



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA 28
MARTINEZ DE LA TORRE, VER.

**CARACTERISTICAS FAMILIARES Y EPIDEMIOLOGICAS
DE LAS PACIENTES CON CERVICOVAGINITIS
EN LA UMF No. 44**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DRA. I. MIRELLA GUMERCINDO ALCEDA.

MARTINEZ DE LA TORRE, VER.

OCTUBRE 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

A mi esposo:
Ing. Roberto Reyes Abad.
Por ese amor que cada día se intensifica más y
mantiene la llama eterna, que simboliza lo mejor
de nuestro ser.

A mi hija:
Metzli del C.
Que significa tanto para mí
y es el motivo por el cual
lograré mis metas.

A mi madre:

Profra. Aidee Alceda Muñoz.

No encuentro palabras para expresarle mi gratitud por haberme dado la oportunidad de existir, por su gran amor, comprensión y apoyo que me ha dado siempre, con lo cual he llegado a alcanzar mis metas...que Dios la bendiga.

A mis hermanos:

Patricia, Martín, Osbelia y Lupita

Gracias por su apoyo incondicional y su gran cariño.

Dr. Ignacio Hervert Hernández:
Por su valiosa asesoría y colaboración
en este trabajo

Dra. Elizabeth Soler Huerta:
Por su valiosa ayuda y gran interés
que ha mostrado en nuestra formación

CARACTERISTICAS FAMILIARES Y EPIDEMIOLOGICAS DE LAS PACIENTES CON CERVICOVAGINITIS

Gumerciendo Alceda IM.

Unidad de Medicina Familiar. 44 Tlapacoyan, Ver.

RESUMEN

OBJETIVO:

Determinar las características familiares y epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico de cérvico-vaginitis adscritas a la unidad de medicina familiar No. 44 del IMSS durante el periodo comprendido de Enero a Mayo 2007.

MATERIAL Y METODO:

Se llevo a cabo un estudio de encuestas transversal a todas las pacientes que asistieron a la consulta del turno vespertino y se les diagnosticó clínicamente cérvico-vaginitis en el periodo comprendido de enero a mayo 2007, se estudiaron 79 pacientes a quienes se les aplicó una encuesta dirigida estructurada de 10 reactivos de opción múltiple, posteriormente se realiza su análisis estadístico con el programa de STATICA 6.0

RESULTADOS:

En las pacientes con diagnóstico clínico de cérvico-vaginitis se encontró predominio en la edad de 25 a 35 años, en su mayoría con un nivel de escolaridad secundaria, amas de casa, estado civil casada, índice de pobreza familiar alta, inicio de vida sexual activa a la edad de 15 a 20 años, predominando el grupo de tener un compañero sexual con una frecuencia de un coito por semana, hábitos higiénicos deficientes así mismo se encontró predominio de mujeres con 2 partos y 2 gestas, con un gran porcentaje de pacientes sin método de planificación familiar.

En relación a su tipología familiar predominó la familia nuclear, tradicional, integrada, obrera, urbana en fase de dispersión.

CONCLUSION:

La cérvico-vaginitis es un padecimiento que afecta principalmente a mujeres casadas provenientes de familia nuclear, tradicional, integradas, dedicadas a las labores del hogar y malos hábitos higiénicos con gran porcentaje sin método de planificación familiar.

PALABRA CLAVE:

Cérvico-vaginitis, características familiares y epidemiológicas.

INDICE

	Pagina.
Resumen	7
Índice	8
Marco teórico	9
Planteamiento del problema	18
Justificación	20
Objetivos	21
Metodología	22
Información a recolectar (Variables)	24
Método para captar de la información	27
Consideraciones éticas	28
Resultados	29
Discusión	31
Conclusiones	34
Recomendaciones	35
Referencias Bibliográfica	36
Anexos	40

MARCO TEORICO.

En el mundo, las infecciones genitales reportan un alto índice de consultas en la mayoría de las instituciones que prestan servicio de salud. En el año 2001 la OMS incluyó a las enfermedades micóticas y bacterianas dentro de las de transmisión sexual, siendo la población joven de menos de 24 años la más afectada.⁶

La cérvico-vaginitis, es la enfermedad más benigna del tracto genital inferior con mayor frecuencia en las zonas con clima cálido (tropical y subtropical), se estima que un 75% de las mujeres presentarán un episodio de cérvico-vaginitis en su vida, un 40-50% un segundo episodio. En Estados Unidos, se calcula que más de 13,000 000 son los casos anuales de cérvico-vaginitis que ocasionan 10 000 000 de consultas anuales.⁷

La OMS, comunica 90 millones de casos nuevos de cérvico-vaginitis cada año en el mundo, mientras que el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta indica 4 millones de nuevos casos cada año en EU de América.

Las infecciones han aumentado en las últimas dos décadas. Ocurriendo la mayor prevalencia entre los 15 y 44 años. Es un problema de salud por el daño reproductivo que produce⁸ y debido a que es un padecimiento que ocurre en la etapa de la vida sexual activa de la mujer no debemos olvidar las implicaciones que este padecimiento conlleva en la relación de la pareja, si recordamos que la familia es un sistema y que todo aquello que afecte a un miembro estará afectando a la dinámica familia.

Investigaciones científicas revelan, la influencia de la familia en el proceso de enfermar; muchas enfermedades van precedidas de acontecimientos vitales estresantes¹¹ las mismas enfermedades diagnosticadas en diferentes etapas del ciclo vital de vida familiar, tiene diferentes implicaciones en lo que respecta a su prevención, atención y tratamiento tanto de los aspectos físicos, como de los psicológicos y sociales. Por ello, el conocimiento y manejo adecuado del paciente y su familia en cada uno de sus etapas del desarrollo, permite al equipo de salud prever, fenómenos y actuar en forma integral en las diferentes situaciones y momentos que afecta la salud del grupo familia.³

La aparición de una enfermedad aguda, crónica, o terminal en algunos de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición. Podría considerarse como una crisis, La cérvico-vaginitis no es la excepción, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros.

Para adaptarse a esta nueva situación, la familia pone en marcha mecanismos de auto regulación que le permite seguir funcionando, de tal manera que se generan cambios en las alteraciones familiares que tienen un propósito específico, consciente o inconsciente, y que pueda llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo al bienestar y manejo del paciente enfermo así como la funcionalidad del sistema familia.

Los cambios que se producen en la familia en relación con la enfermedad no sigue un patrón específico, más bien están dado por las propias características familiares, tales como su etapa del ciclo vital, el momento de la vida del paciente, el grado de solidez de la familia, el nivel socioeconómico, la función que cubre la enfermedad para ese grupo en específico, la historia familiar, etcétera.

En caso de enfermedad aguda-grave se puede observar que el grado de desajuste es muy grave, dada la necesidad de cambios homeostáticos en breve lapsos, generalmente de corta duración, ya sea por la rehabilitación del enfermo o por su muerte, en cuyo caso la familia se enfrentará al duelo que, en muchos casos serán merecedores de apoyo terapéuticos especializado.⁵

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, cual engranaje es una maquinaria, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal (papá, mamá), subsistema paterno –filial (padre e hijos) y subsistema fraternal (hermanos), toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras.¹²

La familia puede ser clasificada desde una gran diversidad de puntos de vista. Es posible tipificarla de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentra.³

La composición: Numero de miembros, grado de parentesco, generaciones que la forman y presencia de otra persona sin parentesco.

-Nuclear: Es la que conforma la pareja con o sin hijos. Se caracteriza por los lazos de parentesco legítimos y por el hecho de vivir juntos bajo el mismo techo.³

-Extensa: Formada por padre madre, hijos y otros miembros que comparten lazos consanguíneos de adopción o de afinidad.

-Extensa compuesta: Además de los que incluyen a la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo leal, como es el caso de amigos y compadres.

Estructura familiar descrita por Irigoyen.³

El desarrollo. Según sus hábitos, costumbres y patrones de comportamiento. Un dato fundamental para ubicar a la familia desde su desarrollo; es si la madre de familia trabaja o no.

Moderna: Donde la madre y el padre laboran fuera del hogar.

Tradicional: El subsistema proveedor casi siempre es el padre.

Primitiva: Que es la familia campesina cuyo sostenimiento se produce exclusivamente por los productos de la tierra que laboran.^{3,4}

Integración: Integrada: Los cónyuges viven y cumplen las funciones.

Semiintegrada: Los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones.

Desintegrada: Es aquella en la cual falta alguno de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación o abandono.

Ocupación: Por las características ocupacionales del jefe de la familia pueden agruparse en: (profesional, obrera y campesina).³

Demografía: Con base en el enfoque demográfico: (urbana, suburbana y rural) dependiendo de la ubicación de la familia. Dato de importancia por reportar con una sola palabra el acceso y la disponibilidad a servicios de la comunidad (agua potable, electricidad, drenaje etc.).^{13,14}

La familia, como todo grupo humano tiene su inicio, desarrollo y ocaso; a semejanza del hombre que es engendrado, nace, crece, se desarrolla, reproduce y muere; la familia por su parte sigue un patrón similar.

Este esquema propuesto por Gemían en 1980; es el que se utiliza con mayor frecuencia en México.

La fase de matrimonio: se inicia precisamente con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyéndose este ciclo con la llegada del primer hijo.^{1,3}

Fase de expansión se inicia la expansión del grupo familiar ya sea por embarazo o por la adopción de los hijos, e incluye la crianza y desarrollo de éstos durante sus primeros años.

Fase de dispersión: comienza con la separación del primero de los hijos del núcleo familiar y termina cuando el último ha dejado a los cónyuges nuevamente solos.³

Fase de independencia: Al inicio de esta fase, la pareja debe aprender a vivir nuevamente en "independencia" ¹ hasta que se va el último de los hijos, y renegociar sus funciones dentro del subsistema conyugal.^{1,3}

Fase de retiro y muerte: Es cuando los padres se quedan solo. Hacer planes para el final de la vida familiar es tan difícil como hacerlo para su iniciación y en general se adopta este trabajo con mucho menos entusiasmo. El problema puede estar compuesto por retiro temprano, por incapacidad, sobre todo si se han agotado los recursos económicos. El papel de los hijos en el cuidado de los padres varía según el tipo de familia, pero es problemático, sobre todo si sus propias familias nucleares se encuentran en la fase de matrimonio o expansión.⁴

Una familia que cumple adecuadamente sus funciones de protección y cuidados fomenta el desarrollo de competencia en sus miembros. Lo que contribuye a prevenir o enfrentar problemas de salud.³

Las enfermedades pueden considerarse como una crisis, debido a la capacidad que tiene para desorganizar un sistema familiar, al igual que pudiera hacerlo una separación, la pérdida de algún miembro, el nacimiento del primer hijo, etc.; el desajuste puede tener diferentes intensidades, la cual va a estar influenciada por el tipo de enfermedad y la dinámica del grupo familiar en torno a ella.⁵

La cérvico-vaginitis es universal aunque antes era ignorada por la comunidad médica o considerada como una molestia menor para la mujer. Además de los muchos problemas emocionales y físicos relacionados con la vaginosis, la pérdida económica que ha ocasionado es de proporciones relevantes. Dicha entidad afecta tanto a las mujeres de países industrializados como a la población femenina, de países en vías de desarrollo.⁹

En el IMSS esta entidad clínica se ubica dentro de las primeras doce causas de demanda de atención en las unidades de medicina familiar. Su prevalencia real y condición son asintomáticos y a que las cifras informadas varían de acuerdo con la población estudiada.¹⁰

La incidencia creciente de enfermedades infecciosas de cérvix uterino, vagina y vulva están relacionados, entre otros factores, con los cambios en los estilos de vida y particularmente con la conducta sexual de la población, así como por la selección natural o inducida de sus agentes causales, ello obliga a los médicos que atienden estos padecimientos a conocer los factores de riesgo más prevalentes en su ámbito de trabajo, para llevar a cabo acciones de prevención primaria, secundaria y de rehabilitación en las mujeres afectadas y en sus parejas, con el fin de reducir la frecuencia y gravedad de las complicaciones descritas y limitar su extensión por contagio, contribuyendo con ello a elevar la calidad de vida en niveles generales de salud en las poblaciones a su cargo.¹⁵

La micro biota vaginal, está constituida principalmente por lacto bacilos, los cuales representan un mecanismo de defensa, al mantener el ph entre 3.5 - 4.5, lo que permite mantener un perfecto balance entre los microorganismos que la conforman. Cuando se presenta alteración de esta flora ocasionada por falta de higiene, uso de ropa íntima apretada, duchas vaginales, estrés, estados de inmunosupresión etc., se produce una disminución de los lactobacilos, aumentando el ph vaginal, generándose de esta manera un desequilibrio, lo que favorece a su vez, el crecimiento descontrolado de otros microorganismos y por ende el desarrollo de una infección vaginal.¹⁶

Es ampliamente aceptada la clasificación según el agente etiológico en específicamente cuando existe un germen causal, claramente identificable, ò inespecífico, siendo estas últimas las más frecuentes, causadas por gérmenes saprofitos vaginales, que por disrupción de la homeostasis normal, causan sintomatología y enfermedades poli-microbianas inespecíficas.¹⁷

Las investigaciones muestran que el 95% de todas las descargas vaginales o infección proviene de condiciones, que en orden de frecuencia son: vaginosis bacteriana, vulvovaginitis por candida, cervicitis (con frecuencia ocasionada por Clamidia trachomatis. Virus Herpes simple o N. gonorrhoeae., secreciones normales pero excesivas y vaginitis por Trichomonas. La candida es la segunda infección vaginal más frecuente en los .E.U y la primera en Europa.⁹

Las causas más frecuentes de cérvico-vaginitis y vulvitis en nuestro medio son las de tipo infeccioso, las cuales a su vez pueden estar originadas por bacterias, hongos, protozoarios o virus, siendo los principales agentes causales los que se describen a continuación:¹⁵

BACTERIAS: Es la causa más frecuente de vaginosis (40 a 50 % de los casos). Es una alteración de la ecología vaginal donde la flora normal se ve prácticamente sustituida por gérmenes anaerobios y una reducción de los lactobacilos productores de peroxido de hidrógeno y un incremento de prevaencia y concentración de Gardnerella vaginal.^{17,18,19,20} Clamidia trachomatis y en ocasiones con enterobacterias como Escherichia coli. Con mucho menor frecuencia obedecerán a Neisseria gonorrhoeae, Micoplasma hominis y Ureaplasma urealitycum. Todos estos gérmenes son de transmisión sexual.¹⁵

El síntoma fundamental es la leucorrea blanco-grisáceo adherente, maloliente, con una característica “olor a pescado”. (24 ph elevado, olor amina en la prueba KOH¹², la paciente no refiere molestias vaginales o las presenta muy discretas, como ardor y prurito. Las observaciones con espejo vaginal confirma las características de la leucorrea y no se identifican cambios inflamatorios o se aprecia hiperemia exocervical y vaginal muy leve. Frecuentemente hay historia de cronicidad.¹⁵

Un diagnóstico de cérvico-vaginitis bacteriana se basa en la presencia de cuando menos 3 de los criterios clínicos: (1).-Descarga fina, blanca adherente y homogénea. (2).- Ph superior a 4.5. (3).- Pruebas de amina positivas, y (4).- Células indicadoras (células guía) en preparación salina.) Propuestos por Amsel y colega en el simposium Internacional sobre vaginosis bacteriana y establecidos como estándar para indicar la presencia de la enfermedad.⁹

HONGO: La Candida vulvovaginal es una infección cosmopolita, considerada como uno de los desórdenes más frecuentes en Obstetricia y Ginecología, que afecta principalmente a las mujeres sexualmente activas. La Candida albicans se ha señalado como la especie involucrada en más del 90% de los casos., pero generalmente no presentan síntomas. En varias circunstancias Candida tropicales, Candida kefyr, Candidas glabrata y Candida parasilopsis, también se encuentran como parte de la flora normal de la vagina. Para producir enfermedad debe existir deficiencia inmunológica local.^{15,18}

En la Candida vulvovaginal se presenta, leucorrea, prurito intenso, sobre todo en el ciclo premenstrual, extensión de las lesiones a vulva y periné y puede haber dispareunia. La inspección vaginal con espejo muestra leucorrea, blanca, espesa, de aspecto cremoso, adherente al epitelio vaginal y exocervical, el cual se encuentra hiperémico. Frecuentemente hay signos de rascado vulva.¹⁵

El diagnóstico de infección por Candida se sospecha sobre la base de la historia y el examen físico, y puede confirmarse mediante la toma de una muestra de exudado, examinándolo en un microscopio óptico con bajo aumento.¹⁸

PROTOZOARIO: Otro agente frecuentemente implicado en la cérvico-vaginitis son las Tricomonas vaginales. La tricomoniasis es una enfermedad de distribución universal que se trasmite, habitualmente por contacto sexual. La infección por tricomonas se produce aproximadamente en el 10 % de las mujeres Tricomoniasis vaginalis, es un protozooario relacionado con infecciones urogenitales, es la única tricomona patógena del humano y, cuando se encuentra coloniza vagina, próstata y uretra.¹⁸

Habitualmente se manifiesta por leucorrea de inicio reciente, semilíquido, muy abundante, verde o amarillento, fétido, con ardor vaginal; en ocasiones existe disuria terminal.

En la exploración vaginal, además de la leucorrea con las características descritas, la superficie vaginal, y del exocérnix se encuentran intensamente hiperémico y con puntillero hemorrágico. Frecuentemente existe inflamación e hiperemia vulgares, especialmente de labios mayores y menores.¹⁵

El diagnóstico puede realizarse en el laboratorio mediante la visualización microscópica en solución salina del flujo vaginal que demuestra la existencia de tricomonas móviles.¹⁸

VIRUS: Los virus del herpes y del papiloma humano son los agentes etiológicos de la gran mayoría de las infecciones cérvico-vaginales de origen viral. Debido a que el primero es el único que causa infección clínica, será el único que se trate.

En la infección por virus del herpes con frecuencia se presenta leucorrea blanquecina escasa o moderada, con olor característico, acompañada de dolor ardoroso intenso en la fase inicial de la infección o en la etapa de agudización de una infección crónica. A la exploración, en las paredes vaginales se aprecia vesículas y úlceras de 2 a 3 mm de diámetros con un halo eritematoso y doloroso al tacto.¹⁵

El principal mecanismo natural de defensa para las infecciones cérvico-vaginal, está constituido por el nivel de acidez vaginal, mediado por la secreción de estrógenos ováricos cuyo ph normal de 3 a 4.5 impide la supervivencia y proliferación de la mayoría de microorganismos que puede generar este tipo de infección. Dicho mecanismo en unión con la barrera mecánica que representa el epitelio plano estratificado y no queratinizado de la vagina, es muy eficiente en la mujer adulta y le proporciona en condiciones normales una alta resistencia a las infecciones locales. Por lo tanto, todos aquellos agentes o circunstancia que modifiquen las condiciones anteriores, se constituyen un factor de riesgo.¹⁵

La familia en el ámbito de la salud tiene un papel muy importante ya que a partir de diversos estudios se ha comenzado a evidenciar la marcada influencia que esta ejerce sobre el proceso salud enfermedad.³

FACTOR DE RIESGO: Es una característica, condición, circunstancia, etc. que condiciona una mayor probabilidad de que ocurra un evento, por ejemplo una enfermedad.

Se han identificado diversos factores de riesgo asociado con la historia natural de las infecciones cèrvico-vaginales: La edad, ocupación, escolaridad, el nivel socioeconómico, número de parejas sexuales, hábitos higiénicos, el empleo de anticonceptivos orales. Etc.²¹

-Periodo de la vida en que está naturalmente disminuida la producción de estrógenos por el ovario, como son las etapas prepuberales y posmenopáusicas¹⁵.

-El grupo social que experimenta mayor riesgo de padecer enfermedades de transmisión sexual son adolescentes, los cuales tienden a basar su nivel de inmadurez en la participación sexual, reafirmando su virilidad o su feminidad en la práctica sexual con diferentes parejas, convirtiéndose en promiscuos y se hacen presa fácil de este tipo de enfermedad.

-Múltiples estudios han demostrado que las infecciones cèrvico-vaginales se presentan con mayor frecuencia en los grupos de 20 a 35 años de edad lo que corresponde a las edades reproductiva de la mujer.^{16, 18, 22, 23,24}

-Condiciones fisiológicas o enfermedades concomitantes que reducen la acidez vaginal, como el embarazo (eleva el porcentaje de colonización vaginal al 30 o 40% de los episodios de cèrvico- vaginitis) y la diabetes mellitus.⁷

-Las infecciones de la vagina son comunes en mujeres que toman anticonceptivos orales que contienen estrógenos y en mujeres embarazadas (especialmente en el tercer trimestre). Esto se debe al aumento de los niveles de estrógenos en el organismo. El aumento del nivel hormonal ocasiona cambios en el ambiente vaginal que lo hace perfecto para el crecimiento y la nutrición del hongo^{18,23}

-Algunos estudios sobre la epidemiología de la VB indican que estaba relacionada con un historial de actividad sexual, embarazo, trichomoniasis anterior o enfermedades de transmisión sexual y el uso de contraceptivos, en particular por el uso de dispositivo intrauterino (DIU).^{9, 24}

-Uso de fármacos que modifican el equilibrio de la flora bacteriana normal como los antibióticos de amplio espectro que deprimen la respuesta inmunológica como los corticosteroides.^{15, 18,23}

-Múltiples parejas sexuales, condicionan una exposición más frecuente al riesgo de una infección transmitida sexualmente.

-Defectos en el aseo anal después de la defecación, lo que favorece la contaminación por vecindad.

-Práctica frecuente de irrigación vaginal o el empleo de tapones vaginales durante la menstruación. ¹⁵

-Las sexo servidoras son consideradas un grupo de riesgo alto para transmitir y adquirir enfermedades de transmisión sexual.

- Se ha podido determinar que características como el nivel socioeconómico bajo, se encuentra relacionadas con una probabilidad de infecciones, así como un bajo porcentaje de utilización del condón. ^{25, 26}

La infección cèrvico- vaginal, los agentes involucrados en ella, los datos clínicos y los diagnósticos diferenciales han sido motivo de estudio por un sin numero de investigadores. Las primeras experiencias se basan en las observaciones de los microorganismos involucrados en la secreción normal en donde la participación de Doderlein es fundamental; posteriormente Curtís, quien se avocó a describir sobre la Etiología y bacteriología de la leucorrea, no sólo mencionando a los lacto bacilos, sino a otros morfotipos bacterianos encontrados en el tracto genital inferior, dejando camino abierto para la investigación. ²³

Cruickshank en 1934, describió algunos de los hallazgos en la vaginitis de adolescentes y en la leucorrea no infectiva de los pacientes gestantes.

La vaginosis bacteriana se reconoció como una entidad nosológica a partir de 1955 en donde Herman L., Gardner y Charles D. Dukes la definieron, no sin dejar de reconocer los esfuerzos de otros profesionistas, quienes al no encontrar candidas y tricomonas en el fluido vaginal, se interesaron en buscar la etiología del problema infeccioso de sus pacientes de tal forma que esta patología se denominó durante mucho tiempo “vaginosis no específica”. ²³

Un estudio realizado entre 407 mujeres que consultaron en una clínica brasileña de planificación familiar para iniciar el uso de anticonceptivos mostró que 35% tenía infecciones del aparato reproductivo. ⁹

En 1999 en el Instituto Superior de Medicina Militar “Dr. Luís Díaz Soto” se realizó un estudio comparativo entre 250 adolescentes para conocer la incidencia de vaginosis bacteriana en edades tempranas. Se evidenció que esta entidad fue altamente significativa en las pacientes menores de 19 años con vida sexual activa, y fueron la promiscuidad, el inicio precoz de las relaciones y el poco uso de preservativo, sus causas favorecedoras. ²⁷

En el año 1999 un estudio realizado en Lima Perú por Medina R. Sobre Prevalencia de vaginitis y vaginosis bacteriana en pacientes con flujo vaginal anormal, Se encontró que dentro de las características de las pacientes, la edad promedio fue de 31 años, predominando las casadas, amas de casa, con IVSA a la edad de 15 a 19 años, la mayoría con un compañero sexual en el último año, con una frecuencia de relaciones por semana menor o igual a dos., el 40% practicaba relaciones con menstruación, 68.1% no usaban ningún método anticonceptivo, la prevalencia de infección vaginal fue de 42.2%. ²⁰

En 2001 Mendoza GA. Encontraron que las mujeres con menor número de gestaciones presentaron mayores aislamientos de los tres gérmenes considerados en este informe²³

En Maracaibo en 2002 Maha AW. Encontró como características de las pacientes en estudio que la edad promedio fue de 2 a 3 años, que el uso de antibiótico se asocia con la infección por T Vaginalis.¹⁸

En el año 2003 en un estudio transversal sobre conocimientos y factores de riesgo de cèrvico vaginitis se reporta que el promedio de conocimiento fue de 85 %, el 98% presentan algún factor de riesgo, con una o dos infecciones al año, coincidiendo 71% con actividad sexual y esposo no circuncidado, uso de pantalones muy ajustados y sanitarios públicos.²⁸

Se realizo un estudio en el año 2004 en donde asistieron 404 mujeres al laboratorio de microbiología del hospital gineco-obstetra Ramón González Coro de la ciudad de la Habana. El propósito de esta investigación fue identificar especies de levaduras aisladas de exudado vaginal, registrar los signos y síntomas clínicos e identificar los factores de riesgos asociados a la infección, en donde el embarazo, el uso de dispositivo intrauterino (DIU) y la terapia de antimicrobianos resultaron los factores de riesgos más frecuentes en relación con la presencia de candida en la vagina.²⁸

En un artículo original de Ginecología y Obstetricia de México en el año 2005, se reporto un estudio prospectivo, transversal y comparativo efectuado con 84 mujeres en edad reproductiva, que utilizaron anticonceptivos orales durante más de tres años como método de planificación familiar, encontrándose una alta incidencia de virus de papiloma humano, por lo que el uso de anticonceptivos orales como método de planificación familiar podría acelerar la integración de este virus al genoma celular.²⁹

En un estudio en el año 2005 sobre factores de riesgos de infección por tricomonas en un área de salud de la provincia deiego de Ávila, cuba. Se detectaron como factores de riesgo: Nivel de escolaridad, perfil ocupacional, inicio precoz de las primeras relaciones sexuales y tener tres personas o más como pareja sexual en un periodo de seis meses.³⁰

En 2006 en un estudio sobre Prevalencia de clamida Trachomatis detectada por reacción en cadena de la polimerasa en un grupo de mujeres jóvenes sintomáticas y asintomática realizado por Melida SR. Encontró que las características de la población estudiada promedio fue de 22 años, aproximadamente dos tercios de todas las participantes pertenecían a la clasificación socioeconómica media y un tercio a la clasificación socioeconómica baja, el 64.5% del total de las mujeres estudiadas no planificaban.³¹

PLANTEAMIENTO DEL PRPBLEMA

La familia ha ido ocupando un lugar imperante en el interés investigativo del equipo de salud y más en particular el vínculo que se establece entre la salud y el proceso Salud-Enfermedad. La salud familiar puede considerarse como la salud del conjunto de los miembros de la familia, en termino de su funcionamiento efectivo, en la dinámica internacional, en la capacidad de enfrentar los cambios del medio social y del propio grupo, en el cumplimiento de las funciones para el desarrollo de sus integrantes propiciando el crecimiento y desarrollo individual, según las exigencias de cada etapa de la vida.³³

En el mundo las infecciones genitales reportan un alto índice de consulta en la mayoría de las instituciones que prestan servicios de salud.⁶ ocupando el primer lugar las vaginosis bacterianas: Los datos recopilados por la Organización Mundial de la Salud señala que cerca de 89 millones de personas presentan infección por Clamidia trachomatis; solo en Estados Unidos de América (EUA) se reporta cada año más de 4 millones de casos nuevos.(21) La candidiasis vaginales la enfermedad mas benigna del tracto genital . Tiene prevalencia mundial con mayor frecuencia en las zonas de clima cálido (tropical y subtropical) ocupando el segundo lugar a nivel mundial.⁷

En México la población amparada por el Instituto Mexicano del seguro social (IMSS) estas enfermedades se ubican dentro de los 12 principales motivos de demanda de atención en medicina familiar (Sistema Único de información, Subsistema 27. Motivo de demanda de atención en la consulta externa. 1995.¹⁵

De acuerdo a estadísticas de servicios médicos en la Unidad de Medicina Familiar No.44. Tlapacoyan, Ver. (IMSS) la cérvico- vaginitis ocupa el quinto lugar dentro de las 20 principales patologías de motivo de consulta con un total de primera vez de 157 en el periodo comprendido 2005-2006.

Infección que puede ser extremadamente problemática y causa de innumerables molestias, siendo un padecimiento que por lo general es local y benigno, pero que puede ser difícil de erradicar si no se hace un buen diagnóstico, si no se da el tratamiento adecuado y sobre todo, si no se insiste en las recomendaciones para evitar las infecciones vaginales, siendo la manifestación más común, la presencia de flujo transvaginal abundantes con cambios en su consistencia y color, ocasionando dispareunía y disuria.²⁶

La incidencia creciente de enfermedades infecciosas de cérvix uterino, vagina y vulva están relacionados, entre otros factores, con los cambios en los estilos de vida y particularmente con la conducta sexual de la población , así como por la selección natural o inducida de sus agentes causales, ello obliga a los médicos que atienden estos padecimientos a conocer los factores de riesgo más prevalentes en su ámbito de trabajo, para llevar a cabo acciones de prevención primaria y secundaria contribuyendo con ello a elevar la calidad de vida en niveles Generales de salud en las poblaciones a su cargo.

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las características familiares y epidemiológicas de las pacientes con cérvico-vaginitis de la unidad de Medicina Familiar No. 44?

JUSTIFICACION

La inflamación de la vagina y la presencia del flujo representan el diagnóstico ginecológico más frecuente en las mujeres en edad reproductiva que asisten a clínicas de primer contacto ¹⁵. En el Instituto Mexicano del Seguro Social de la unidad de medicina familiar No.44 de Tlapacoyan Ver., debido a que es una zona con clima calido y húmedo donde esta patología se desarrolla con mayor frecuencia, esta entidad clínica en el año 2004 al 2005 se ubicó dentro de las primeras doce causas de demanda de atención con un total de consultas de primera vez de 156. (Fuente de información servicios médicos de la misma unidad). La aparición de una enfermedad aguda o crónica en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición. Podría considerarse como una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros⁵, y dado que la cérvico-vaginitis impacta en forma desfavorable la salud de la mujer dando lugar a secuelas de alto costo social, económico e influyendo a su vez en el subsistema conyugal, es de vital importancia determinar las características que tienen las pacientes con esta patología para poder realizar intervenciones futuras y disminuir su incidencia y prevalencia para mejorar su calidad de vida.

La cérvico-vaginitis es uno de los principales padecimientos que atiende el medico familiar cuyo tratamiento tiene una implicación directa del subsistema conyugal, ya que de no considerarlo, el tratamiento fracasaría, por lo que decidimos estudiar este padecimiento.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL:

Determinar las características familiares y epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico clínico de cérvico-vaginitis adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 44 del IMSS durante el periodo comprendido del 1 de enero a mayo 2007

OBJETIVO ESPECIFICOS.

- ❖ Determinar los factores sociodemográficos de las pacientes con cérvico- vaginitis.
- ❖ Determinar el índice de pobreza familiar de las pacientes con diagnóstico clínico de cérvico vaginitis.
- ❖ Identificar los antecedentes génico-obstetras de las pacientes con cérvico- vaginitis.
- ❖ Determinar los métodos anticonceptivos de las pacientes con cérvico- vaginitis.
- ❖ Determinas las características familiares de las pacientes con cérvico-vaginitis.

METODOLOGIA

❖ TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo-Prospectivo-Transversal-Observaciónal

❖ POBLACION DE ESTUDIO

Todas las pacientes que asisten a la consulta externa del turno
Vespertino, con diagnostico clínico de cérvico-vaginitis

❖ LUGAR DE ESTUDIO:

Unidad de Medicina Familiar N° 44 del IMSS Tlapacoyan, Ver.

❖ TIEMPO DE ESTUDIO:

De enero a mayo del año 2007.

❖ TIPO Y TAMAÑO DE MUESTRA

n= 79

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Todas las pacientes que acudieron a la consulta externa y por clínica se le diagnóstico cérvico-vaginitis.

Pacientes con diagnóstico clínico de cérvico-vaginitis que acepten ingresar al estudio.

Paciente con diagnóstico clínico de cérvico-vaginitis que esté adscritas a la clínica.

Pacientes con diagnóstico clínico de cérvico-vaginitis que vayan en el periodo de recolección de información, de enero a mayo del 2007.

Pacientes con diagnóstico clínico de cérvico-vaginitis que sean de régimen ordinario.

Pacientes con diagnóstico clínico de cérvico-vaginitis que tengan una edad mayor a 15 años.

❖ CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Paciente con problemas psiquiátricos.

Pacientes con cambios de adscripción.

Paciente que tenga una edad menor a los 15 años.

❖ CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Pacientes que no cumplan con el protocolo de estudio.

Pacientes que fallezcan durante el estudio.

INFORMACION A RECOLECTAR (VARIABLES)

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL.	ESCALA DE MEDICION
VARIABLE DEPENDIETE CERVICOVAGINITIS	Los diferentes grados de inflamación del cérvix uterino, vagina y vulva, que se puede acompañar de leucorrea, prurito, escozor, disuria y dispareumia	A la exploración armada ginecológica	NOMINAL
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	De acuerdo al expediente clínico y numero de afiliación.	RAZON 14-19 20-29 30-39 40-49- O+
ESCOLARIDAD	Grado máximo de estudios alcanzados, que permite una mejor relación del individuo con su medio habiente	En base al numero de años cursados y aprobados	ORDINAL Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria Profesional
OCUPACION	Trabajo, empleo tarea u oficio que desempeña una persona	Lo referido por la paciente o de acuerdo al expediente clínico.	NOMINAL Hogar Obrera Empleado Profesional Otros
ESTADO CIVIL	Condición de cada persona con relación a los derechos y obligaciones	Lo referido por la paciente	NOMINAL Soltera Casada Viuda Unión libre Divorciada

NÚMERO DE GESTACIONES	Las veces que una mujer logra la concepción, independientemente de su finalización	Lo referido por la paciente	RAZON 1-2 3-4 + de 5
PARTOS	Proceso comprendido entre el comienzo de la dilatación del cuello uterino y la expulsión de la placenta	Lo referido por la paciente	RAZON 1 2 3 4 5 y más
INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA	Edad referida por la paciente en que tuvo su primera relación sexual	Lo referido por la paciente	ORDINAL Menos de 15 15-25 26-35 36-45 Mas de 45
NUMERO DE COMPAÑERO SEXUAL	Números de parejas diferentes con la que la mujer ha mantenido relaciones sexuales	Lo referido por la paciente	RAZON 1 2 3 4 5 o más
ANTICONCEPTIVO	Métodos para evitar el embarazo	Lo referido por la paciente	NOMINAL H .O H .I DIU OTB Método del ritmo

INDICE DE POBREZA FAMILIAR	Escala ponderal para evaluar el grado de pobreza en una familia	Lo referido por la paciente y medido por el índice simplificado de pobreza familiar.	ORDINAL Sin pobreza Pobreza baja Pobreza alta
TIPOLOGIA FAMILIA	Clasificación integral de la familia	Lo referido por la paciente en la encuesta dirigida	NOMINAL Por composición Por su desarrollo Por su Integración Por su ocupación Por su demografía
COMPOSICION	Categoría estructural de la familia a partir de la relación consanguínea entre jefe y los otros miembros	Lo referido por la paciente en la encuesta dirigida	NOMINAL Nuclear Extensa Compuesta
DESARROLLO	Clasificación de la familia por la aportación económica de los cónyuges	Lo referido por la paciente en la encuesta	NOMINAL Moderna Tradicional Primitiva
INTEGRACION	Clasificación de la familia por la convivencia y cumplimiento de las funciones de los conyuges	Lo referido por la paciente en la encuesta dirigida	NOMINAL Integrada Semiintegrada Desintegrada
OCUPACION	Clasificación de la familia por la actividad que desempeña uno o ambos conyuges	Lo referido por la paciente en la encuesta dirigida	NOMINAL Profesional Obrera Campesina
DEMOGRAFIA	Clasificación de la familia por el lugar de residencia	Lo referido por la paciente en la encuesta dirigida	NOMINAL Urbana Suburbana Rural
CICLO VITAL	Cambios por los que atraviesa la familia por el paso del tiempo	Lo referido por la paciente en la encuesta dirigida	NOMINAL Matrimonial Expansión Dispersión Independencia Retiro y muerte

METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION

El investigador responsable identificara todas las pacientes con diagnostico clínico de cérvico-vaginitis, derivadas de la consulta externa, turno vespertino de medicina familiar de U .M. F. No. 44 de Tlapacoyan, Ver. Durante el periodo comprendido de enero a mayo del 2007.

Una vez identificado el paciente se le pedirá su autorización para participar en el estudio de investigación, explicándole que su participación consiste en responder a una encuesta dirigida que contiene una serie de preguntas para identificar las características familiares y epidemiológicas de las paciente que se les diagnostican cérvico-vaginitis en la consulta externa de medicina familiar del turno vespertino.

Se elaborará una base de datos para la captura de la información obtenida por las cedula de recolección de datos, revisada la base de datos se hará un análisis estadístico en el programa STATICA 6.0.

Se efectuara un análisis descriptivo de cada una de las variables obteniéndose medidas de tendencia central o proporciones según el tipo de variable.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se apega a las consideraciones de los principios de la investigación médica establecida en Helsinki en 1975 enmendada en 1989, así como el reglamento de la ley general de salud de los Estados Unidos Mexicanos en el mismo rubro y a las normas dictadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social para el mismo fin.

No se requiere consentimiento informado por escrito debido a las características del estudio, pero de cualquier manera la información obtenida será confidencial y servirá para crear directrices de manejo en cuanto a los problemas de morbilidad de la UMF No.44

RESULTADOS

Se realizó un estudio sobre características epidemiológicas de las pacientes que acudieron a la consulta y clínicamente se les diagnosticó cervico-vaginitis en el periodo de Enero a Mayo del 2007.

De un total de 79 mujeres estudiadas los resultados fueron los siguientes:

De 79 pacientes estudiadas con diagnóstico clínico de cervico- vaginitis, las 79 pacientes presentaron leucorrea con un 100% (79)

En el cuadro No. 1 Se muestran las características sociodemográficas de la población estudiada.

Con respecto a la distribución por grupo de edad encontramos un predominio en la población de 25-35 años con un 44.30 % (35), seguidas por el grupo de 35 a 45 años con 32.9 % (26), el grupo de 15 a 25 años con 15.19 % (12), el grupo de 45 a 55 años con 5.06 % (4) seguidas por el grupo 55 a 65 con 1.27 % (1) y 65 a 75 con 1.27 % (1).

El nivel de escolaridad alcanzado por las pacientes en su mayoría fue el de secundaria en un 30 % (24), seguidas por educación primaria completa 19 % (15), bachillerato el 19%(15), analfabetas 8 % (6), primaria incompleta 8 % (6), licenciatura 8% (6), carrera técnica 5% (4) ningún nivel de Studio 4%(3).

Al analizar los datos sobre ocupación de la paciente encontramos que el ser ama de casa fue la principal ocupación con un 70 %(55), seguidas por las empleadas con 23 % (18), profesional con 6 % (5) y comerciantes 1 % (1).

Al analizar el estado civil de las pacientes, se encontró que las casadas representaban una frecuencia de 67 % (53), seguidas por las solteras 15 % (12), unión libre 13 % (10), Viudas 4 % (3) y las divorciadas 1 % (5)

En el cuadro No. 2 Muestra la frecuencia de pobreza familiar predominando la pobreza baja con un 47 % (37), seguida de la pobreza Alta con un 44 % (35) y sin pobreza 9 % (7) (de acuerdo al Índice simplificado de pobreza familiar).

En el cuadro No.3 Muestra los antecedentes Gineco-Obstétricos.

En cuanto al número de gestaciones según frecuencia de las mujeres ingresadas se encontró que el 33 % (26) eran secundigestas, el 20 %(16) trigestas, el 16 % (13), primigestas, y el 22 % (22) cursaron con más de cuatro embarazos y el 9 % (7) no curso con ningún embarazo.

El parto normal se observó en la gran mayoría de las pacientes que se estudiaron, en orden de frecuencia se observa que el 33 % (26) tuvieron 2 partos, seguidas del 19 % (15) con 1 parto, el 18 % (14) curso con 3 partos, el 16 % (13) curso con más de 4 partos y el 14% no curso con ningún parto.

Con respecto a la edad de inicio de vida sexual, según la frecuencia: el 4 % (51) en el grupo etéreo de 15 a 20 años, seguidas por 23% (22) las mayores de 20 años y el 8 % (6) las menores de 15 años.

En el cuadro No.4 Con relación a las practicas sexuales el 93.7 % (74) sí mantienen relaciones sexuales y el 6.3 % (5) no tienen relaciones sexuales.

Se encontró que el número de compañeros sexuales, el 92.4 % (73) respondieron tener al menos una pareja sexual, el 6.3 % (5) no tenían compañero sexual y el 1 % (1) refirió un compañero sexual.

La frecuencia de relaciones sexuales fue del 38 % (30) siendo de uno por semana, el 35.4 % (28) más de uno por semana, el 11.4 % (9) contesto uno por quincena, el 8.9% (7) refirió uno por mes, y el 6.3% (5) no mantiene relaciones sexuales.

En el cuadro No.5 Respecto a los hábitos sexuales (aseo después del coito) de las paciente en estudios según frecuencia el 60.8 % (48) no se asea después del coito, seguidas del 32.9 % (26) si se aseaban después del coito y el 6.3 % no mantienen vida sexual.

En el cuadro No.6 Referente a la frecuencia del uso de método anticonceptivo, se encontró que el 26 % (21) de nuestra población de estudio no utilizó ningún método, el 25 % (20) curso con oclusión tubaria bilateral, el 18 % (14) utilizo condón, el 14 % (11) utilizo DIU, el 10 % (8) utilizo el método del ritmo el 4 % (3) hormonales orales y el 3 % (2) hormonales inyectables.

En el cuadro No. 7 Se muestra la tipología familiar de las pacientes estudiadas:

En relación a la composición de la familia predomino la nuclear en un 73.42%, con relación al desarrollo de la familia predominó la tradicional en un 67.08%, en base a su integración el 78.5% son integradas, en relación a la ocupación el 83.6% son obrera, con relación a la demografía el 86.6% viven en zona urbana, y en base al ciclo vital de la vida el 58% se encuentra en fase de dispersión.

DISCUSIÓN

La cervico-vaginitis a nivel internacional y nacional representa un verdadero problema de salud pública ya que además de afectar la salud del individuo afecta la salud de la pareja.

El diagnóstico de las infecciones cervico-vaginales puede sospecharse en forma clínica y confirmarse mediante examen microscópico del flujo ⁶ de las 79 paciente estudiadas con diagnóstico clínico de cervico-vaginitis se comprueba que el 100 % ⁷⁹ cursaban con flujo vaginal. En la literatura nacional e internacional se hace mención que uno de los principales signos o síntomas de las cervico-vaginitis es el flujo vaginal.

La inflamación de la vagina y la presencia de flujo vaginal representan un verdadero problema de salud pública siendo el grupo de mujeres en edad fértil más afectado. ¹⁰

En este estudio realizado a los 79 pacientes con diagnóstico clínico de cervico-vaginitis, se encontró el porcentaje más alto en el grupo etáreo de 25 a 35 años con 44.30 % (35) lo cual coincide con los datos obtenidos en otras investigaciones ^{16,20,22,23,33} quienes concluyeron que la edad en la cual se presentan con más frecuencia las infecciones vaginales es la comprendida entre 24-45 años, esto probablemente se deba a que es la etapa de la vida femenina donde hay mayor actividad sexual. ²²

Otras características sociodemográficas observadas en esta investigación, es el grado estudio en donde el 30 % (24) cursaron con secundaria, coincidiendo con un estudio efectuado en la provincia de Ciego de Ávila, Cuba. Así como en otros estudios en donde el nivel de escolaridad secundaria predominó en pacientes con infecciones cervico-vaginales. ³⁰

En cuanto al perfil ocupacional, las amas de casa representan el 70 % (55) de las pacientes con diagnóstico clínico de cervico-vaginitis coincidiendo con otros estudios en donde el ser, ama de casa, es un factor de riesgo para infecciones vaginales. ^{20,30}

En base al estado civil las casadas obtuvieron una frecuencia de un 70 % (53) observándose el mismo resultado obtenido en otros estudios ²⁰, por lo que es de vital importancia dirigir el tratamiento no solo a la paciente sino a la pareja ya que esta es una de las principales causas de fracaso en los tratamientos. A pesar de ello no existen trabajos que aborden la relación de parejas en las pacientes con cérvico-vaginitis, investigaciones futuras deberán de buscar las repercusiones de este padecimiento en las relaciones del subsistema conyugal, en el presente trabajo omitimos investigar sobre este punto ya que no esperábamos estos resultados.

En relación al Índice Simplificado de Pobreza Familiar se observó que el 47 % (37) pertenece a una familia de pobreza baja y el 44 % (35) a una familia de pobreza alta; en investigaciones recientes se ha demostrado que la clase económica baja y media cursa frecuentemente con infecciones vaginales. Principalmente de transmisión sexual, concordante con datos obtenidos en la literatura. ²⁵

En cuanto a las características Gineco-Obstétricas en lo referente al número de gestas el 33 % (26) cuenta con dos gestas, en relación al número de partos el 33 % (26) tuvieron dos partos, el 19 % (15) tuvieron un parto

En un estudio publicado en la revista de Ginecología y Obstetricia de México en el año 2001 menciona que en relación con el número de embarazos, la literatura ofrece datos muy variados, pues no se han encontrado diferencias significativas entre los estudios efectuados en mujeres con pocas gestaciones y mujeres con más de tres embarazos. Sin embargo los resultados en este estudio demuestran que las mujeres con menor número de gestaciones presentaron mayor aislamiento de gérmenes considerados en este informe. ²³ Resultados que se comparan con nuestro estudio.

Respecto a la edad de inicio de las relaciones sexuales predominó el grupo de 15 a 20 años comparados con otros estudios reportando que el tener relaciones sexuales antes de los 15 años de edad (relaciones precoces) se comportó como un factor de riesgo. Es de suponer que las mujeres que inician precozmente la actividad sexual tienen más probabilidad de tener más parejas y, por lo tanto, mayor riesgo de adquirir la infección. ³⁰

En otro estudio publicado en la Revista Médica Herediana sobre prevalencia de vaginitis y vaginosis bacteriana en pacientes con flujo vaginal anormal en 1999 reporta que el IVSA predominó en pacientes de 15 a 19 años. ²⁰

En relación a la vida sexual activa el 93.7 por ciento (74) reporto mantener relaciones sexuales, y respecto al numero de compañeros sexual el 92.4 % (73) de las pacientes en el estudio respondieron tener al menos una pareja sexual, el 1.3% de las pacientes refirió tener mas de dos parejas por lo que probablemente este afectado la dinámica familiar, estudios posteriores deberán enfocarse en este suceso, ya que por tratarse de un padecimiento que afecta a la pareja su tratamiento debe abarcar todo el aspecto biológico como el aspecto psicológico, sobre todo si es visto desde la medicina familiar.

En relación a la frecuencia de relaciones sexuales el 38 % (30) tuvo relaciones una vez por semana datos que también se reportaron en otros estudios (20) estos resultados se comparan con otro estudio publicado en la revista de salud publica de México sobre factores de riesgos y secuelas reproductivas asociados a la infección por Chlamydia trachomatis en el 2003 reportando que los factores con alta significancia fueron asociados con la infección de C. trachomatis son quizás el hallazgo más sorprendente tener al menos una pareja sexual.²¹ Se observo que el 60.8 % (48) no se aseaba después del coito. Algunos autores consideran que la higiene genital deficiente influye en la prevalencia de las infecciones vaginales³⁰

El uso del método anticonceptivo se observo que 26 % (21) no utiliza ningún método y solo el 25 % (20) tenia OTB, el 18 % (14), el condón , el 14 % (11) DIU, 10 % (8) método del ritmo y el 4 % (3) hormonales orales , el 3 % (2) hormonales inyectables, algunos de estos datos se asocian a un estudio realizado en el año 2001, donde menciona que de 40 pacientes del total en estudio se reporta sin método anticonceptivos.

En relación a la tipología familiar de las pacientes con diagnostico clínico de cèrvico-vaginitis, encuentro que predominan las familias nucleares, tradicionales, integradas, obreras, urbanas, resultados similares a lo reportado por la literatura sobre estudios realizados en zonas urbanas.¹³ y en el ciclo de la vida familiar se encuentran en fase de dispersión; todo esto debido a que el municipio de Tlapacoyan es una ciudad pequeña, que se encuentra en proceso de transformación, ya que a pesar de convivir solos la pareja con los hijos han conservado la tradición tales como los roles, donde la esposas se dedica a las labores del hogar y el esposo es el proveedor, por lo que el manejo de la cèrvico-vaginitis debe ser cauteloso, para no ocasionar disfunción familiar al momento de establecer tratamiento a la pareja.

CONCLUSIONES

La cérvico-vaginitis es un padecimiento que afecta principalmente a mujeres casadas provenientes de familias nucleares tradicionales, integradas, dedicadas a las labores del hogar con malos hábitos higiénicos, por lo que desde el punto de vista de medicina familiar debe incluir a la pareja en primer termino y se debe de investigar la dinámica familiar en el subsistema conyugal y sobre todo en pacientes con cérvico-vaginitis de repetición.

RECOMENDACIONES

Es indispensable que los servicios de salud encaminen sus objetivos hacia la educación para la salud donde la promoción de la misma debe constituirse como eje central del primer nivel de atención en la población usuaria, otorgando información amplia y clara sobre la importancia del uso de métodos de planificación familiar, hábitos higiénicos adecuados y evitar conductas sexuales de alto riesgo, con la finalidad de reducir los impactos desfavorables en la salud reproductiva de la mujer.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Irigoyen CAE. Fundamentos de Medicina familia 5º Edición 1998; 3- 37
2. Archivos en Medicina Familia. Conceptos básicos para el estudio de la Familias 2005; vol.7 Supl.1:1-15
3. PAC-MF-1 Estudio de Salud Familia. Colegio Mexicano de Medicina Familiar 1º Edición 1999; 11-37.
4. Gutiérrez CA. Dinámica Familiar. II Diplomado en Medicina Familia 1997. El Colegio Jalisciense de Medicina Familiar A.C. 3-7, 168-170
5. Fernández OM. El impacto de la enfermedad en la familia. Atención primaria 1995;15(5): 273-274
6. Castillo T DC y Cols. Frecuencia de Gardnerella Vaginalis y Candida SP. En pacientes que acuden a la consultade Ginecología y enfermedades de De transmisión sexual en el Ambulatorio “Efraín Abat” Municipio Girado Maracay, Estado Aragua: Universidad de Carabobo, 2003. Tesis resepcional.
7. Issler JR, Infección del tracto genital. Revista de postgrado de la Cátedra VIa Medicina 2001; 102:21-38.
8. Pacheco J. Infección por chlamydia trachumatis Ginecología y Obstetricia 1999; (Perú); 45 (3): 159-166.
9. Caballero PR. Vaginosis bacteriana. Resumen 2000: 13 (2): 63-75
10. Trejo PJ. Guía clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de Cérvico-Vaginitis por bacterias, tricomonas y candida. Revista Médica IMSS, 2003; 41 (supl): 871-876
11. Yurss. Atención a la familia: otra forma de enfocar los problemas de salud en la atención primaria. Instrumento de abordaje familiar. ANALES Sis San Navarra 2001:24(supl.2 (:73-82

13. Mendoza SL /E Soler H/ L Sainz Vasquez. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. Archivos de medicina familiar:2006 vol.8(1) 27-32
14. Irigoyen CAE. Elementos para un análisis de la estructura familiar. Nuevo Fundamentos de medicina familiar 2º edición 2004;47-53
15. Velasco MV. Enfermedades infecciosas del cérvix, útero y vulva. Revista Méd. IMSS, 1999; 37 (3): 185-191.
16. Ortiz RC y Cols. Vaginosis Bacteriana en mujeres con leucorrea. Rev. Cubana Obste Ginecol.2005; 26 (2): 74-81
17. Barbosa RG y Cols. Vulvovaginitis Bacteriana en la Prepuber. Revista Chil. Obstet Ginecol 2005; 70 (2) 99-1029
18. Asma WM. Vulvovaginitis por Candida spp. Y Trichomonas vaginosis en mujeres sexualmente activas. Invest. clín v.43 n.1 Maracaibo mar. 2002.
19. López AJ. Y Cols. Vulvovaginitis. Guía clínica 2005; 5 (30 vol.45
20. Medina R. Prevalencia de vaginitis y vaginosis bacteriana en pacientes Flujo vaginal anormal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Rev
- 21 Guerra IF y Cols. Factores de riesgo y secuelas reproductivas Asociados a la infección por Chlamydia trachomatis en mujeres Infértiles. Salud Pública de Méx. (Cuernavaca) 2003; 45 (sup.5) 1-12.
22. López de S M. Y cols. Citología de la infecciones cervicovaginales. Revista de la facultad de farmacia. (.Mérida, Venezuela.)2001; vol.42 76 - 79
23. Mendoza GA. Frecuencia de vaginosis producida por Gardenella vaginali y su asociación con otros patógenos causantes de infección genital en la mujer. Ginecología y obstetricia de México 2001; 69: 270-276.

24. Guillen M. y cols. Hallazgos microbiológicos cèrvico-vaginales en Pacientes de pesquisa con càncer. Rev. De la Facultad de farmacia y Bioanàlisis2003
25. Ruth M y Cols. Prevalencia de Chlamydia Trachomatis detectada por Reacci3n en cadenas de la polimerasa en un grupo de mujeres j3venes Sintomàticas y asintomàticas en Bogotà, Colombia.Rev Coloma Obstet Ginecolv.57 n.3 Bogotà set 2006.29.
26. Jiménezz D. Prevalencia de enfermedades de transmisi3n sexual y uso del cond3n en sexo servidoras. Ginecologíaa y Obstetricia de Méxicoo 2001; 69 (8) : 310-314.
- 27.- Cutiè ML. Vaginosiis bacteriana en edades temprana.Rev.CUBANA Obstet Ginecol 1999;2(3):174-80.
28. Pomares RO y Cols. Conocimientos y factores de riesgo de cèrvico-Vaginitis. Revista Salud Pùblica y Nutrici3n Edici3n Especial No.1 2003.
- 29.- Salazar EL Y Cols. Influencia del uso de anticonceptivos orale De riesgo Para infecci3n por virus del papiloma hummano y neoplasis intraepitelial cervical .Ginecol Obstet Mex 2005;73:83-89
30. Suàrez HM y cols. Factores de riesgo por infecci3n por Trichomonas Vaginalis. Rev. Méx. Patol Clíoo, julio –septiembre 2005; 52 (3) 145-150
31. MELIDA SR. Prevalencia de Clamidiya Trachomatis detectada por reacci3n en cadena de la polimeriza en un grupo de mujeres j3venes sintomàticas y asintomàticas en Bogotà Colombia: Rev Colomb Obste t Ginecol 2006 . V.57n.3 .
32. Delgado CA,Naranjo FJ,Camejo MM ,y Forcelledo LC.Anàlisis de la estructura, el ciclo vital y las crisis de la familia de una comunidad.Rev Cubana 2008 Med Gen : v.18n.4

33. Flores P R. y cols. Etiología de las infecciones cèrvico vaginal en Pacientes del Hospital Juárez de México. Rev. Salud Pública de México 2003; vol. 45, supl. 5:694-697.
34. Pombo MI. Y cols. Patología infecciosa del tracto genital femenino. Departamento de Obstetricia y Ginecología 2002; Vol. 08 n 81p:4329-4339
35. Canto CT. Prevalencia de vaginosis bacteriana en un grupo de mujeres de una clínica de planificación familiar Gac Méd. Méx., 2002; 138 (1): 25-30
37. Rado A. y cols. Riesgo de las complicaciones de vaginosis bacterianas en Gestantes Ginecología y Obstetricia (Perú) 2001; 47 (3) 177-183.
38. Flores P R. y cols. Etiología de las infecciones cèrvico vaginal en Pacientes del Hospital Juárez de México. Rev. Salud Pública de México 2003; vol. 45, supl. 5:694-697.
39. Flores ER y Cols. Prevalencia de vaginosis bacteriana en una clínica Universitaria. Revista. Salud Pública y Nutrición Edición Especial No.1 2003.

ANEXOS

INDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA FAMILIAR (ISPF)					
Ingreso económico	Menos de 1 salario mínimo	4	40%		
	1 a 2 salarios mínimos	3			
	3 a 4 salarios mínimos	2			
	5 a 6 salarios mínimos	1			
	7 o más salarios mínimos	0			
	Números de hijos dependientes	3 o más hijos		2.5	25%
		2 hijos		2	
	1 hijo	1			
	Ningún hijo	0			
Escolaridad materna	Sin instrucción	2.5	25%		
	Primaria incompleta	2			
	Primaria completa	1			
	Post primaria.	0			
Hacinamiento (numero de personas por dormitorio)	3 o más personas	1	10 %		
	1 a 2 personas				

- (1) 0---3 SIN POBREZA
- (2) 4---6 POBREZA BAJA
- (3) 7 o más POBREZA ALTA.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

FOLIO No.-----

ANEXO 1 CUESTIONARIO.

1.- EDAD _____ 2.-ESCOLARIDAD _____

3. -OCUPACIÓN _____

4.-ESTADOCIVIL: 1.-Soltera _____ 2.Casada _____ 3.Viuda _____

4.-Unión libre _____ 5.Divorciada _____

5.- NIVEL SOCIOECONÓMICO:

1.-Ingreso económico familiar:1.-Menos de 1 salario mínimo1, 290 _____
2.-1 a 2 salarios mínimo.1, 290a 2, 580 _____
3.-3 a 4 salarios mínimos 3, 870 a 5, 060 _____
4.-5 o 6 salarios mínimos 6, 350 a 7,640 _____
5.-7 o más salarios mínimos de 8,930 _____

2.- Números de hijos dependientes:

1.- 3 mas hijos _____
2.- 2.hijos _____
3.- 3 hijo _____
4.- Ningún hijo _____

3.- Hacinamiento (número de personas por dormitorio):

1.3 o más personas _____
2.1a2 personas _____

4.- Escolaridad materna:

1.- Sin instrucción _____
2.- Primaria incompleta _____
3.- Primaria Completa _____

6.- ANTECEDENTE GINECO-OBSTETRA:

1.- Gesta _____ 2.- Para _____

7.- PRIMERAS RELACIONES SEXUALES:

- 1.-Menos de15años_____2.-De15a20 años_____
- 3.-Masde20años_____

8.- MANTIENE RELACIONES SEXUALES:

- 1.-Si_____2.-No_____

1.- En caso de responder afirmativamente, con cuantas personas en un periodo de 6 meses:

- 1.-Una persona_____2.- Dos personas_____
- 3.-Tres personas_____4.-Cuatro personas_____
- 5.-Mas personas_____

2.- Frecuencia de relaciones sexuales:

- 1.-Más de uno por semana_____2.-Uno por semana_____
- 3.-Uno por quincena_____4.-Uno por mes_____

3.- Se asea después de realizar acto sexual:

- 1.-Si_____2.-No_____

9.- QUE MÉTODO ANTICONCEPTIVO USTED UTILIZA:

- 1.-Hormonales orales_____2-hormonales inyectables_____
- 3.-Diu_____4.Oclusión tubaría bilateral_____
- 5.-Método del ritmo_____6.Condón:_____7.Ninguno_____

10.- EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES HA PRESENTADO ALGÚN EPISODIO DE FLUJO

1.-Si _____ 2.-No _____ 3.-No sabe _____

111.-CLASIFICACION DE ACUERDO A SU TIPOLOGIA DE LA FAMILIA

1.- COMPOSICION: Nuclear _____ Extensa _____ Compuesta _____

2.- DESARROLLO: Moderna _____ Tradicional _____ Primitiva _____

3.- INTEGRACION: Integrada _____ Semiintegrada _____ Desintegrada _____

4.- OCUPACION: Profesional _____ Obrera _____ Campesina _____

5.- DEMOGRAFIA: Urbana _____ Suburbana _____ Rural _____

6.- CICLO VITAL: Matrimonio _____ Expansión _____ Dispersión _____

Independencia _____ Retiro y Muerte _____

CARACTERISTICAS SOCIO DEMOGRAFICAS DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO CLINICO DE CERVICOVAGINITIS

CUADRO 1

n=79

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
15-25	12	15.19%
25-35	35	44.30%
35-45	26	32.91%
45-55	4	5.06%
55-65	1	1.27%
65-75	1	1.27%
TOTAL	79	100%
ESCOLARIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Ninguno	3	4%
Analfabeta	6	8%
Primaria incompleta	6	8%
Primaria completa	15	19%
Secundaria	24	30%
Bachillerato	15	19%
Carrera técnica	4	5%
licenciatura	6	8%
TOTAL	79	100%
OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Empleada	18	23%
Comerciante	1	1%
Ama de casa	55	70%
Maestra	5	6%
TOTAL	79	100%
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Soltera	12	15%
Casada	53	67%
Viuda	3	4%
Unión libre	10	13%
Divorciada	1	1%
TOTAL	79	100%

Fuente. Encuesta de la consulta externa UMF no.44

INDICE DE POBREZA FAMILIAR

CUADRO 2

INDICE DE POBREZA FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Pobreza alta	35	44%
Pobreza baja	37	47%
Sin pobreza	7	9%
TOTAL	79	100%

Fuente. Encuesta de la consulta externa de UMF no.44

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DE LA PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CERVICOVAGINITIS EN UMF No.44

CUADRO 3

NUMERO DE GESTACIONES	DE	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
0		7	9%
1		13	16%
2		26	33%
3		16	20%
4		10	13%
5		4	5%
0		11	14%
6		3	4%
TOTAL		79	100%
NUMERO DE PARTOS		FRECUENCIA	PORCENTAJE(%)
0		11	14%
1		15	19%
2		26	33%
3		14	18%
4		9	11%
5		1	1%
6		3	4%
TOTAL		79	100%

IVSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Menos de 15 años	6	8%
15 a 20 años	51	64%
Mas de 20 años	22	23%
TOTAL	79	100%

Fuente. Encuesta de la consulta externa UMF No, 44

FRECUENCIA DE PACIENTES DE U.M.F. No. 44 CON DIAGNOSTICO DE CERVICOVAGINITIS CLINICAMENTE QUE MANTIENEN RELACIONES SEXUALES.

CUADRO 4

RELACIONES SEXUALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Si	74	93.7%
No	5	6.3%
TOTAL	79	100%
NUMERO DE COMPAÑERO SEXUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
0	5	6.3%
1	73	92.4%
2	1	1.35
TOTAL	79	100(%)
FRECUENCIA DE RELACIONES SEXUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Sin relaciones sexuales	5	6.3
Mas de uno por semana	28	35.4
Uno por semana	30	38.0
Uno por quincena	9	11.4
Uno por mes	7	8.9
TOTAL	79	100 %

Fuente. Encuestas de la consulta externa de UMF No.4

FRECUENCIA DE HIGIENE POSCOITAL. DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CERVICOVAGINITIS DE UMF no. 44

CUADRO 5

ASEO POSCOITO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No tiene relaciones	5	6.3
Si	26	32.9
No	48	60.8
TOTAL	79	100%

FUENTE. Encuesta de la consulta externa de UMFNo.44

FRECUENCIA DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN PACIENTES CON DX DE CERVICOVAGINITIS CLINICAMENTE DIANOSTICADOS EN PACIENTES DE UMF No.44

CUADRO 6

METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Hormonales Orales	3	4
Hormonal inyectable	2	3
DIU	11	14
OTB	20	25
Método del ritmo	8	10
Condón	14	18
Ninguno	21	26
TOTAL	79	100

Fuente. Encuesta de la consulta externa de UMF No.44

CARACTERISTICAS FAMILIARES DE LAS PACIENTES CERVICOVAGINITIS

CUADRO 7

TIPOLOGIA FAMILIAR	CARACTERISTICAS	PORCENTAJE (%)
COMPOSICION	NUCLEAR	73.42%
DESARROLLO	TRADICIONAL	67.08%
INTEGRACION	INTEGRADAS	78.5%
OCUPACION	OBRERO	83.6%
DEMOGRAFIA	URBANA	86.08%
CICLO VITAL	DISPERSION	58.22%

Fuente: Encuesta dirigida a las pacientes de la consulta externa de UMF No. 44