria "actinomyce", que se encuentra en el ganado vacuno y esto nos dice, que es un medio de contaminación del agua de uso, dando infecciones cervicovaginales asintomáticas por este tipo de agente biológico.

CUADRO No. 3 (BIS)

FRECUENCIA CON QUE SE REALIZA EL BAÑO PERSONAL CON RELACION AL AGENTE CAUSAL

A G E N T E	FRECUENCIA DEL BAÑO CORPORAL DEL SR.								F.	%
	DIARIO		CADA 3 DIAS		CADA SEMANA		MAS DE 8 DIAS			
	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%		
V. PAPILOMA	-	-	-	-	1	0.8	-	-	1	0.8
TRICHOMONAS	1	0.8	6	5.0	-	-	1	0.8	8	6.6
BACTERIAS	15	12.0	32	26.0	* 13	10.4	-	-	60	48.4
HONGOS	-	-	1	0.8	4	3.3	2	1.6	7	5.7
MIXTO	3	2.4	3	2.4	1	0.8	-	-	7	5.6
SIN ESPECIFICAR	11	8.8	25	20.1	* 5	4.0	-	-	41	32.9
T O T A L	30	24.0	67	54.3	24	19.3	3	2.4	124	100

FUENTE: Ibidem CUADRO No. 1

La frecuencia del baño corporal del señor en relación al agente causal se obtienen los siguientes datos: En primer lugar se encuentran las bacterias, en los señores que se bañan cada 3 días con 26%, con 12% los que lo llevan a cabo diario y sólo 10.4% en los que los realizan cada semana. En segundo lugar se encuentran los agentes inespecíficos con 20.1% para los que lo acostumbran cada 3 días, de 8.8% para los que se bañan diario y el resto para los que los hacen cada semana con un 4%. En tercer lugar están presentes las tricomonas dando un 5% en los que se asean cada 3 días y para los que lo hacen diario o cada 8 días, tienen un 0.8% de manera análoga. En cuarto lugar se encuentran los hongos con un 3.3% para los que entran dentro del rubro de cada semana, 1.6% para el grupo de más de 8 días y por último con 0.8% cada 3 días. En quinto lugar está el agente por causa mixta que tiene una igualdad de 2.4% para los que se bañan diario y cada 3 días y de 0.8% para los que lo llevan a cabo cada semana, de la misma manera que en el papiloma.

(Ver cuadro No. 3 Bis)

Como se puede ver hay una similitud con los resultados obtenidos por parte de las señoras y sus parejas en cuanto a la frecuencia del baño personal, pero no se puede asegurar que las señoras que se bañan cada 3 días corresponda a los señores que lo realicen el mismo día; ya que éste mismo rubro es el que predominó en ambos, encontrándose la misma situación en los siguientes parámetros.

CUADRO No. 4

REALIZACION DE ASEO DE MANOS ANTES DEL ACTO SEXUAL POR LA PAREJA
CON RELACION AL AGENTE CAUSAL

A G E N T E	ASEO DE MANOS ANTES DEL ACTO SEXUAL				F.	%
	SI		NO			
	F.	%	F.	%		
V. PAPILOMA	-	-	1	0.8	1	0.8
TRICHOMONA	3	2.4	5	4.0	8	6.4
BACTERIA	31	25.0	* 29	23.3	60	48.3
HONGO	-	-	7	5.9	7	5.9
MIXTO	4	3.2	3	2.4	7	5.6
SIN ESPECIFICAR	23	18.5	* 18	14.5	41	33.0
T O T A L	61	49.1	63	50.9	124	100.0

FUENTE: Ibidem Cuadro No. 1

* DISPLASIAS LEVES

En cuanto a la realización de aseo de manos antes del acto sexual por la pareja, se observa que un 25% si lo practica mientras que un 23.3% no, en estos se encontró el proceso inflamatorio determinado por el agente bacteriano; luego le sigue el agente inespecífico con un 18.5% que si lo llevan a cabo y sólo 14.5% no lo hace. Otro agente causal, son las tricomonas, su porcentaje mayor es de 4% las que no se lavan las manos y el menor con 2.4%. En cuanto al agente mixto, la mayor inclinación se encuentra dentro de los que si, con un 3.2% y el restante que no, con 2.4%, dentro de este mismo grupo de individuos se encuentra el papiloma con 0.8% y los hongos con 5.9% ambos en su totalidad.

(Ver cuadro No. 4)

En relación a los resultados se puede decir que el aseo de manos no representa importancia como agente mecánico en la presencia de infecciones cervicovaginales, ya que se obtuvo resultados casi similares, pero hay que tomar en cuenta la veracidad en su respuesta de las personas y el tipo de agua que utilizan para ésta variable ya que se considera fuente importante de microorganismos ambientales por su constante manipulación de múltiples objetos y sustancias.

CUADRO No. 5

FRECUENCIA DEL CAMBIO DE ROPA INTERIOR DE LA SRA. CON RELACION
AL AGENTE CAUSAL

A G E N T E	CAMBIO DE ROPA INTERIOR DE LA SRA.						F	%
	DIARIO		CADA 3 DIAS		CADA SEMANA			
	F.	%	F.	%	F.	%		
V. PAPILOMA	-	-	1	0.8	-	-	1	0.8
TRICHOMONAS	1	0.8	7	6.8	-	-	8	6.8
BACTERIAS	19	15.3	* 31	25.0	10	8.0	60	48.3
HONGOS	-	-	4	3.2	3	2.4	7	5.6
MIXTO	5	4.0	2	1.6	-	-	7	5.6
SIN ESPECIFICAR	13	10.4	24	19.3	* 4	3.2	41	32.9
T O T A L	38	30.5	69	55.9	17	13.6	124	100

FUENTE: Ibidem CUADRO No. 1

En la frecuencia del cambio de ropa interior de la señora con relación al agente causal bacteriano, se obtiene un 25% para las personas que lo hacen cada 3 días, el 15.3% en las del diario y un 8% en su cambio de cada semana. En cuanto a los procesos inflamatorios inespecíficos se obtienen un 19.3% en los que se cambian cada 3 días, de las que lo realizan diario 10.4% y 3.2% en la frecuencia de cada semana. En lo que se refiere a tricomonas el 6%, su cambio es cada 3 días y 0.8% las de diario. La mayor incidencia en hongos con 3.2% es de cada 3 días, en cambio para las de cada semana obtubieron 2.4%, en el mixto se localiza un 4% en el cambio diario y el restante de 1.6% en cada 3 días. Y un mínimo de 0.8% en cada 3 días en el agente del papiloma.

(Ver cuadro No. 5)

La mayoría de las personas se inclinan por el cambio de ropa cada 3 días, siguiéndole las que lo hacen diario y por último las que lo realizan cada semana, esto nos lleva a decir que a mayor frecuencia, mayor riesgo de presentar una infección, estando acorde con respecto a la bibliografía consultada; ya que dice que a mayor higiene, menor la presencia de infecciones. Pero en este caso algunas personas lavan la ropa con agua contaminada (ojo de agua) y la tienen en lugares no adecuados (piedras, en el pasto y en los arroyos

FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 5 (BIS)

FRECUENCIA DEL CAMBIO DE ROPA INTERIOR DEL SR. CON RELACION AL AGENTE CAUSAL

AGENTE	DANO DEL SRA.						F.	%
	SI		NO		A VECES			
	F.	%	F.	%	F.	%		
V. PAPILOMA	-	-	1	0.8	-	-	1	0.8
TRICHOMONA	2	1.6	5	4.0	1	0.8	8	6.4
BACTERIA	18	14.5	* 30	24.2	12	9.7	60	48.4
HONGO	-	-	7	5.6	-	-	7	5.6
MIXTO	5	4.0	2	1.6	-	-	7	5.7
SIN ESPECIFICAR	17	13.7	* 19	15.4	5	4.0	41	33.1
TOTAL	42	33.8	64	51.6	18	14.5	124	100.0

FUENTE: Ibidem Cuadro No. 1

* DISPLASIAS LEVES

La frecuencia de cambio de ropa en el señor en relación con el agente bacteriano se obtuvo 24.1% para los de cada 3 días, 15.3% para diario, 9% en cada semana. en los procesos inespecíficos un 22.5% en cada 3 días, 7.2% en diario, sólo 3.2% semanalmente; referente a tricomonas el 5% recae en cada 3 días, 0.8% homologamente en diario y cada semana, en lo que corresponde a hongos un 2.4% en terciado, 3.2% en cada semana; en el mixto 4% pertenece a diario y 0.8% de manera idéntica en cada 3 días y cada semana, tan sólo 0.9% le toca al VPH.

(Ver cuadro No. 5 Bis)

El resultado en ambos cuadros es similar, en cuanto a frecuencia del cambio de ropa interior, sin poder asegurar que los señores correspondan a las parejas femeninas, que se encuentran en cada variable. Esto indica que no es un factor determinante en las cervicovaginitis, más bien, lo son las condiciones, como se realiza el lavado de la prenda.

CUADRO No. 6

TIPO DE TELA DE LA ROPA INTERIOR DE LA SRA. CON RELACION AL AGENTE CAUSAL

AGENTE	TIPO DE TELA DE LA ROPA INTERIOR										F.	%
	LYCRA		ALGODON		LYCRA Y ALGODON		NYLON		NYLON Y ALGODON			
	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%		
V. PAPILOMA	-	-	1	0.8	-	-	-	-	-	-	1	0.8
TRICHOMONA	4	3.2	-	-	1	1	-	-	3	2.4	8	6.6
BACTERIA	17	14.0	15	12.0	1	9.0	9	7.2	* 8	6.4	60	40.6
HONGO	4	3.2	-	-	-	-	3	2.4	-	-	7	5.6
MIXTO	5	4.0	2	1.6	-	-	-	-	-	-	7	5.6
SIN ESPECIFICAR	6	4.0	* 13	10.4	0	6.4	* 9	7.2	5	4.0	41	33.0
TOTAL	36	29.2	31	24.0	20	16.4	21	16.0	16	12.0	124	100.0

FUENTE: Ibidem Cuadro No. 1

* DISPLASIAS LEVES

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Referente al tipo de tela de la ropa interior de la señora, vemos que se inclina en bacterias un 14% por la lycra, 12% en algodón, 9% para lycra-algodón, naylón con 7.2% y naylón-algodón sólo 6.4%. En agentes inespecíficos se encuentra 10.4% para el algodón, en orden de frecuencia 7.2% es para naylón, 6.4% lycra-algodón, 4.8 con lycra, y 4% corresponde a naylón-algodón. En relación a tricomonas el 3.2% son para la lycra, 2.4% pertenece al naylón-algodón y 1% a lycra-algodón. En el siguiente agente que es el hongo tiene 3.2% la lycra, 2.4% el naylón. En el agente mixto en lycra se obtuvo un 4% y 1.6% en algodón. En papiloma se obtuvo un 8%. (Ver cuadro No. 6)

La hechura de la ropa interior es de suma importancia para la temperatura corporal, ya que debe ser apropiada a las diferentes estaciones del año, como la variedad de temperatura del cuerpo.

El algodón es una tela de fibra natural, económica con características de absorción, tiende a proporcionar evaporación del sudor y se adapta a la temperatura del cuerpo.

El primer síntoma de irritación vaginal a menudo es la vulvitis, la cual, frecuentemente resulta del contacto con el exudado vaginal exacerbada a menudo por la ropa ajustada de las telas sintéticas no absorbentes, que retienen calor y humedad; como la lycra que es una tela sintética que tiende a aumentar la temperatura corporal, dando un medio húmedo para la proliferación de microorganismos que pueden generar una infección.

En cambio no vemos una asociación clara entre tipo de fibra, con la presencia de procesos inflamatorios inespecíficos ya que predomina el algodón , sin embargo en las bacterias sí, al igual que en los otros agentes biológicos, esto nos lleva a decir que sí es un factor de riesgo, porque predomina lo sintético entre los diferentes agentes biológicos específicos, ya que los procesos inflamatorios inespecíficos, domina el algodón, pudiendo ser otro tipo de factor el que determine esta lesión.

CUADRO No. 7

LAVADO DE ROPA INTERIOR DE LA SRA. CON RELACION AL AGENTE CAUSAL

A G E N T E	LAVADO DE ROPA INTERIOR				F.	%
	JUNTO CON LA DEMAS		SEPARADA			
	F.	%	F.	%		
V. PAPILOMA	1	0.0	-	-	1	0.0
TRICHOMONA	4	3.2	4	3.2	8	6.4
BACTERIA	* 34	27.4	26	20.9	60	48.3
HONGO	7	5.6	-	-	7	5.6
MIXTO	3	2.4	4	3.2	7	5.6
SIN ESPECIFICAR	* 22	10.0	19	15.3	41	33.3
T O T A L	71	57.4	53	42.6	124	100.0

FUENTE: Ibidem Cuadro No. 1

En la forma de lavar la ropa interior con relación al agente causal bacteriano, observamos que el 27.4% la lava junto con la demás ropa, un 20.9% la separa del resto; no así para el agente inespecífico ya que el 18% lo hace de manera conjunta y de manera separada al 15.3%; en cuanto a tricomonas el 3.2% corresponde de manera igualitaria en ambas interrogantes; en cambio para el mixto hay 3.2% para las personas que contestaron que las separan, mientras 2.4% la junta; en los hongos sólo se encuentra 5.6% y 0.8% en (VPH) en personas que lavan de manera conjunta sus prendas.

(Ver cuadro No. 7)

La mayor parte de las encuestas se inclina por el lavado de ropa en forma conjunta y en menor grado pero con cifra representativa lo realiza en forma separada; tomando en cuenta que casi todas se dedican al campo, al igual que sus esposos, teniendo contacto constantemente con fertilizantes, que al realizar el lavado de ropa en forma conjunta, se genera una mezcla de componentes de diferente índole, el cual puede ser muy penetrante y si no se realiza el enjuagado perfecto de la prenda, éste puede permanecer en ella y ser un factor de irritación sobre todo si la prenda está en contacto con mucosas, como lo es la ropa interior en relación con el aparato reproductor.

CUADRO No. 8

DETERGENTE O SOLUCION CON QUE LAVA LA SRA. SU ROPA CON RELACION
AL AGENTE CAUSAL

AGENTE	DETERGENTE O SOLUCION QUE UTILIZA										F.	%
	J. DE PASTA		J. DE POLVO		J. POLVO PASTA		J. POLVO CLORO		J. PASTA CLORO			
	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%		
V. PAPILOMA	1	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.0
TRICHOMONA	1	0.0	3	2.4	1	0.0	1	0.0	2	1.6	6	6.4
BACTERIA	26	21.0	* 10	8.0	8	6.4	4	3.2	12	9.7	60	48.3
HONGO	-	-	1	0.0	1	0.0	2	1.6	3	2.4	7	5.6
MIXTO	3	2.4	1	0.0	1	0.0	-	-	2	1.6	7	5.7
SIN ESPECIFICAR	21	17.0	* 9	7.4	4	3.2	-	-	7	5.6	41	33.2
TOTAL	52	42.0	24	19.4	15	12.0	7	5.6	26	21.0	124	100.0

FUENTE: Ibidem Cuadro No. 1

* DISPLASIAS LEVES

El detergente o solución que se utiliza en el lavado de ropa con respecto al agente causal se presenta de la siguiente manera en bacteria se encontró que el 21% utiliza jabón de pasta, 0.8% jabón de polvo, 9.7% jabón de pasta-polvo-cloro, 6.4% jabón de polvo-pasta y 3.2% jabón de polvo-cloro; referente al proceso inespecífico el 17% lo ocupa el jabón de pasta, 7.4% jabón de polvo, 5.6% jabón de pasta-polvo-cloro. 3.2% jabón de polvo-pasta; y en cambio para tricomonas 2.4% para jabón de polvo, 1.6% jabón de pasta-polvo-cloro y 0.8% se encuentra en tres columnas que son en jabón de pasta, jabón polvo-cloro y jabón polvo-pasta, en lo referente a mixto se localiza 2.4% en jabón de pasta, 1.6% jabón de pasta-polvo-cloro y de manera similar con 0.8% jabón de polvo y jabón de polvo-pasta; para los hongos 2.4% en jabón de pasta-polvo-cloro, 1.6% jabón de polvo-cloro, y de manera idéntica con 0.8% jabón de polvo y jabón de pasta; con respecto al VPH su porcentaje es de 0.8% en jabón de pasta.

(Ver cuadro No. 8)

Se puede decir que el jabón no es un factor de riesgo en la presencia de infecciones cervicovaginales ya que en los procesos inflamatorios inespecíficos y por bacterias predominó el jabón de pasta en el resto de los agentes las personas hacen uso del jabón de polvo solo, o en combinación con el de pasta y cloro.

Se dice que el jabón más recomendable es aquel que por sus ingredientes químicos tenga en menos proporción colorantes, perfumantes y minerales, éste es el jabón neutro, que las encuestadas conocen como jabón de pan o de pasta amarilla.

En si la causa del problema no es el tipo de jabón, más bien es el tipo de agua que se utiliza y la secreción presente por el problema que contaminar nuevamente la ropa, pues aunque se lave bien la prenda no es la solución

Se encontro que el tipo de jabón que utilizan las señoras no es un factor que influye en la presencia de infecciones cervicovaginales, ya que de manera constante se emplea jabón en el lavado de ropa y esto no ayuda de forma determinante en la presencia del problema.

CUADRO No. 9

LUGAR DONDE LAVA SU ROPA LA SRA. CON RELACION AL AGENTE CAUSAL

A G E N T E	LUGAR DONDE LAVA LA SRA.				F	%
	OJO DE AGUA		CASA			
	F ₋	%	F ₊	%		
V. PAPILOMA					1	0.8
TRICHOMONA	2	1.6	6	5.0	8	6.6
BACTERIA	*15	12.0	*45	36.2	60	48.2
HONGO	3	2.4	4	3.2	7	5.6
MIXTO	1	0.8	6	5.0	7	5.6
SIN ESPECIFICAR	*3	2.4	*38	30.6	41	33.0
TOTAL	24	19.2	100	80.0	124	100%

FUENTE: Ibidem CUADRO No. 1

En cuanto al lugar donde lavan la ropa las personas, de acuerdo al agente causal, vemos que en el rubro de bacterias el 36.2% la lava en su casa, 12% en el ojo de agua, en los casos inespecíficos 30.6% en el hogar, 2.4% en el ojo de agua; en lo referente a tricomonas el 5% lo hace en su casa y en el ojo de agua 1.6%; los mixtos 5% en su casa y 0.8% en ojo de agua; con los hongos 3.2% en la casa y 2.4% ojo de agua, y en el VPH únicamente 0.8% lo lleva a cabo en su casa. (Ver cuadro No. 9)

Los ríos, ojos de agua, etc., en la actualidad se encuentran contaminados debido al mal uso que se les da, por los habitantes de su alrededor, ya que realizan múltiples actividades (lavar, bañar y dar de beber a los animales e incluso defecar), las cuales pueden ser fuente de infección de las vías gástricas, dérmica o vaginal.

Según se captó, la mayoría se inclina por el lavado en casa, lo cual nos dice que no es un factor en la presencia de cervicovaginitis, pero de las personas que contestaron que lavan en su hogar, tienen poco tiempo de contar con el servicio de agua intradomiciliaria proveniente de la entubación de un ojo de agua del cual hacían uso, lo que nos lleva a decir que la infección pudo ser dada por el tipo de agua que antes se utilizaba, pero aún hay gente que teniendo agua en su casa acostumbra acudir al río a realizar dicha actividad.

CUADRO No. 10

PRODUCTO O MATERIAL QUE UTILIZA LA SRA. DURANTE SU PERIODO MENSTRUAL
CON RELACION AL AGENTE CAUSAL

A G E N T E	MATERIAL O PRODUCTO						F.	%
	TOALLA SANITARIA		RETAZO DE TELA		OTRO			
	F.	%	F.	%	F.	%		
V. PAPILOMA	1	0.8	-	-	-	-	1	0.8
TRICHOMONA	5	4.0	3	2.4	-	-	8	6.4
BACTERIA	30	24.1	* 25	20.1	5	4.0	60	48.2
HONGO	3	2.4	3	2.4	1	0.8	7	5.6
MIXTO	6	5.0	1	0.8	-	-	7	5.6
SIN ESPECIFICAR	* 24	19.3	10	8.0	7	5.9	41	33.2
T O T A L	69	55.6	42	33.7	13	10.7	124	100.0

FUENTE: Ibidem Cuadro No. 1

OBSERVACION. EN EL RUBRO DE OTROS SE ENCUENTRAN LAS QUE NO MENSTRUAN

Producto o material para la higiene femenina, se ve que en el agente bacteriano el 24.1% utiliza toalla sanitaria, 20.1% retazo de tela, en orden de frecuencia el agente inespecífico el 19.3% son las que se ponen toallas sanitarias, 8.0% hacen uso de retazo de tela, en comparación con las tricomonas un 4% prefieren la toalla sanitaria y 2.4% el retazo de tela; siguiendo el mixto con 5% para las que optan por las toallas sanitarias y 0.8% de tela; en los hongos hay una igualdad de 2.4% para las que se inclinan por la toalla sanitaria y la tela; en última instancia queda el VPH con 0.8% englobandose en la toalla sanitaria. Existe un 10.7% de personas que se encuentran en la etapa de la menopausia.

(Ver cuadro No. 10)

El porcentaje que predominó fue para el uso de toalla sanitaria, por lo que puede ser un factor de riesgo en la vaginitis sino se le da un uso adecuado, ya que están elaboradas de algodón, protector de plástico y desodorante, los cuales pueden causar irritación local.

CUADRO No. 11

FRECUENCIA CON QUE LA SRA. REALIZA EL CAMBIO DE SU PROTECCION FEMENINA
EN RELACION AL AGENTE CAUSAL

A G E N T E	CAMBIO DE SU PROTECCION FEMENINA										F.	%
	1 VEZ AL DIA		2 VECES AL DIA		3 VECES AL DIA		4 VECES AL DIA		OTROS			
	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%		
V. PAPILOMA	-	-	-	-	-	-	1	0.0	-	-	1	0.0
TRICHOMONA	2	1.6	3	2.4	3	2.4	-	-	-	-	8	6.4
BACTERIA	5	4.0	* 24	19.3	22	18.0	4	3.2	5	4.0	60	48.5
HONGO	-	-	6	4.8	-	-	-	-	1	0.0	7	5.6
MIXTO	-	-	3	2.4	3	2.4	1	0.0	-	-	7	5.6
SIN ESPECIFICAR	* 2	1.7	* 15	12.2	* 14	11.2	3	2.4	7	5.6	41	33.1
T O T A L	9	7.3	36	41.1	42	34.0	9	7.2	13	10.4	124	100.0

FUENTE: Ibidem Cuadro No. 1

* DISPLASIAS LEVES

OBSERVACION. DENTRO DE OTROS SE ENCUENTRAN LAS QUE NO MENSTRUAN

Frecuencia del cambio de su protección en 24 horas en la higiene femenina, de acuerdo a las bacterias se maneja 19.3% para la frecuencia de dos veces al día, 18% tres veces, 4% una sola vez, 3.2% cuatro veces al día; en los casos inespecíficos 12.2% dos veces 11.2% tres veces, 2.4% cada cuatro, 1.7% una sola vez, en el agente de tricomonas 2.4% en los rubros de 2 y 3 veces al día, tan sólo 1.6% en una sola vez, a lo que corresponde a mixto, de manera análoga con 2.4% para las que lo realizan dos y tres veces al día, un 0.8% es para cada cuatro veces y únicamente se encontró 4.8% para hongos y 0.8% en el VPH. (Ver cuadro No. 11)

La frecuencia que predomina en cuanto al cambio de la protección femenina, fue de dos veces al día, siguiéndole la de tres veces, pero no de manera significativa, en un porcentaje mínimo para una y cuatro veces, por lo que es un factor en la presencia de infección vaginal.

Retomando que la vagina debe permanecer seca excepto en el ciclo ovulatorio, menstrual o en una infección por cualquier agente causal, es por ello que el cambio de toalla está condicionado a las características del sangrado, con los días y cantidad del mismo, recomendándose el baño personal diario en estos días.

CUADRO No. 12

RELACION DEL BANO ANTES DEL ACTO SEXUAL CON RELACION AL AGENTE CAUSAL

AGENTE	BANO DEL SRA.						F.	%
	SI		NO		A VECES			
	F.	%	F.	%	F.	%		
V. PAPILOMA	-	-	1	0.0	-	-	1	0.0
TRICHOMONA	2	1.6	5	4.0	1	0.0	8	6.4
BACTERIA	10	14.5	* 30	24.2	12	9.7	60	40.4
HONGO	-	-	7	5.6	-	-	7	5.6
MIXTO	5	4.0	2	1.6	-	-	7	5.7
SIN ESPECIFICAR	17	13.7	* 19	15.4	5	4.0	41	33.1
TOTAL	42	33.0	64	51.6	10	14.5	124	100.0

FUENTE: Ibidem Cuadro No. 1

* DISPLASIAS LEVES

Referente al baño antes del acto sexual, se encontró que en las bacterias 24.2% no es realizado por la señora, 14.5% si lo lleva a cabo y 9.7% a veces, en cambio en los agentes inespecíficos el 15.4% no tiene la costumbre, 13.7% si lo hace, 4% a veces; en las tricomonas el 4% no lo practica, 1.6% si y 0.8% a veces, en cuanto a mixto el 4% si y 1.6% no; no así para los hongos ya que 5.6% no se inclina por éste, al igual que el papiloma con 0.8%.

(Ver cuadro No. 12)

De acuerdo al resultado obtenido se puede decir que es un factor, en la cual puede generar una vaginitis, ya que se considera importante la realización del baño antes del acto sexual, debido a que en el momento en que lo realizan la vagina aumenta su temperatura y lubricación y si está en contacto directo con piel y órganos (pene) carentes de limpieza se puede producir un cuadro infeccioso lento y causar molestias en la persona.

CUADRO No. 12 (BIS)

RELACION DEL BANO ANTES DEL ACTO SEXUAL CON RELACION AL AGENTE CAUSAL

AGENTE	BANO DEL SR.						F.	%
	SI		NO		A VECES			
	F.	%	F.	%	F.	%		
V. PAPILOMA	-	-	1	0.0	-	-	1	0.0
TRICHOMONA	2	1.6	5	4.0	1	0.0	8	6.4
BACTERIA	13	10.5	* 30	30.7	9	7.2	60	48.4
HONGO	-	-	6	4.9	1	0.0	7	5.7
MIXTO	3	2.5	4	3.2	-	-	7	5.7
SIN ESPECIFICAR	15	12.1	* 22	17.7	4	3.3	41	33.0
TOTAL	33	26.6	76	61.3	15	12.1	124	100.0

FUENTE: Ibidem Cuadro No. 1

* DISPLASIAS LEVES

De acuerdo a la pareja (Sr.) el 30.7% no acostumbra bañarse antes del acto sexual, un 10.5% si y 7.2% a veces, porcentajes encontrados en el agente biológico; para los procesos inespecíficos el 17.7% no se baña , sólo el 12.1% si y el resto 3.3% a veces, en tricomonas 4% no, 1.6% si y 0.8% a veces; en cuanto a mixto 3.2% no y 2.5% si; y en hongos se encontro únicamente 4.9% en no. en ese mismo rubro el VPH con 0.8%.

(Ver cuadro No. 12 Bis)

Comparando ambos cuadros se observa que el resultado de la opción por el baño es la misma, que en las señoras, siendo más representativo la cifra en ellos, lo que nos lleva a decir que es el factor condicionante del problema que presenta su pareja, retomando lo anterior y en base a los comentarios por las encuestadas, acerca de las actividades que desempeñan sus esposos, en el campo y con los animales, son tareas en las cuales, se utiliza la fuerza y por lo tanto hay mayor transpiración externa, agregandose factores ambientales tales como clima, agua y tierra, es por ello que el baño es esencial en ellos para eliminar microorganismos que se encuentran en la piel y los desechos que desprende el cuerpo a través de la transpiración, sin perder de vista que en la vulva de la mujer es muy susceptible de ser invadida por agentes patógenos oportunistas y que en el hombre puede acumular en el esmegma. Lo que nos lleva a decir que es el factor condicionante del problema de su pareja.

CUADRO No. 13

LUGAR EN DONDE SE BAÑA LA PERSONA CON RELACION AL AGENTE CAUSAL

A G E N T E	LUGAR DEL BAÑO DE LA SRA.				F.	%
	CASA	%	OJO DE AGUA	%		
V. PAPILOMA	1	0.0	-	-	1	0.0
TRICHOMONA	7	5.6	1	0.8	8	6.4
BACTERIA	* 47	38.0	13	10.4	60	48.4
HONGO	3	2.4	4	3.2	7	5.6
MIXTO	6	5.0	1	0.8	7	5.6
SIN ESPECIFICAR	36	29.0	* 5	4.0	41	33.0
T O T A L	100	80.0	24	19.2	124	100

FUENTE: Ibidem CUADRO No. 1

En lo que respecta al baño de la señora con relación al agente causal vemos que en las bacterias se presenta un 38% que se baña en su casa, 10.4% en el ojo de agua; en cuanto al agente inespecífico 29% lo hace en el hogar, 4% en el ojo de agua; para tricomonas el 5.6% lo realiza en la casa, 0.8% en el ojo de agua; en hongos 3.2% en el ojo de agua y 2.4% en la casa no así en el mixto con 5% en la casa y 0.8% en el ojo de agua, y por último el papiloma con 0.8% en la casa.

(Ver cuadro No. 13)

Se observa que gran parte de las personas se baña en su casa, que es el lugar más apropiado para tal fin, por lo que no se considera factor predisponente en el origen de cervicovaginitis, retomando lo expuesto anteriormente acerca del agua vemos que este el factor condicionante de la infección.

CUADRO No. 13 (BIS)

LUGAR EN DONDE SE BAÑA LA PERSONA CON RELACION AL AGENTE CAUSAL

A G E N T E	LUGAR DEL BAÑO DEL SR.				F	%
	CASA		OJO DE AGUA			
	F.	%	F.	%		
V. PAPILOMA	1	0.0	-	-	1	0.0
TRICHOMONA	7	5.6	1	0.0	8	6.4
BACTERIA	*46	37.0	14	11.2	60	48.2
HONGO	2	2.0	5	4.0	7	6.0
MIXTO	6	4.0	1	0.0	7	5.6
SIN ESPECIFICAR	36	29.0	*5	4.0	41	33.0
TOTAL	90	79.2	26	20.8	124	100%

FUENTE: Ibidem CUADRO No. 1

En relación al baño de la pareja (Sr.) y agente causal en bacterias el 37% se baña en su casa, 11.2% en el ojo de agua; en orden de frecuencia, el agente inespecífico con 29% los que lo realizan en el hogar, únicamente 4% en ojo de agua; continuandole tricomonas con 5.6% en casa, 0.8% en el ojo de agua; enseguida se presenta hongos con 4% en ojo de agua y 2% en casa; referente a mixto 4.8% en casa y 0.8% en ojo de agua; y el VPH con ese mismo porcentaje pero en la casa.

(Ver cuadro No. 13 Bis)

En ambos cuadros los resultados son similares por parte de los señores y sus parejas referente al lugar y cómo se bañan, pero no se puede asegurar que los señores que se bañen en la casa, correspondan a las señoras que lo llevan a cabo en el mismo lugar.

CUADRO No. 14

REALIZACION DE LA LIMPEZA PERIANAL CON RELACION AL AGENTE CAUSAL

A G E N T E	LIMPIEZA PERIANAL						F.	%
	DE ADELANTE HACIA ATRAS		DE ATRAS HACIA DELANTE		NO CONTESTO			
	F.	%	F.	%	F.	%		
V. PAPILOMA	1	0.0	-	-	-	-	1	0.0
TRICHOMONA	2	1.6	6	4.0	-	-	8	6.4
BACTERIA	* 22	17.9	20	22.5	10	0.0	60	48.4
HONGO	2	1.6	5	4.0	-	-	7	5.6
MIXTO	1	0.0	6	4.0	-	-	7	5.6
SIN ESPECIFICAR	21	17.0	*20	16.1	-	-	41	33.2
T O T A L	49	39.7	65	52.2	10	0.0	124	100.0

FUENTE: Ibidem Cuadro No. 1

Considerando la limpieza perianal en el agente de bacterias, es de 22.5% quienes lo hacen de atrás hacia adelante, 17.9% de adelante hacia atrás y 8.0% no contestó ; obteniendo en los procesos inflamatorios inespecíficos 17% lo hacen de manera correcta de adelante hacia atrás y 16.1% de manera contraria, encontrándose en tricomonas 4.8% de manera opuesta, 1.6% como debe ser; en cambio en mixto 4.8% de atrás hacia adelante y sólo 0.8% de adelante hacia atrás; teniendo menor porcentaje en hongos 4% los que lo realizan en forma correcta y 1.6% de manera inadecuada; en esta misma calificación se encuentra el VPH con 0.8%.

(Ver cuadro No. 14)

La limpieza perianal predominante fue la de atrás hacia adelante, según el marco teórico éste es un factor de riesgo en la presencia de la infección, ya que las personas lo hacen de manera inadecuada arrastrando mecánicamente la materia fecal, en la cual están presentes microorganismos patógenos, que pueden introducirse a la vagina y desencadenar un proceso infeccioso.

CUADRO No. 15

LUGAR DE ELIMINACION DE EXCRETAS CON RELACION AL AGENTE CAUSAL

A G E N T E	ELIMINACION DE EXCRETAS						F	%
	LETRINA		BAÑO TIPO INGLÉS		FECALISMO EN CASAS DEL SUELO			
	F.	%	F.	%	F.	%		
V. PAPILOMA	—	—	—	—	1	0.8	1	0.8
TRICHOMONAS	4	3.2	3	2.4	1	0.8	8	6.4
BACTERIAS	* 29	23.5	22	18.0	9	7.2	60	48.7
HONGOS	5	4.0	—	—	2	1.6	7	5.6
MIXTO	3	2.4	2	1.6	2	1.6	7	5.6
SIN ESPECIFICAR	15	12.0	19	15.3	* 7	5.6	41	32.9
T O T A L	56	45.1	46	37.3	22	17.6	124	100

FUENTE: Ibidem CUADRO No. 1

El lugar en donde eliminan las excretas, las personas que se encuentran dentro del agente bacteriano son 23.5% en la letrina, 18% en baño tipo inglés y 7.2% fecalismo al ras del suelo; continuándole los procesos inflamatorios inespecíficos con 15.3% baño tipo inglés, 12% letrina y 5.6% fecalismo al ras del suelo; siguiendo tricomonas con 3.2% en letrina , 2.4% baño tipo inglés y únicamente 0.8% fecalismo al ras del suelo; en mixto 2.4% para letrina y 1.6% de manera igualitaria para el baño tipo inglés y fecalismo al ras del suelo; pasando a hongos se encontró 4% el uso de letrina, 1.6% en fecalismo al ras del suelo, y en éste mismo rubro se encuentra el VPH con 0.8%.

(Ver cuadro No. 15)

La letrina representa un porcentaje mayor en comparación con el baño tipo inglés y el fecalismo al ras del suelo, esto nos hace pensar que éste es un factor condicionante para la infección de la vagina ya que nos pudimos percatar que algunas letrinas, eran deficientes en las condiciones de higiene, encontrándose en la periferia de la taza materia fecal, en cuanto a su mantenimiento se observó que no se realiza periódicamente como debe ser, como es el de poner cal ya que está tiene la función de deshidratar el escremento evitando la humedad y así la proliferación de microorganismos.

CUADRO No. 16

USO DE PRESERVATIVO CON RELACION AL AGENTE CAUSAL

AGENTE	USO DE PRESERVATIVO						F.	%
	SI		NO		NO CONTESTO			
	F.	%	F.	%	F.	%		
V. PAPILOMA	-	-	1	0.0	-	-	1	0.0
TRICHOMONA	1	0.0	7	6.0	-	-	8	6.0
BACTERIA	5	4.0	* 55	44.3	-	-	60	48.3
HONGO	1	0.0	6	4.0	-	-	7	5.6
MIXTO	-	-	7	5.6	-	-	7	5.6
SIN ESPECIFICAR	0	6.4	* 33	26.6	-	-	41	33.0
TOTAL	15	12.0	109	88.0	-	-	124	100.0

FUENTE: Ibidem Cuadro No. 1

* DISPLASIAS LEVES

En las bacterias se encontró que 44.3% no utilizan el preservativo, el 4% sí, en los casos inespecíficos el 26.6% no, solo 6.4% sí; en tricomonas 6% no, únicamente 0.8% sí; respecto a hongos un 4.8% no y 0.8% sí; y en su totalidad para mixto con 5.6% en no; y en este mismo inciso el VPH con 0.8%.

(Ver cuadro No. 16)

En base a los resultados antes mencionados podemos decir que el uso de preservativo no es un factor predisponente en la presencia de infecciones cervicovaginales, ya que los que lo usan y los que no, presentan el mismo problema.

Existen otras personas que nada más hacen uso de él cuando llega su pareja de los Estados Unidos, pues lo consideran como un método de planificación familiar, esta situación repercute en la mujer, debido a que su vagina permanece por periodos largos de abstinencia sexual y de manera repentina se inicia dicha actividad con mayor frecuencia, sin tomar en cuenta las veces al día y el tiempo; por lo que puede dar un proceso inflamatorio inespecífico.

CUADRO No. 17

UTILIZACION DE ALGUN LUBRICANTE VAGINAL CON RELACION AL AGENTE CAUSAL

A G E N T E	LUBRICANTE VAGINAL				F	%
	SI		NO			
	F.	%	F ₁	%		
V. PAPILOMA	-		8	6.4	1	0.8
TRICHOMONA	-		8	6.4	8	6.4
BACTERIA	-		* 60	48.3	60	48.3
HONGO	-		7	5.6	7	5.6
MIXTO	-		7	5.6	7	5.6
SIN ESPECIFICAR	1	0.8	* 40	32.5	41	33.3
TOTAL	1	0.8	123	99.2	124	100%

FUENTE: Ibidem CUADRO No. 1

EL 99.2% de las encuestadas no hacen uso de lubricante vaginal, únicamente 0.8%, por lo que no se puede asegurar que el lubricante sea un factor predisponente en la presencia de infecciones cervicovaginales, debido a la muestra obtenida.

(Ver cuadro No. 17)

CUADRO No. 18

REALIZACION DE DUCHAS VAGINALES CON RELACION AL AGENTE CAUSAL

A G E N T E	REALIZACION DE DUCHAS VAGINALES						F	%
	SI		NO		NO CONTESTO			
	F.	%	F.	%	F.	%		
V. PAPILOMA	-	-	1	8.0	-	-	1	8.0
TRICHOMONAS	-	-	8	6.4	-	-	8	6.4
BACTERIAS	7	5.6	53	*42.0	-	-	60	48.4
HONGOS	-	-	7	5.6	-	-	7	5.6
MIXTO	-	-	7	5.6	-	-	7	5.6
SIN ESPECIFICAR	3	2.4	38	*30.8	-	-	41	33.2
T O T A L	10	8.0	114	92.0	-	-	124	100

FUENTE: Ibidem CUADRO No. 1

La realización de duchas vaginales en el agente biológico ocupa un 42.8%, las que no lo hacen, 5.6% si realiza la ducha y en el proceso inflamatorio inespecífico 30.8% no lo lleva a cabo, únicamente 2.4% si, el restante 18.4% se encuentra distribuido en los demás agentes concentrados en la respuesta no, manejando su cifra original.

(Ver cuadro No. 18)

Las duchas vaginales son factores predisponentes en la presencia de infecciones cervicovaginales, ya que si no se llevan a cabo en forma correcta, en vez de mejorar se agrava la situación, debido al tiempo y tipo de sustancia que se utiliza.

CUADRO No. 19

TIENE FLUJO VAGINAL LA SRA. CON RELACION AL AGENTE CAUSAL

AGENTE	TIENE FLUJO VAGINAL						F	%
	SI		NO		NO CONTESTO			
	F.	%	F.	%	F.	%		
V. PAPILOMA	1	0.0	-	-	-	-	1	0.0
TRICHOMONAS	0	6.4	-	-	-	-	0	6.4
BACTERIAS	* 46	37.5	13	10.4	1	0.0	60	48.7
HONGOS	7	5.6	-	-	-	-	7	5.6
MIXTO	4	3.2	3	2.4	-	-	7	5.6
SIN ESPECIFICAR	* 12	9.6	20	22.5	1	0.0	41	32.9
T O T A L	70	63.1	44	35.3	2	1.6	124	100

FUENTE: Ibidem CUADRO No. 1

La presencia del flujo vaginal de acuerdo al agente bacteriano el 37.5% de las encuestadas si tienen secreción, 10.4% no tienen y sólo 0.8% no contestó; con lo que se refiere al agente inespecífico el 22.5% no presenta flujo, mientras que 9.6% si y unicamente 0.8% no contestó, en orden de frecuencia el agente de tricomonas 6.4% si tiene flujo; en cambio para las hongos su porcentaje total recaé en si son 5.6%; y en el mixto en esa misma interrogante obtiene 3.2% y de forma negativa un 2.4% con el VPH se obtiene unicamente 0.8% en si. (Ver cuadro No.19)

Tomando en consideración que la mayoría de las personas en relación al agente causal del problema si presenta flujo vaginal (*) Al realizarse la citología se pudo percatar de algunas manifestaciones siendo reafirmadas por la señora, tales como prurito, irritación vulvar, ardor en la micción, siendo una manifestación lógica del padecimiento. Ya que el término leucorrea significa literalmente un exudado blanco, el color puede variar, de acuerdo a la causa, en la mujer madura sexualmente se considera anormal si ocurre manchado de la ropa, si el olor es desagradable o si la irritación impide la función.

(*) De las que no presentan flujo por el agente bacteriano es debido a la característica de la bacteria, ya que no da sintomatología alguna, y está representada exclusivamente por un nódulo, absceso o fístula.

CUADRO No. 20
COLOR DEL FLUJO CON RELACION AL AGENTE CAUSAL

A G E N T E	C O L O R D E L F L U J O								F.	%	S I N F L U J O		T O T A L
	A M A R I L L O		B L A N C O		V E R D E		A C H O C O L A - T A D O				F.	%	
V. PAPILOMA	F. 1	% 0.8	F. -	% -	F. -	% -	F. -	% -	1	0.8	F. -	% -	1
TRICHOMONA	2	1.6	5	4.8	-	-	1	0.8	8	6.4	-	-	8
BACTERIA	21	17.0	* 22	17.9	1	0.8	2	1.6	46	37.3	14	11.3	60
HONGO	1	0.8	6	4.8	-	-	-	-	7	5.6	-	-	7
MIXTO	2	1.6	2	1.6	-	-	-	-	4	3.2	3	2.4	7
SIN ESPECIFICAR	2	1.6	* 9	7.2	-	-	1	0.8	12	9.7	29	23.3	41
T O T A L	29	23.4	44	35.6	1	0.8	4	3.2	78	63.8	46	37.8	124

FUENTE: Ibidem Cuadro No. 1

* DISPLASIAS LEVES

LOS INESPECIFICOS.

El color del flujo en relación al agente causal es la siguiente: bacteria 17.9% con secreción blanca, 17% amarillo, 1.6% achocolatada y 0.8% verde; pasando a los procesos inespecíficos se encuentra 7.2% en el exudado blanco, 1.6% en amarillo y sólo 0.8% achocolatado; el siguiente agente son las tricomonas el 4% manifiesta leucorrea blanca, 1.6% amarilla. 0.8% achocolatado y de manera análoga en el mixto con 1.6% en el color amarillo y blanco; mientras que en los hongos 4.8% se encuentra con flujo blanco, y con 0.8% en amarillo unificándose con el VPH en el mismo color y porcentaje.

(Ver cuadro No. 20)

Tomando en cuenta la respuesta de las señoras en base al color de la secreción, la que predominó fue la leucorrea blanca, en contradicción con lo observado en el momento de la toma de la muestra, dado que se pudo apreciar con más incidencia el color amarillo, y de esta manera afirmar la teoría, en lo que se dice que las bacterias producen flujo de aspecto amarillo, amarillo-verdoso y grisáceo, en lo que se refiere al color blanco esto es característico en las infecciones dadas por el agente de hongos, de igual manera en las tricomonas pero su consistencia es más espesa, pudiendo presentar también el amarillo-verdoso de la misma consistencia, el achocolatado indica un posible cáncer; lo cual no concuerda con el marco teórico, debido a que las personas que dieron esta respuesta no presentan problemas displásicos.

CUADRO No. 21

OLOR DEL FLUJO CON RELACION AL AGENTE CAUSAL

AGENTE	OLOR DEL FLIJO								F.	%
	OLOR A PESCARO		OLOR A YOGURT		OLOR FETIDO		NO CONTESTO			
	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%		
V. PAPILOMA	-	-	-	-	1	0.0	-	-	1	0.0
TRICHOMONA	3	2.4	-	-	3	2.4	2	2.0	8	6.0
BACTERIA	9	7.2	1	0.0	22	17.7	* 14	11.2	46	36.9
HONGO	-	-	7	5.6	-	-	-	-	7	5.6
MIXTO	-	-	1	0.0	1	0.0	2	1.6	4	3.2
SIN ESPECIFICAR	-	-	-	-	* 3	2.4	9	7.2	12	9.6
TOTAL	12	9.6	9	7.2	30	24.1	27	22.0	70	63.9

FUENTE: Ibidem Cuadro No. 1

* DISPLASIAS LEVES

En lo referente al olor del flujo en relación al agente causal, tenemos que el 17.7% corresponde a las bacterias y las señoras refieren olor fétido, 7.2% olor a pescado, 0.8% olor a yogurth, en los procesos inespecificos únicamente 2.4% presentó olor fétido; y en tricomonas hay un porcentaje homólogo de 2.4% para el olor fétido y a pescado; en hongos el olor a yogurth con 5.6%; para mixto de manera similar con 0.8% en olor a yogurth y fétido; y el VPH en el olor fétido con 0.8%, y un 22% de las personas que no supieron describir el olor, distribuyéndose en los diversos agentes causales especificos e inespecificos.

(Ver cuadro No.21)

Por lo que se ve si hay una asociación entre el agente causal y el olor del flujo de acuerdo a nuestro marco teórico, en cuanto a las personas que no contestaron a la interrogante no quisieron especificarlo por pena con lo que respecta a las que no presentaron flujo por el agente bacteriano , es debido a las características de la bacteria ya mencionada.

CUADRO No. 22

ACUDIO AL MEDICO POR SU PROBLEMA CON RELACION AL AGENTE CAUSAL

AGENTE	ACUDIO AL MEDICO				F.	%
	SI		NO			
	F.	%	F.	%		
V. PAPILOMA	-	-	1	0.8	1	0.8
TRICHOMONA	1	0.8	7	5.6	8	6.4
BACTERIA	9	7.3	37	* 30.0	46	37.3
HONGO	-	-	7	5.6	7	5.6
MIXTO	-	-	4	3.2	4	3.2
SIN ESPECIFICAR	4	3.2	8	* 6.5	12	9.7
TOTAL	14	11.3	64	51.7	78	63.0

FUENTE: Ibidem Cuadro No. 1

* DISPLASIAS LEVES

En cuanto a la atención médica para la solución al problema, en relación al agente causal, se encontró que en bacterias únicamente 7.3% de las personas acudió al médico, 30% no; en los procesos inespecíficos 3.2% si acudió al médico y 6.5% no; en cuanto al agente por tricomonas solamente el 0.8% acudió al médico y el 5.6% no, el resto de las personas afectadas por los otros agentes no acudieron al médico. (Ver cuadro No. 22)

De acuerdo al cuadro vemos que gran parte de las personas no acudieron al médico para resolver sus molestias cervicovaginales, por diferentes motivos según nos refirieron, algunas por desidia, otros por ignorancia, por su economía, por diversas actividades que realiza, por no tener acceso a unidades médicas y transporte, lo cual agudizó más su problema.

CUADRO No. 23

REALIZACION DEL TRATAMIENTO INDICADO POR EL MEDICO CON RELACION
AL AGENTE CAUSAL

A G E N T E	REALIZACION DEL TRATAMIENTO POR LA SRA.				F.	%
	SI		NO			
	F.	%	F.	%		
V. PAPILOSA	-	-	-	-	-	-
TRICHOMONA	1	0.0	-	-	1	0.0
BACTERIA	0	6.4	1	0.0	9	7.2
HONGO	-	-	-	-	-	-
MIXTO	-	-	-	-	-	-
SIN ESPECIFICAR	3	2.4	1	0.0	4	3.2
TOTAL	12	9.6	2	1.6	14	11.2

FUENTE: Ibidem Cuadro No. 1

En cuanto a la realización del tratamiento indicado por el médico, nos percatamos que las personas afectadas por el agente bacteriano si lo cumplieron 6.4% y 0.8% no; en proceso inflamatorio únicamente 2.4% si y 0.8% no; en tricomonas tenemos solamente 0.8% que si. (Ver cuadro No.23).

Como se puede ver en el cuadro, hay una inclinación en las señoras que si recibieron tratamiento por parte del médico, esto es referente a bacterias, sin embargo, para el proceso inespecifico y tricomonas, fue la minoría las que no la recibieron.

CUADRO NO. 23 (BIS)

REALIZACION DEL TRATAMIENTO AL SR. CON RELACION AL AGENTE CAUSAL

A G E N T E	REALIZACION DEL TRATAMIENTO POR LA PAREJA				F.	%
	SI		NO			
	F.	%	F.	%		
V. PAPILOMA	-	-	-	-	-	-
TRICHOMONA	-	-	1	0.0	1	0.0
BACTERIA	3	2.4	6	4.0	9	7.2
HONGO	-	-	-	-	-	-
MIXTO	-	-	-	-	-	-
SIN ESPECIFICAR	2	1.6	2	1.6	4	3.2
T O T A L	5	4.0	9	7.2	14	11.2

FUENTE: Ibidem Cuadro No. 1

Por lo que respecta a los hombres, la realización del tratamiento , observamos que dentro del agente de bacterias 2.4% si lo cumplió, 4.8% no; en los procesos inespecíficos de manera similar con 1.6% en los que sí y no recibieron tratamiento; para tricomonas 0.8% no lo recibió. (Ver cuadro No. 23 Bis).

En lo que toca al tratamiento recibido por parte del señor, hay una frecuencia menor por éste, por lo que nos lleva a decir que ésta es la causa por la cual la señora reincide en su problema.

CUADRO No. 24

EL SR. ESTA CIRCUNCIDADO CON RELACION AL AGENTE CAUSAL

AGENTE	EL SR. ESTA CIRCUNCIDADO						F.	%
	SI		NO		NO SABE			
	F.	%	F.	%	F.	%		
V. PAPILOMA	-	-	1	0.8	-	-	1	0.8
TRICHOMONA	-	-	5	4.0	3	2.4	8	6.4
BACTERIA	11	0.8	30	* 24.2	19	15.3	60	48.3
HONGO	-	-	2	1.6	5	4.0	7	5.7
MIXTO	1	0.9	3	2.4	3	2.4	7	5.7
SIN ESPECIFICAR	12	9.7	17	13.0	* 12	9.7	41	33.1
TOTAL	24	19.4	50	46.0	42	33.0	124	100.0

FUENTE: Ibidem Cuadro No. 1

* DISPLASIAS LEVES

En lo que toca a la circuncisión de la pareja en relación al agente causal, vemos que las bacterias tienen 24.2% en las señoras que contestaron que no está circuncidado su compañero, 15.3% en las que no saben, 8.8% en las que contestaron que sí; para el agente inespecífico 13.8% son las que se encuentran en el rubro de no, y de manera similar con 9.7% en las que digeron que sí y las que no saben; en tricomonas el 4% no está circuncidado, solamente 2.4% no sabe; en cuanto a mixto se encuentra 2.4% homológamente en las que no y no saben, y 0.9% en si; en cuanto a hongos 4% fue para las que no saben y 1.6% las que no, en este mismo inciso se encuentra el VPH con 0.8%. (Ver cuadro No. 24)

Considerando el resultado se ve una cifra elevada en las parejas que no están circuncidadas, siguiéndole las que no saben con una frecuencia menor pero representativa y por último las que contestaron que sí, esto nos hace deducir que sí es un factor predisponente para la vaginitis, debido a que las glándulas que rodean el anillo del glande secretan esmegma, que suele quedar atrapado entre el glande y el prepucio, tal secreción sebácea origina la acumulación de material caseoso (parecida al queso) con olor distinto pero con la limpieza adecuada se elimina ésta.

CUADRO No. 25

NUMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA CAMA CON RELACION AL AGENTE CAUSAL

A G E N T E	No. DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA CAMA						F.	%
	UNA PERSONA		DOS PERSONAS		TRES O MAS			
	F.	%	F.	%	F.	%		
V. PAPILOSA	—	—	—	—	1	0.8	1	0.8
TRICHOMONA	1	0.8	6	4.9	1	0.8	8	6.5
BACTERIA	2	1.6	* 38	30.6	28	16.1	68	48.3
HONGO	—	—	4	3.2	3	2.4	7	5.6
MIXTO	1	0.8	4	3.2	2	1.6	7	5.6
SIN ESPECIFICAR	1	0.8	* 32	26.0	8	6.4	41	33.2
T O T A L	5	4.0	84	67.9	35	28.1	124	100.0

FUENTE: Ibidem Cuadro No. 1

* DISPLASIAS LEVES

Considerando el número de personas que duermen en una cama con relación al agente causal, en bacterias el 30.6% de las personas duermen en una cama, 16.1% duermen tres o mas, 1.6% duerme una; para el agente inespecifico el 26% dos personas duermen en una cama, 6.4% tres o mas y 0.8% para una; en el agente de tricomonas 4.9% dos personas duermen en una cama y de manera homóloga con 0.8% para una y tres o mas; en lo que se refiere al agente mixto, 3.1% se encuentra en el rubro de 2 personas, 1.6% en tres o mas y 0.8% en uno; para hongos 3.2% caé en 2 personas y 2.4% en tres o mas, al igual que el VPH con 0.8%. (Ver cuadro No. 25).

Vemos que no hay una asociación clara con respecto al número de personas que duermen en una cama ya que se observa que aunque se duerman 2 o mas personas juntas, se hace presente el problema considerando de esta manera que no es un factor determinante en la presencia de infecciones cervicovaginales.

CUADRO No. 26

FRECUENCIA DEL CAMBIO DE ROPA DE CAMA CON RELACION AL AGENTE CAUSAL

AGENTE	CAMBIO DE ROPA DE CAMA								F.	%
	C/3 DIAS		C/15 DIAS		C/MES		+ DE UN MES			
	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%		
V. PAPILOMA	1	0.8	—	—	—	—	—	—	1	0.8
TRICHOMONA	3	2.4	—	—	3	2.4	2	1.6	8	6.4
BACTERIA	39	31.4	* 5	4.0	8	6.4	8	6.4	60	48.2
HONGO	—	—	1	1.0	3	2.4	3	2.4	7	5.6
MIXTO	6	5.0	—	—	—	—	1	1.0	7	6.0
SIN ESPECIFICAR	25	20.0	7	5.6	* 7	5.6	2	1.6	41	32.8
TOTAL	74	59.6	13	10.6	21	16.8	16	13.0	124	100.0

FUENTE: Ibidem Cuadro No. 1

* DISPLASIAS LEVES

En lo que corresponde a la frecuencia del cambio de ropa de cama en relación al agente causal, vemos que en bacterias el 31.4% de las señoras la cambia cada 3 días, de manera homóloga con 6.4% para las que la cambian cada mes y más de un mes, 4% lo hace cada 15 días. En los procesos inflamatorios inespecíficos el 20% realiza el cambio cada 3 días, de manera igualitaria con 5.6% para quienes lo hacen cada 15 días y cada mes, únicamente 1.6% aceveró que después del mes. En lo que toca a trichomonas con 2.4% de forma similar para las personas que llevan a cabo el cambio cada 3 días y cada mes, tan sólo 1.6% la cambia después del mes. Para mixto un 5% efectua el cambio cada 3 días y únicamente 1% pasando el mes, no así para hongos ya que de manera homogénea con 2.4% para quienes lo hacen cada mes y después del mes. tan sólo 1% lo hace cada 15 días , 0.8% presenta el VPH para la persona que cambia la cama cada 3 días. (Ver Cuadro No. 28)

Considerando los resultados, observamos que no hay una asociación clara entre la frecuencia del cambio de ropa de cama y la presencia de agentes patógenos ya que aunque se cambie más seguido o más prolongadamente la ropa de la cama el problema se hace presente en ambas circunstancias.

CUADRO No. 27

EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL DE LA SRA. CON RELACION AL AGENTE CAUSAL

AGENTE	EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL								F.	%
	14 - 16		17 - 19		20 - 22		23 - 25			
	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%		
V. PAPILOMA	1	0.0	-	-	-	-	-	-	1	0.0
TRICHOMONA	-	-	7	5.6	1	0.0	-	-	8	6.4
BACTERIA	0	6.4	* 20	22.5	16	12.9	0	6.4	60	40.2
HONGO	-	-	6	5.0	1	0.0	-	-	7	5.0
MIXTO	1	0.0	4	3.2	2	1.6	-	-	7	5.6
SIN ESPECIFICAR	5	4.0	22	10.0	* 12	9.6	2	1.6	41	33.2
TOTAL	15	12.0	67	54.3	32	25.7	10	0.0	124	100.0

FUENTE: Ibidem Cuadro No. 1

* DISPLASIAS LEVES

Con respecto a la edad de inicio de vida sexual activa en relación al agente bacteriano vemos que un 22.5% de las señoras la inició de 17-19 años, 12.9% de 20-22 años, de manera homóloga con 6.4% las de 14-16 años y de 23-25 años. En los procesos inflamatorios inespecíficos el 18% la inició a los 17-19 años, 9.6% de 20-22 años, 4% a los 14-16 años y 1.6% a los 23-25 años, referente a tricomonas el 5.6% las inició a los 17-19 años, 0.8% de 20-22 años, en cuanto a mixto 3.2% las tuvo a los 17-19 años, 1.6% a los 20-22 años, 0.8% de 14-16 años. para hongos 5% la inició a los 17-19 años, 0.8% a los 22-22 años, solamente 0.8% es para el VPH en las edades de 14-16 años el inicio de vida sexual activa.

(Ver cuadro No. 27)

La edad que más predominó en cuanto al inicio de vida sexual activa fue de 17-19 años, según nuestro marco teórico el inicio temprano de la vida sexual activa es un factor determinante en los procesos inflamatorios, displasias y cáncer cervicouterino, debido a que no hay maduración en el aparato reproductor femenino, ya que el epitelio va madurando poco a poco, las prácticas de higiene femenina y los malos hábitos higiénicos predisponen al desarrollo de infecciones vulvovaginales.

CUADRO No. 28

GRADO DE ESCOLARIDAD CON RELACION AL AGENTE CAUSAL

AGENTE	GRADO DE ESCOLARIDAD								F.	%
	ANALFABETA		PRIMARIA NO TERMINADA		PRIMARIA TERMINADA		SECUNDARIA TERMINADA			
	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%		
V. PAPILOSA	-	-	1	0.0	-	-	-	-	1	0.8
TRICHOMONA	3	2.4	3	2.4	2	1.6	-	-	8	6.4
BACTERIA	* 13	10.5	31	25.0	15	12.0	1	0.8	60	48.4
HONGO	4	3.2	2	1.6	1	0.8	-	-	7	5.7
MIXTO	-	-	5	4.0	2	1.6	-	-	7	5.7
SIN ESPECIFICAR	13	10.5	* 21	17.0	6	5.0	1	0.8	41	33.0
T O T A L	33	26.6	63	50.0	26	21.0	2	1.6	124	100.0

FUENTE: Ibidem Cuadro No. 1

* DISPLASIAS LEVES

Referente al grado de escolaridad en relación al agente , vemos que en bacterias el 25% de la gente encuestada no terminó la primaria y 12% sí, 10.5% es analfabeta, tan sólo 0.8% terminó, la secundaria; en el agente inespecífico 17% no terminó la primaria, 10.5% es analfabeta, 5% cuenta con primaria completa; de manera igualitaria encontramos en tricomonas un 2.4% de analfabetismo y primaria truncada, solamente 1.6% terminó la primaria; en cuanto a mixto 4% de la población no terminó la primaria, solamente 1.6% ; con respecto a hongos 3.2% de la gente es analfabeta, 1.6% no terminó la primaria, tan sólo 0.8% sí; con el VPH 0.8% no terminó la primaria. (Ver cuadro No. 28)

En lo que corresponde a escolaridad hay un alto índice de personas analfabetas y personas que no terminaron la primaria, lo cual nos lleva a decir que es un factor de riesgo por carecer la gente de conocimientos en cuanto a su anatomía e higiene de su cuerpo y los cambios anormales que éste puede presentar.

3. CONCLUSIONES

Durante la realización del servicio social observamos que un sólo módulo llevaba a cabo la realización de citologías, encontrándose varios casos de cervicovaginitis durante las visitas domiciliarias en la prestación de éste servicio, por lo que surgió la inquietud de realizar una investigación referente al tema por los tres pasantes asignados, planteándonos el siguiente problema.

Planteamiento del Problema

¿ Cuáles son los factores que determinaron la presencia de infecciones cervicovaginales en mujeres con vida sexual activa de los módulos de Cotija, Chilchota e Ixtlán ?

Nuestros **OBJETIVOS** fueron los siguientes:

1. Conocer las causas de infecciones cervicovaginales en mujeres con vida sexual activa.
2. Identificar los factores de tipo biológico y químico más frecuentes en las infecciones cervicovaginales en las mujeres con vida sexual activa.
3. Identificar las características de higiene de la pareja, costumbres y servicios públicos con que cuentan las comunidades.

METODOLOGIA UTILIZADA

Tipo de investigación

El tipo de investigación que se realizó fue de tipo prospectiva observacional descriptiva.

Universo

El universo de trabajo comprendió el 100% de mujeres con vida sexual activa de los tres módulos.

Tipo de muestra

Se tomó como muestra sólo el 10% del universo de mujeres con vida sexual activa que quisieron cooperar en la realización de este estudio.

Procesamiento de la información

La recopilación de la información se hizo en base al cuestionario y al formato de la citología vaginal.

La presentación de la información se hizo a través de cuadros.

Coprobación de la hipótesis

Se realizó por cruce de variables, análisis descriptiva de la información en relación con el marco teórico y cuadros de resultados. De los cuales se obtubieron las siguientes conclusiones:

C O N C L U S I O N E S

Los agentes que se hicieron presentes en esta investigación fueron de tipo biológico, químico y mecánico, dentro del agente biológico, las que más destacaron fueron las bacterias por su frecuencia, en menor incidencia las tricomonas, los hongos, mixtos (bacterias y hongos) y virus, los agentes no biológicos inespecíficos que no se pudieron identificar con claridad fueron los mecánicos y químicos que en conjunto provocan lesiones de tipo

inflamatoria y displásica.

Dentro de los parámetros de la edad el grupo más representativo en la presencia de lesiones e infecciones cervicovaginales es de 17 a 41 años, el cual tiene gran importancia porque se trata de personas jóvenes en edad reproductiva y económicamente activa, en desarrollo personal, familiar y del país. Los factores predisponentes no biológicos que influyeron en la presencia de cervicitis, según los resultados obtenidos fueron los siguientes: La tela con que está hecha la ropa interior, siendo éstas, inadecuadas por no ser absorbentes, por retener calor y humedad, propiciando esto un medio adecuado para la proliferación de microorganismos.

El agua que se utiliza para ciertas actividades (baño personal, aseo de manos y lavado de ropa) se encontró que está contaminada por una bacteria llamada "actinomyces" que habita en el ganado, debido a que en el lugar donde se obtiene el agua para el uso diario, dan de beber y bañan al ganado, siendo un factor determinante en la presencia de infecciones cervico-vaginales asintomáticas. Según nuestra bibliografía el único signo a nivel de cervix puede ser un nódulo, absceso o fístula, pero en la exploración no se apreció ninguno de estos signos, por lo que algunas señoras son infección bacteriana no refirieron flujo, con respecto a los otros agentes biológicos todos presentaron flujo de acuerdo al agente causal, en cuanto a las características de color y olor: en lo que corresponde a procesos

inflamatorios sin agente específico, una minoría si presentó flujo, desconociéndose el origen de éste.

Se considera otro factor importante en la presencia del problema, la inadecuada limpieza perianal, siendo más de la mitad de las personas que lo realizan de esta manera, llevando así microorganismos que se encuentran presentes en la materia fecal hacia la vagina.

Por otro lado observamos que la mayoría utiliza toallas femeninas, estando estas elaboradas de algodón, protector de hule y desodorantes lo cual pudiera hacer pensar que las características de las toallas, influyen en la presencia de procesos inflamatorios, ya que las que más las usan presentan ese problema, en comparación con las que no las usan, esto está condicionado con la frecuencia y el cambio, el cual para nosotros es insuficiente, ya que la mayoría lo realiza dos veces al día.

Otro punto relevante es que casi ninguna de las señoras que presentaron problemas acudieron a recibir atención médica permitiendo que éste evolucione, sin tomar en cuenta las complicaciones. De las únicas que si asistieron por su tratamiento se observó la apatía por parte de la pareja en la salud de ambos.

En los agentes químicos no se pudo esclarecer con certeza si son o no, factores determinantes en la presencia de infecciones cervico-vaginales, ya que la muestra que se obtuvo no fue

representativa, como es el caso de la ducha y lubricantes vaginales, ignorándose, en ambas la sustancia que se utilizó para tal fin.

COMENTARIO COMPARATIVO

De acuerdo a los objetivos planteados al inicio de la investigación y a los resultados obtenidos al final de ésta, podemos decir que se cumplieron en gran parte, ya que hizo falta esclarecer factores químicos, como es el tipo de sustancia y la frecuencia de uso de ésta, en la realización de duchas vaginales por la señora, aunado a esto la muestra que se obtuvo de la variable fué mínima para su análisis, por lo que no se pudo precisar si es un factor determinante en la presencia del problema a investigar.

4. ALTERNATIVAS DE SOLUCION

1. Higiene de la vivienda

a) Charlas educativas dirigidas a la población de los módulos

- Higiene de la vivienda
- Higiene personal, enfatizando en la higiene perianal
- Higiene del medio ambiente
- Educación sexual, con énfasis sobre, cambios fisiológicos y alteraciones del aparato reproductor femenino y masculino
- Cuidados de higiene durante el período menstrual, así como la importancia que tiene la frecuencia de cambio de toalla sanitaria
- Orientación sexual prenupcial
- Orientación del sexo y su importancia social
- Paternidad responsable
- Uso y manejo del agua
- Infecciones cervicovaginales, causas y manifestaciones
- Tipo y manejo de la ropa interior
- Importancia de la realización del papanicolaou

2. Que el encargado del orden forme un comité para la organización de la construcción de un tanque de agua potable, el cual no tenga contacto con el medio ambiente y el agua se obtenga de una llave.

3. Implementar un programa para la construcción, limpieza y mantenimiento de la letrina.

4. Concientizar a la población acerca de la importancia que requiere el evitar que el ganado vacuno contamine el agua de uso.

5. Que el personal de salud encargado de los módulos, sea

capacitado en la realización de la toma de citología exfoliativa, así como el tratamiento a seguir en los casos leves.

6. Dar a conocer los problemas de salud que se pueden presentar si se inicia tempranamente una vida sexual activa, a los habitantes de la comunidad.

7. Crear un programa en donde las supervisoras de auxiliares de salud, realicen en la comunidad citologías vaginales, mínimo dos veces por año, tratar y dar seguimiento a los casos que se encuentren, realizar la canalización de los mismos si es necesario.

8. Concientizar a las señoras y sus parejas de la importancia del tratamiento en forma conjunta.

A N E X O S

TESIS SIN PAGINACION

COMPLETA LA INFORMACION

**SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SECRETARIA DE SALUD
SOLICITUD Y RESULTADO DE CITOLOGIA GINECOLOGICA
(EXAMEN DE PAPANICOLAOU)**

FORMA 20

1	INSTITUCION	SSA	MSE	SSE	SDN	MARINA	DIF	FEMEX	PRIVACA	OTRA
	NOMBRE DEL AREA APLICATIVA		JURISDICCION / DELEGACION		ENTIDAD	AÑO	MES	DA	FOLIO DEL LABORATORIO	
2	APELLIDO PATERNO		MATERNO		NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD MAXIMA		REG. FED. DE CAUSANTES	
	CALLE		COLONIA		MUNICIPIO / DELEGACION		ENTIDAD	TELEFONO		
3	ULTIMA CITOLOGIA <input type="checkbox"/> (última vez 2 meses y último 3 meses - niñas de 40 años)									
4	ANTECEDENTES		FUMA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> (últ. 2 años)		¿CUANTOS CIGARRILLOS AL DIA? <input type="text"/>					
	MENARCA <input type="checkbox"/>	GESTAS <input type="checkbox"/>	PARAS <input type="checkbox"/>	ABORTOS <input type="checkbox"/>	CESAREAS <input type="checkbox"/>					
	EDAD (en EMBARAZO) <input type="text"/> años		PARTO O ABORTO RECIENTE <input type="checkbox"/> (últ. 2 años)		HISTERECTOMIA <input type="checkbox"/> (últ. 2 años)		MENOPAUSIA <input type="checkbox"/> (últ. 2 años)			
	FUR <input type="text"/>		INICIO DE VIDA SEXUAL <input type="text"/> años		NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES <input type="text"/>					
	PLANIFICACION FAMILIAR ACTUAL NINGUNO <input type="checkbox"/>		METODO DE BARRERA <input type="checkbox"/> (ovulo, condon)		HORMONAL ORAL <input type="checkbox"/>		HORMONAL INYECTADO <input type="checkbox"/>			
	DIU <input type="checkbox"/>		SALPINGOCLASIA <input type="checkbox"/>		OTROS <input type="checkbox"/>		TIEMPO DE USO <input type="text"/> meses			
	DIAGNOSTICO ANTERIOR DE INFECCION VAGINAL PERSISTENTE <input type="checkbox"/> (últ. 2 años)									
	TRATAMIENTOS PREVIOS <input type="checkbox"/> BIOPSIA <input type="checkbox"/> CIRUGIA <input type="checkbox"/> ELECTROFULGURACION <input type="checkbox"/> CROCIRUGIA <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>									
5	SIGNOS Y SINTOMAS ACTUALES									
	<input type="checkbox"/> NINGUNO		<input type="checkbox"/> LEUCORREA		<input type="checkbox"/> FLUJO CON SANGRE		<input type="checkbox"/> DOLOR AL COITO		<input type="checkbox"/> SANGRADO AL COITO	
	<input type="checkbox"/> SANGRADO ANORMAL		<input type="checkbox"/> ULCERACION		<input type="checkbox"/> POLIPO		<input type="checkbox"/> TUMORACION		<input type="checkbox"/> CONDILOMAS	
6	IMPRESION DIAGNOSTICA CLINICA									
	<input type="checkbox"/> NORMAL		<input type="checkbox"/> BENIGNA		<input type="checkbox"/> MALIGNA					
	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA TOMA _____									
7	DIAGNOSTICO CLINICO									
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO		<input type="checkbox"/> EPIDERMÓIDE IN SITO (NIC III)		<input type="checkbox"/> MICROINVASOR		<input type="checkbox"/> V. PAPILOMA			
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO CON PROCESO INFL.		<input type="checkbox"/> EPIDERMÓIDE INVASOR		<input type="checkbox"/> V. HERPES					
	<input type="checkbox"/> DISPLASIA LEVE (NIC II)		<input type="checkbox"/> ADENOCARCINOMA		<input type="checkbox"/> TRICHOMONAS					
	<input type="checkbox"/> DISPLASIA MODERADA (NIC III)		<input type="checkbox"/> OTRO		<input type="checkbox"/> BACTERIAS					
	<input type="checkbox"/> DISPLASIA GRAVE (NIC IIII)		<input type="checkbox"/> INSUFICIENTE PARA DIAGNOSTICO		<input type="checkbox"/> MOLLUSCOS					
	CALIDAD DE LA TOMA <input type="checkbox"/> MALA TOMA		<input type="checkbox"/> INTENSA REACCION INFLAMATORIA		<input type="checkbox"/> SANGRE					
	MAL PROCESAMIENTO POR <input type="checkbox"/> MALA FIJACION		<input type="checkbox"/> MALA TINCION		<input type="checkbox"/> OTRO					
8	RECOMENDACIONES									
	<input type="checkbox"/> REPETIR ESTUDIO PARA CONTROL EN <input type="text"/> (meses)		PASAR A SERVICIO		<input type="checkbox"/> CENTRO DE SALUD		<input type="checkbox"/> CLINICA DE DISPLASIA			
	<input type="checkbox"/> REPETIR ESTUDIO POR TOMA INADECUADA				<input type="checkbox"/> GINECOLOGIA		<input type="checkbox"/> ONCOLOGIA			
9	OBSERVACIONES _____									
	NUMERO CITOLOGICO _____					NOMBRE DEL CITOLOGO/CITO TECNOLOGO _____				
	FECHA DE INTERPRETACION <input type="text"/>		LABORATORIO <input type="text"/>							
	año mes día									

FALLA DE ORNEN

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

CUESTIONARIO

OBJETIVO: Identificar factores que determinan la presencia de infecciones cervicovaginales en mujeres con vida sexual activa en los módulos de Cotija, Chilchota e Ixtlan.

I. DATOS DE IDENTIFICACION:

MODULO _____ JURISDICCION No. 2
COMUNIDAD _____
NOMBRE _____ EDAD _____
DOMICILIO _____

II. HABITOS HIGIENICOS:

De la señora		De la pareja	
a) Baño diario	()		()
b) Baño cada 3 días	()		()
c) Baño cada semana	()		()
d) Baño más de 8 días	()		()

Aseo de manos antes de la relación sexual

a) Si () b) No ()

Cambio de ropa interior

De la señora		De la pareja	
a) Diario	()		()
b) Cada 3 días	()		()
c) Cada semana	()		()
d) Cada 15 días	()		()
e) Cada mes	()		()
f) Otros	()		()

Especifique:

Su ropa interior es de:

- a) Lycra ()
- b) Algodón ()
- c) Nylon ()
- d) Otros ()

Especifique:

¿ Cómo lava su ropa interior ?

- a) Junto con la demás ()
- b) La separa ()
- c) Otros ()

Especifique:

¿ Con qué lava su ropa interior ?

- a) Jabón de pasta ()
- b) Jabón de polvo ()
- c) Con clorasol ()
- d) Otros ()

Especifique:

¿ Dónde lava toda su ropa?

- a) En el río ()
- b) Ojo de agua ()
- c) En su casa ()
- d) Otros ()

Especifique:

Durante su periodo menstrual utiliza:

- a) Toalla sanitaria ()
- b) Algodón ()
- c) Retazos de tela ()
- d) Otros ()

Especifique:

¿ Con qué frecuencia realiza el cambio de toalla sanitaria ?

¿ Antes del acto sexual se baña ?

La señora		Su pareja
a) Si	()	()
b) No	()	()
c) A veces	()	()
d) Nunca	()	()

¿ En dónde se baña ?

La señora		Su pareja
a) En casa	()	()
b) En el río, ojo de agua	()	()
c) Otros	()	()

Especifique:

¿ Cómo realiza la limpieza perianal ?

¿ Dónde lleva a cabo la eliminación de excretas ?

a) Letrina	()
b) Baño tipo inglés	()
c) Pozo negro	()
d) Fecalismo al ras del suelo	()

¿ Su pareja utiliza el preservativo ?

a) Si	()
b) No	()

¿ Usted utiliza algún lubricante vaginal ?

a) Si	()
b) No	()
c) Otros	()

Especifique:

¿ Se realiza duchas vaginales ?

- a) Si ()
- b) No ()

Especifique:

¿ Tiene flujo vaginal ?

- a) Si ()
- b) No ()

¿ De qué color es el flujo ?

- a) Amarillo ()
- b) Blanco ()
- c) Verde ()
- d) Achocolatado ()

¿ Tiene olor desagradable el flujo ?

- a) Si ()
- b) No ()

¿ Ha acudido al médico para éste problema ?

- a) Si ()
- c) No ()

¿ Recibió tratamiento y lo cumplió como se lo indicaron ?

La señora

Su pareja

- a) Si () ()
- b) No () ()

¿ Sabe si su pareja está circuncidado ?

- a) Si ()
- b) No ()

¿ Cuántas personas duermen en una cama ?

- a) Una ()
- b) Dos ()
- c) Tres o más ()

¿ Cada cuándo cambia la ropa de cama ?

- a) Cada 8 días ()
- b) Cada 15 días ()
- c) Cada mes ()
- d) Más de un mes ()

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

1. Brunner Lilliam Sholtis. "Manual de la Enfermera". Ed. Interamericana. 4a. ed. México 1988 Tomo 3 . pp. 303
2. Mondragón Castro Héctor. "Obstetricia Básica Ilustrada". Ed. Trillas. 4a. ed. México 1992 pp. 822.
3. Tortora Anastakos. "Principios de Anatomía y Fisiología". Ed. Harla. 5a. ed. México 1989. pp. 993.
4. Benson, Ralph C. Et. al. "Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétrico". Ed. El Manual Moderno. 5a ed. México 1989..
5. Mackery. "Sexualidad Humana". Ed. El Manual Moderno. 4a ed. ed. México 1986. pp. 393
6. Fernández Cid. Alfonso. "Citopatología Ginecología y Mamaria". Ed. Salvat. Tomo II, 1984. pp. 207.
7. Dr. Kumate Rodríguez Jesús. "Estrategia de Extensión de Cobertura".
8. Jawtz Ernest. "Microbiología Médica". Ed. El Manual Moderno. 10 ed. México 1984.
9. Núñez Macel Eduardo. Et. al "Ginecología y Obstetricia". IMSS, A.C. Ed. Méndez Editores. pp. 1028.
10. Bonilla. F.- Musoles. "El cuello uterino y sus enfermedades". Ed. J.I.M.S. 1a. ed. España 1978. pp. 632.
11. Hewitt. J. - Pelisse. M Et. al. "Enfermedades de la Vulva". Ed. Interamericana. 1a. ed. 1989. pp. 213.
12. Tozzini Roberto. "Fisiopatología". Ed. Panamericana. 1a. ed. 1971. pp. 128.
13. Williams "Obstetricia" Ed. Salvat. 3a. ed. México 1992.
14. Mondragón Castro Héctor "Ginecoobstetricia para enfermeras". Ed. Trillas. 1a. ed. Julio 1991. pp. 510.

15. Hamilton H.K. Rose. M.B. "Procedimientos en enfermería" Ed. Interamericana. México 1990. pp. 522.
16. Cecil. "Tratado de Medicina Interna" Ed. Interamericana. 17a. ed. pp. 2621.
17. Conn Robert "Terapeutuca". Ed. Panamericana. 1987. pp. 1182.
18. Farreras Rozman. "Medicina Interna". Ed. Doyma. 10a ed. Vol 1 pp. 1294.
19. Perea J. Eulio. "Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica". Ed. Doyma Vol II. 1992. pp. 1131.
20. N. Roper. "Diccionario de Enfermería". Ed. Interamericana. 15a. ed. México. D.F. 1989. pp. 399.