

11226
117
2 Ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POST-GRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
U.M.F. No. 2**

**RELACION DE LA CERVICOVAGINITIS
CON LA PAREJA NO CIRCUNCIDADA**

T E S I S

Para obtener el grado de:
**ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

Presenta

DR. B. RAUL PEREYRA PEREZ

Asesor

**DRA. MARTHA PEREZ SANCHEZ
PROF. ADJUNTO AL DPTO DE
ENSEÑANZA E INVESTIGACION MEDICA**

FALLA DE ORIGEN

Puebla, Pue.

1995





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**Nada alienta más al que emprende
una peregrinación larga, que volver
de vez en cuando sus miradas
hacia el sitio que deja para
contemplar el camino recorrido.**

**Tal ayuda retrospectiva es además
lección útil, pues al recordar como
se vencieron pasadas dificultades,
agiliza la inteligencia y robustece
el ánimo preparándolo para vencer
dificultades nuevas.**

**Por eso la viajera infatigable que se
llama ciencia, se complace tanto en
llevar el fiel registro y la nota exacta
de su secular peregrinar.**

AGRADEZCO A

**Dra. Ana María Cerón Bautista
Jefe del Departamento de
Enseñanza e Investigación Médica
En la UMF N° 2 en Puebla**

**Dra. Martha Perez Sanchez
Prof. Adjunto al Departamento de
Enseñanza e Investigación Médica
En la UMF N° 2 en Puebla**

**Dr. José Alfonso Berlanga Aguilar
Médico Especialista en Medicina Familiar
Egresado del Curso de Formación de
Profesores en el CMN**

**Por su ayuda
Durante todo el curso y su
Colaboración incondicional
En la elaboración de este trabajo.**

A MIS PADRES

**ALFONSO PEREYRA AYALA
ISABEL PEREZ GARCIA**

**Por su apoyo confianza y comprensión
que me dieron para alcanzar
las metas trazadas**

A MI ABUELITA

GUADALUPE GARCIA CORDERO

**Quien con su cariño que la caracteriza
Hizo renacer en mí
Nuevos ánimos
Para seguir adelante**

A MI ESPOSA

MARISELA RODRIGUEZ MARTINEZ

Para tí como un presente
Por tu apoyo y comprensión
Por tu confianza y paciencia
Gracias

A MIS HIJOS

**IVAN RAUL PEREYRA RODRIGUEZ
NANCY YAMIR PEREYRA RODRIGUEZ**

Para ustedes
Que son el motivo
De mi felicidad y alegría

A MIS FAMILIARES

Con cariño y respeto

A MIS AMIGOS Y COLABORADORES

Porque la amistad perdure
y se consolide a travéz del tiempo

INDICE

	Páginas
1. Resumen	1
2. Introducción	2
Objetivos	2
3. Antecedentes Científicos	2
Trichomona Vaginalis	3
Cándida Albicans	4
Neisseria Gonorrhoeae	5
Virus Herpes Tipo 2	6
4. Material y Métodos	8
Instrumento de Investigación	8
Selección de Pacientes	8
Método Estadístico	9
Cédula de Encuesta	10
5. Resultados	11
Histograma y Polígono de Frecuencias En Grupo de Edades	
Pacientes con parejas circuncidadas	12
Pacientes con parejas no circuncidadas	13
Resultados Comparativos	14
Escolaridad	15
Circuncisión	16
Menarca	16
Ciclos Menstruales	17
Gestación	17
Inicio de Vida Sexual	18
Paridad	18
Cesáreas	19
Abortos	19

Trastornos Menstruales	20
Métodos Anticonceptivos	20
Curso de la Patología	21
Relaciones Extramaritales	21
Compañeros Sexuales	22
Sexo Anal	22
Hábitos Higiénicos	23
Detección Oportuna de Cáncer	24
Informe Citológico	24,25
6. Conclusiones	26
7. Discusiones	28
8. Bibliografía	29

RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo, transversal, descriptivo y de causa efecto en la U.M.F. 2 Puebla, cuyo objetivo fué demostrar la relación y causa más frecuente que existe entre la cervicovaginitis con parejas circuncidadas en relación con las parejas no circuncidadas.

La muestra del estudio comprendió 300 pacientes, realizándoles una encuesta de 27 preguntas: siendo el 25% pacientes circuncidados y el 75 no circuncidados. La edad de los pacientes con una media de 29.20/29.86, desviación estandar de $\pm 4.41/\pm 4.86$ en parejas circuncidadas y no circuncidadas respectivamente. El 94% de la población presentó cervicovaginitis activa, siendo el motivo de consulta el 80 a 90%, con tratamiento preventivo del 72%, y mejoría relativa del 28 al 34%.

La mayor incidencia de cervicovaginitis fué por: Cándida (17.80%/21.14%), Trichomona (19.17%/18.5%), Gardnerella (7.6%/10.30%) en parejas circuncidadas y no circuncidadas.

Las alteraciones observadas en el grupo no circuncidado fué, que a menor grado de escolaridad y escasos servicios básicos, los hábitos higiénicos disminuyeron ocasionando menor participación en DOC y adopción de métodos anticonceptivos; incrementándose el número de abortos, gestaciones, paridades y la resolución del embarazo por cesárea.

Por el contrario, el grupo circuncidado se vé favorecido sin embargo a mayor grado de cultura la mujer cuenta con mayor libertinaje sexual, con un incremento en relaciones extramaritales y compañeros sexuales.

Palabras claves: Cervicovaginitis, parejas circuncidadas, parejas no circuncidadas.

INTRODUCCION

Se ha observado en la consulta externa de la U.M.F. N°. 2 del I.M.S.S. de Puebla, un incremento en los padecimientos cervicovaginales en mujeres con vida sexual activa, sobre todo en pacientes cuya pareja no ha sido circundada. Basados en las referencias de los grupos de cervicitis de fomento a la salud, pensamos que algunos factores sean predisponentes en las infecciones y en las displasias cervicales.

Por lo tanto fué conveniente realizar una investigación de la población femenina con vida sexual activa con padecimientos cervicovaginales de esta Unidad y relacionarlas con aquellas pacientes con parejas no circundadas.

El objetivo del presente trabajo fué demostrar mediante la investigación, la relación y causa más frecuente entre la cervicovaginitis con parejas circundadas, que tienen menos problemas, que las parejas no circundadas.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Los procesos inflamatorios del cuello uterino o cervicitis en general del tracto genital, cada día despierta más interés debido a la frecuencia en que se observan de la consulta externa de los Médicos Familiares, ellos son los que tienen el primer contacto con el padecimiento, y son responsables de aplicar una terapéutica adecuada y no permitir cronicidad del mismo.

Son múltiples las causas mencionadas en la literatura que predispone a la patología cervicovaginal encontrándose: virus bacterias, hongos, protozoarios, parásitos, displasias cervicovaginales, antecedentes gineco-obstétricos como: Inicio de vida sexual, número de embarazos, cesáreas, partos, patología de otros sistemas como el urinario y cuidados higiénicos personales.

La etiología cambia de acuerdo a la edad, condiciones de salud, extracto socioeconómico e influye de manera importante la escolaridad y el grado de información que se tiene del concepto sexualidad.

Gracias a los avances registrados en la actualidad, se puede investigar la causa de infecciones repetidas crónicas y resistentes de los tratamientos instituidos, así como la aparición de nuevos fármacos que cambian el pronóstico favoreciendo a la población.

Participa en forma crucial los hábitos higiénicos en estas infecciones, se encuentra un punto susceptible a ser modificado por medio de información abierta al público recomendándose se sometan a estudio citológico regular, para descubrir anomalías, limitar el número de compañeros sexuales, el uso de métodos anticonceptivos adecuados. Modificando éstas causas tendremos en el futuro la integración de elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales como lo define la Organización Mundial de la Salud.

Se hace mención de las causas más frecuentes, así como la fisiopatología y Tx de la cervicovaginitis más frecuentes.

TRICHOMONA VAGINALIS

Este protozoo flagelado infecta vagina, conductos de Skene y vías urinarias bajas en mujeres y genitourinarias bajas en varones. Se transmite por el coito. Hay exudado de mal olor y prurito, acompañados de enrojecimiento vaginal difuso y lesiones maculares rojas en cuello en casos graves. Se observan microorganismos móviles con flagelos microscópicos en el exámen de una preparación húmeda con solución salina. En ocasiones es posible encontrar microorganismos en la muestra de orina de la mañana de un varón infectado.

Tratamiento: Es necesario tratar a ambos compañeros en forma simultánea, suele utilizarse metronidazol, 2 g en dosis única por un día, ó 250 mgrs 3 veces al día por una semana. En casos resistentes, 2 g de metronidazol en dosis única por cinco días, con inserción vaginal de una tableta oral de 500 mgrs diario. El tratamiento de un microorganismo resistente comprobado es con metronidazol, 1 g tres veces al día por 14 días, con la inserción diaria por la noche de una tableta de 500 mgrs. El metronidazol debe evitarse en el primer trimestre del embarazo.

El compañero varón debe utilizar condón durante las relaciones sexuales.

La tricomoniasis vaginal, se transmite por contacto sexual y ha sido considerada como enfermedad venérea, en nuestro país se observan en niñas y mujeres adultas, teniendo su origen en la prosmiscuidad y falta de aseo.

Medios socioeconómicos bajos, aseo e higiene personal deficientes son causa de infecciones cervicovaginales, es importante considerar si la actividad sexual se realiza con uno o varios compañeros, la masturbación con objetos extraños y el uso de ropa íntima de nylon, ya que auementa la frecuencia de dichas infecciones.

En la actualidad hay cada vez mayores indicios de que las mujeres enfrentan serios riesgos a su salud, aquellas que inician su vida sexual a temprana edad, debido a

que alcanzan la madurez física más tempranamente y a los cambios del sistema de vida por la urbanización, favorecen las oportunidades de relaciones pre y extramaritales, así, éste grupo tiene por sus características, especial vulnerabilidad a complicaciones por un mal manejo del concepto de sexualidad.

La cervicovaginitis usualmente son debidas al contacto mano-cuerpo con un adulto infectado, las infestaciones vaginales con metazoarios son resultado de la contaminación fecal de los genitales externos.

La cervicitis puede estar presente aún cuando la apariencia del ectocérvix sea normal, sin embargo la eversion del orificio externo debido a múltiples partos es factor predisponente de infección (1, 2, 3).

CANDIDA ALBICANS

Es la segunda forma más común de infección vaginal, con una frecuencia levemente más pequeña que la vaginitis por *Gardnerella vaginalis*.

El embarazo, la diabetes y el uso de antibióticos de amplio espectro o de corticosteroides predisponen la infección por *Candida*. Asimismo, la humedad, el calor y la ropa oclusiva aumentan el riesgo.

Dentro del cuadro clínico encontramos: prurito, eritema vulvovaginal y un exudado blanco tipo cuajo sin mal olor. El exámen microscópico con hidróxido de potasio al 10 a 20% revela filamentos y esporas. Pueden utilizarse cultivos en medio de Nickerson si se sospecha de *Candida* pero no se comprueba. La terapéutica con butaconazol, terconazol o miconazol en crema o supositorios todas las noches por tres o siete días; también han tenido éxito los supositorios de nistatina, la solución de violeta de genciana (1 al 2%) o las cápsulas de ácido bórico (600 mg 2 veces al día). En casos de recurrencia puede intentarse la profilaxis con estos antimicóticos dos veces a la semana o con nistatina oral, 500,000 a 1,000,000 de unidades 3 veces al día por 3 semanas. Hay que tratar al compañero sexual con cremas fungicidas. Para las mujeres con antecedentes de síntomas recurrentes de vaginitis por levaduras, se recomienda tratamiento profiláctico durante el curso de la terapéutica antibiótica sistémica.

Candida albicans, causa infección a mujeres con actividad sexual entre los 16 a 30 años, entre los factores condicionantes encontramos: Obesidad, humedad, ropa oclusiva; además ocupa un porcentaje muy elevado como agente causal de las infecciones cervicovaginales, algunos factores predisponentes son: embarazo, diabetes mellitus, infecciones urinarias; en lo que se refiere a anticonceptivos orales, parece

aumentar ligeramente la frecuencia de la candidiasis sobre todo cuando la anticoncepción oral es prolongada (4, 5, 6).

NEISSERIA GONORRHOEAE

Es un diplococo gramnegativo que de manera típica se encuentra en el interior de los PMN. Comúnmente se transmite durante el coito y su mayor frecuencia es el grupo de 15 a 29 años. El periodo de incubación suele ser de 2 a 8 días. Los datos clínicos en las mujeres son: disuria, polaquiuria y urgencia, con exudado uretral purulento. Son comunes la vaginitis y cervicitis con inflamación de las glándulas de Bartholin, sin embargo con mayor frecuencia la infección es asintomática, sólo con un exudado vaginal ligeramente mayor y cervicitis moderada en la exploración. La infección puede permanecer como cervicitis crónica, constituyendo el reservorio más grande de gonococos en una comunidad o puede progresar hasta afectar el útero y las trompas de Falopio, con salpingitis aguda y crónica, y finalmente la cicatrización de las trompas y esterilidad. La muestra de secreción se inocula por rasgado en un medio selectivo, como el de Thayer-Martin o el de Transgrow. Este último es adecuado para el transporte si no se dispone de inmediato de un laboratorio.

El tratamiento se administrará de manera típica antes de conocer a la susceptibilidad a los antimicrobianos. En consecuencia, se deberá considerar a la ceftriaxoma como tratamiento de primera línea. Se deberá tratar a todos los compañeros sexuales. Para la uretritis o cervicitis, el tratamiento de elección es ceftriaxoma, 250 mg i.m. Un régimen alternativo es la amoxicilina, 3 g vía oral una vez al día más probenecid 1 g por vía oral una vez, pero su eficiencia general es menor. Se puede utilizar la espectinomicina 1 g i.m. una vez en el alérgico a la penicilina. La gonorrea anal en las mujeres responde a los mismos medicamentos. Como es común que coexista una infección por chlamydia, debe ir seguidos de eritromicina o tetraciclina 500 mg cuatro veces al día v.o. durante siete días.

El incremento de las infecciones gonocócicas, es debido a la actitud hacia la actividad sexual dentro y fuera del matrimonio, la libertad en la mujer va en aumento, el el tabú que se tenía contra la práctica del contacto anal, genital y orogenital se ha perdido, así como la repulsión hacia la homosexualidad.

En todo el mundo hay una urbanización, una modernización rápida y la gente está rompiendo con las restricciones impuestas por sus familias y comunidades. Los medios masivos de comunicación, los grupos de compañeros, y otras fuentes de información compiten con las costumbres impuestas en el núcleo familiar, para ejercer influencia en el sexo femenino (7, 8, 9).

CHLAMYDIA TRACHOMATIS

La Chlamydia son un grupo de parásitos intracelulares, se parecen a las bacterias gramnegativas.

Las mujeres infectadas con Chlamydia pueden estar asintomáticas o presentar signos y síntomas de cervicitis salpingitis o enfermedad pélvica inflamatoria. Con frecuencia se obtienen Chlamydias del cuello uterino y puede haber una cervicitis manifiesta, salpingitis o enfermedad inflamatoria pélvica, el diagnóstico es clínico y por exclusión, o sea, por la imposibilidad para identificar gonococos en un paciente con uretritis o cervicitis. El exudado uretral o cervical tiende a ser menos doloroso, menos purulento y más líquido en infecciones por Chlamydias que en las gonocócicas. La ausencia de diplococos intracelulares gramnegativos en el exudado uretral sugiere firmemente infección por Chlamydias. Los métodos rápidos de detección de anticuerpos monoclonal inmunofluorescentes son sensibles en un 75%.

El tratamiento con frecuencia debe ser presuncional. Los regimenes terapéuticos eficaces incluyen tetraciclina o eritromicina, 500 mg cuatro veces al día, doxixilina 100 mg dos veces al día por 7 a 10 días. El trimetropincon sulfametoxazol, 160/800 mg dos veces al día es aceptable pero menos eficaz que la tetraciclina o la eritromicina, este último es el de elección en embarazadas. También debe tratarse los compañeros sexuales (10, 11, 12).

Los programas recreativos publicitarios en los medios de comunicación masiva, están impregnados de mensajes que presentan el sexo como algo atractivo, incitante y libre de riesgo. Uno de los principales riesgos relacionados con la función sexual son las enfermedades transmisibles por esta vía, algunas como la gonoreea y las infecciones por Chlamydia son debidas a la libertad de la mujer y a la actividad sexual marital y extramarital relajada.

Chlamydia trachomatis representa un importante agente infeccioso que se transmite sexualmente, se puede encontrar con mayor frecuencia que la infección causada por *N. gonorrhoeae* (13, 14)

VIRUS HERPES TIPO 2

La infección de vías genitales bajas por virus del herpes tipo 2 es una enfermedad de frecuencia y gravedad crecientes. Neisels y Fortin llaman la atención acerca del hecho de que los condilomas se presentan con mayor frecuencia como lesiones en placas y raramente como las clásicas vegetaciones del condiloma acuminado.

Las lesiones por herpes tipo 2 incluye en gran parte al aparato genital; la latencia en los ganglios presacros con reactivación por influencias desconocidas, es responsable de la enfermedad recurrente.

Los medicamentos que inhiben la replicación del herpesvirus incluyen idoxuridina y trifluridina además del aciclovir que es benéfico en infecciones genitales primarias sintomáticas (habitualmente HSV-2) en especial en mujeres y también en lesiones diseminadas de neonatos o pacientes inmunosuprimidos. El aciclovir a razón de 200 mg 5 veces al día, puede reducir la frecuencia y la gravedad de las lesiones herpéticas recurrentes. El aciclovir tópico como solución al 5%, puede reducir la liberación de virus así como también el dolor local y acortar el tiempo de curación, pero tiene poco efecto sobre las lesiones recurrentes o los índices de recurrencia; puede ayudar para el tratamiento de lesiones mucocutáneas en personas inmunocomprometidas. La idoxuridina tópica, 0.1% cada 1 a 2 hrs durante 3 a 5 días; la trifluridina tópica, gotas al 1% cada 2 hrs hasta 9 gotas al día.

Los herpesvirus pueden infectar al feto e inducir malformaciones congénitas. Los virus también se han asociado con carcinoma cervical y linfoma de Burkitt, pero no está clara la relación. Cuando está comprometida la superficie epitelial, puede presentarse liberación prolongada de herpesvirus y diseminarse con el contacto (13, 14, 15, 16)

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio prospectivo, tansversal, descriptivo y de causa efecto.

INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

Se aplicó una encuesta (anexa) de 27 preguntas al grupo de mujeres con padecimientos cervicovaginales con parejas circuncidadas y al grupo de mujeres con padecimientos cervicovaginales con parejas no circuncidadas.

SELECCION DE PACIENTES

Universo de trabajo

Se tomaron por simple disponibilidad y en un lapso de 6 meses, se aplicó una encuesta al grupo de mujeres con padecimientos cervicovaginales con parejas circuncidadas y al grupo de mujeres con padecimientos cervicovaginales con parejas no circuncidadas.

SELECCION DE PACIENTES

Universo de trabajo.

Se tomaron por simple disponibilidad y en un lapso de 6 meses, se aplicó una encuesta al grupo de mujeres con padecimientos cervicovaginales con parejas circuncidadas y al grupo de mujeres con padecimientos cervicovaginales con parejas no circuncidadas, ambos grupos con exámen citológico de la U.M.F. No. 2 del I.M.S.S.

El proyecto fué aprobado por el comité local de investigación y los pacientes que participaron respondieron a la encuesta, teniendo libre disponibilidad.

CRITERIOS DE INCLUSION

Se incluyeron mujeres de 17 a 49 años de edad con vida sexual activa, no interesando estado civil, religión ni condiciones socioeconómicas.

CRITERIOS DE NO INCLUSION

No se incluyeron pacientes menores de 16 años y mayores de 50 años de edad en fase de menopausia y embarazadas.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Se excluyeron pacientes que cursaron con enfermedades debilitantes: CaCu, leucemias, I.C.C.

AMBITO GEOGRAFICO DONDE SE REALIZO LA INVESTIGACION

Este estudio se realizó en el departamento de DOC de la U.M.F. No: 2 del I.M.S.S. en Puebla, Pue.

LIMITES EN EL TIEMPO DE INVESTIGACION

Este estudio se realizó del 1 de marzo al 31 de octubre de 1994.

METODO ESTADISTICO

El presente estudio es el resultado de haber utilizado datos estadísticos de tendencia central como: media en su primera muestra 29.20, segunda muestra 29.86, mediana, moda; medidas de dispersión como media aritmética, varianza en su primera muestra 19.46 y en la segunda muestra 23.66; además por desviación estandar se obtuvo ± 4.81 en la primera muestra y el ± 4.86 en la segunda muestra. Con un nivel de significación del 0.05. (17)

CEDULA DE ENCUESTA

La encuesta aplicada a las 300 pacientes es la que a continuación se menciona.

No. _____

NOMBRE _____

No. DE AFILIACION _____

EDAD _____ ESCOLARIDAD _____

AGO: MENARCA _____ IVSA _____ CICLOS _____ GESTA _____ PARA _____

ABORTOS _____ CESAREAS _____ TRANSTORNO MENSTRUAL _____

LEUCORREA _____

ACUDIO A CONSULTA _____ RECIBIO TRATAMIENTO _____

MEJORIA _____ HIGIENE PERSONAL _____

No: COMPAÑEROS SEXUALES _____

RELACIONES FUERA DEL MATRIMONIO _____

PRACTICA SEXO ANAL _____

ESPOSO CIRCUNCIDADO _____

D.O.C PREVIOS _____ FECHA _____

No: DE CUARTOS _____

CUENTA CON TODOS LOS SERVICIOS _____

RESULTADOS DEL D.O.C : CLASE _____

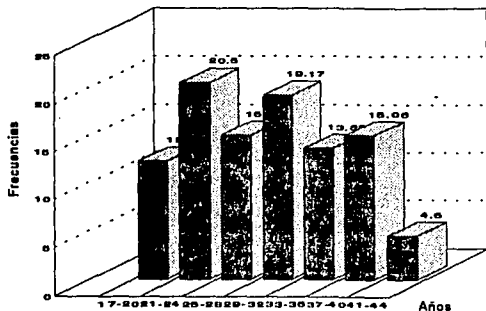
R. INFLAMATORIA _____ FLORA _____



RESULTADOS

HISTOGRAMA Y POLIGONO DE FRECUENCIAS

GRUPO DE EDADES EN PACIENTES CON PAREJAS CIRCUNCIDADAS
 APLICACION DE FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y REALATIVAS



HISTOGRAMA DE FRECUENCIA

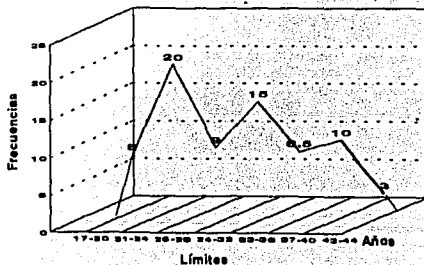
MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL
 MEDIA = 36.5
 MEDIANA = 29
 MODA = 9

MEDIDAS DE VARIACION
 RANGO = 26
 VARIANZA = 19.46
 DESV. EST. = 4.41

Límites

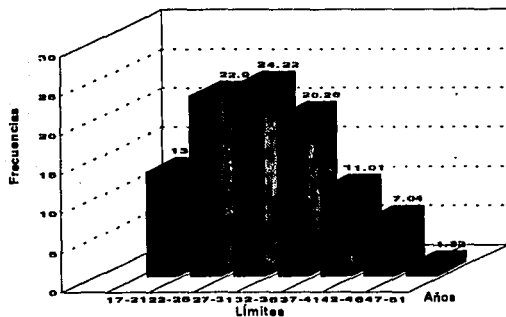
L1	L2	Fa	Nf
17	20	8	15.22
21	24	15	20.54
25	28	11	15.06
29	32	14	18.17
33	36	10	13.49
37	40	11	15.08
41	44	3	4.10

POLIGONO DE FRECUENCIA



HISTOGRAMA Y POLIGONO DE FRECUENCIAS

GRUPO DE EDADES EN PACIENTE CON PAREJAS NO CIRCUNCIDADAS
 APLICACION DE FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS



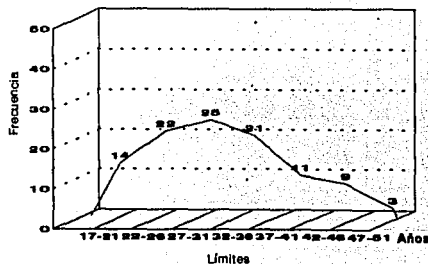
HISTOGRAMA DE FRECUENCIA

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL
 MEDIA = 19
 MEDIANA = 20
 MODA = 19

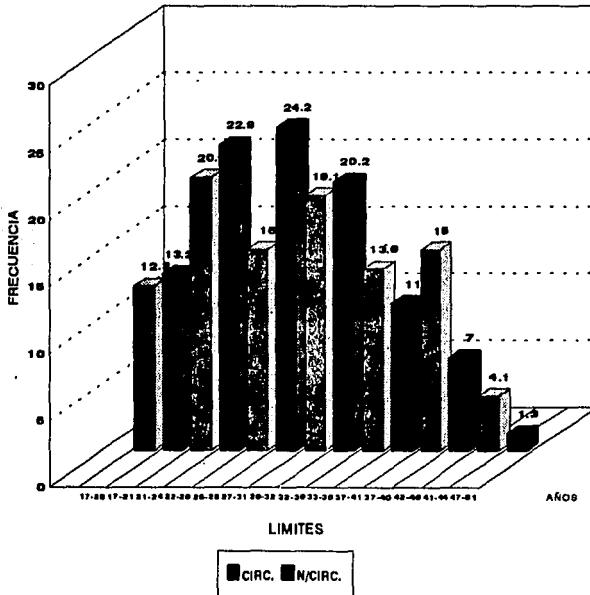
MEDIDAS DE VARIACION
 RANGO = 32
 VARIANZA = 26.66
 DEV. EST. = ±4.86

L1	L5	F _a	%F
17	31	30	19.31
22	36	52	28.90
27	31	58	34.32
32	36	46	29.86
37	41	35	11.01
42	46	16	7.04
47	51	3	1.99

POLIGONO DE FRECUENCIA



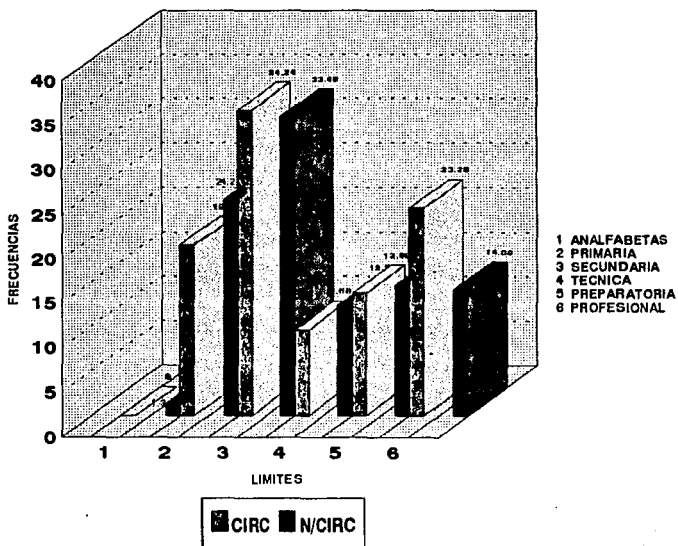
GRAFICA COMPARATIVA



Fuente: encuesta

Gráfica comparativa de pacientes con parejas circuncidados y no circuncidados de acuerdo a frecuencias absolutas y relativas y por grupo de edad.

ESCOLARIDAD



Fuente: Encuesta

En esta tabla se observa que el mayor índice lo ocupa el grupo con secundaria en ambos grupos observándose un incremento del 9.8% en 5 años en pacientes profesionistas.

FACTORES Y CAUSAS RELACIONADOS CON LA CERVICOVAGINITIS

TABLA No: 1

CIRCUNCISION

	CIRC	%	N/CIRC	%
	73	24.3	227	75.6%
Total	73		227	

Fuente: encuesta
El índice de pac. circ. se ha incrementado últimamente, persistiendo el incremento en los pac. n/circ. con un 51.3%.

FACTORES Y CAUSAS RELACIONADOS CON LA CERVICOVAGINITIS

TABLA No: 2

MENARCA

Edad	CIRC	%	N/CIRC	%
10 años	3	4.10	5	2.20
11	9	12.32	46	20.26
12	20	27.39	67	29.51
13	20	27.39	59	25.99
14	9	12.32	31	13.65
15	8	10.95	12	5.28
16	4	5.47	5	2.20
18	0	0	2	0.88
Total	73	100%	227	100%

Fuente: encuesta
El grupo de 12 y 13 años con el más grande porcentaje de acuerdo a lo reportado en la literatura.

FACTORES Y CAUSAS RELACIONADOS CON LA CERVICOVAGINITIS

TABLA No: 3

CICLOS MENSTRUALES

Días	CIRC	%	N/CIRC	%
19 - 22	1	1.36	5	2.20
23 - 25	5	6.34	8	3.52
26 - 28	34	46.57	107	47.13
29 - 31	28	38.35	101	44.49
32 - 34	1	1.36	4	1.76
35 - 60	4	5.47	2	0.88
Total	73	100%	227	100%

Fuente: encuesta

Las alteraciones en los ciclos menstruales se observan en pac. con parejas no circuncidadas.

FACTORES Y CAUSAS RELACIONADOS CON LA CERVICOVAGINITIS

TABLA No: 4

GESTACION

No:	CIRC	%	N/CIRC	%
0	3	4.10	17	7.48
1 - 2	49	67.12	120	52.86
3 - 4	16	21.91	60	26.43
5 - 6	4	5.47	24	10.57
7 - 8	1	1.36	3	1.32
9 - 10	0	0	2	0.88
11 - 12	0	0	1	0.44
Total	73	100%	227	100%

Fuente: encuesta

El No: de pacientes que opta por disminuir el número de embarazos ha disminuido sobre todo el grupo CIRC.

FACTORES Y CAUSAS RELACIONADOS CON LA CERVICOVAGINITIS

TABLA No: 5

INICIO DE VIDA SEXUAL

Años	CIRC	%	N/CIRC	%
11	0	0	1	0.44
12	1	1.36	1	0.44
13	1	1.36	3	1.32
14	4	5.47	5	2.20
15	5	6.84	11	4.84
11 - 15	11	15.06	21	9.25
16 - 20	41	56.16	135	59.47
21 - 25	14	19.17	54	23.78
26 - 30	5	6.84	15	6.60
31 - 35	2	2.73	2	0.88
Total	73	100%	227	100%

Fuente: encuesta

El grupo de 16 a 20 años ocupa el más alto porcentaje además el grupo en riesgo de 11 a 15 años se incrementa en un 10.86% en los últimos 5 años.

FACTORES Y CAUSAS RELACIONADOS CON LA CERVICOVAGINITIS

TABLA No: 6

PARIDAD

No:	CIRC	%	N/CIRC	%
0	17	23.28	60	23.43
1 - 2	41	56.16	117	51.54
3 - 4	12	16.43	36	15.85
5 - 6	2	2.73	9	3.96
7 - 8	1	1.36	4	1.76
9	0	0	1	0.44
Total	73	100%	227	100%

Fuente: encuesta

La paridad natural en el grupo circuncidado ha prevalecido en un 4.6% sobre el otro grupo. En tanto las paridades mayores corresponden al grupo n/circ.

FACTORES Y CAUSAS RELACIONADOS CON LA CERVICOVAGINITIS

TABLA No: 7

CESAREAS

No:	CIRC	%	N/CIRC	%
0	56	76.70	180	79.29
1	12	16.40	31	13.65
2	1	5.47	13	5.72
3	1	1.36	3	1.32
6	1	1.36	0	0
Total	73	100%	227	100%

Fuente: encuesta

El grupo circ. con menor número de casos, sin embargo presenta un 2.7% de prevalencia de resolución por cesárea en el grupo de pac. n/circ.

FACTORES Y CAUSAS RELACIONADOS CON LA CERVICOVAGINITIS

Tabla No: 8

ABORTOS

No:	CIRC	%	N/CIRC	%
0	61	83.56	166	73.12
1	9	12.32	43	18.94
2	2	2.73	11	4.84
3	0	0	7	3.08
4	1	1.36	0	0
Total	73	100%	227	100%

Fuente: encuesta

El grupo mayor afectado es el n/circ. con un aumento del 10.4%.

FACTORES Y CAUSAS RELACIONADOS CON LA CERVICOVAGINITIS

TABLA No: 9

TRANSTORNOS MESTRUALES

	CIRC	%	N/CIRC	%
SI	38	52.05	104	45.81
NO	35	47.94	123	54.18
Total	73	100%	227	100%

Fuente: encuesta

El porcentaje mayor lo ocupa el grupo circuncidado, con un 6.24% sobre el otro grupo.

FACTORES Y CAUSAS RELACIONADOS CON LA CERVICOVAGINITIS

TABLA No: 10

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Método	CIRC	%	N/CIRC	%
D.I.U.	27	36.9	83	36.50
O.T.B.	11	15.06	42	18.50
Ninguno	11	15.06	31	13.65
Ritmo	7	9.58	32	14.09
Hormonales O.	6	18.21	21	9.25
Local	3	4.10	6	2.43
Preservativo	3	4.10	4	1.76
Injectable	3	4.10	3	1.32
Vasectomía	2	2.73	2	0.88
Histerectomía	0	0	3	1.32

Fuente: encuesta

En la actualidad la mujer prefiere el método anticonceptivo con alto índice de eficacia (DIU), prevaleciendo la elección de métodos en el grupo circ. en un 1.5% y un 1.8% en métodos definitivos.

FACTORES Y CAUSAS RELACIONADOS CON LA CERVICOVAGINITIS

TABLA No: 11

CURSO DE LA PATOLOGIA

Concepto	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%
Flujo	69	94.5	4	5.4	218	96.0	9	3.9
Acudió a consulta	59	80.8	14	19.1	204	89.8	23	10.1
Recibió tratamiento	53	72.6	20	27.3	164	72.2	63	27.7
Mejoría	21	28.7	52	71.2	77	33.71	150	66.0
Total								

Fuente: encuesta

El 94% de la población presenta cervicovaginitis activa, siendo el motivo de consulta en un 80 a 90% de los cuales habían recibido tratamiento previamente el 72% con mejoría relativa del 28 al 34% al momento de la encuesta.

FACTORES Y CAUSAS RELACIONADOS CON LA CERVICOVAGINITIS

TABLA No: 12

RELACIONES EXTRAMARITALES

Concepto	CIRC	%	N/CIRC	%
SI	13	17.80	24	10.5
NO	60	82.20	203	89.5
Total	73	100%	227	100%

Fuente: encuesta

La literatura menciona mayor libertad de la mujer para la práctica de las relaciones extramaritales, aquí se encuentra un incremento en parejas circ. del 7.3% sobre el otro grupo.

FACTORES Y CAUSAS RELACIONADOS CON LA CERVICOVAGINITIS

TABLA No. 13

COMPAÑEROS SEXUALES

No:	CIRC	%	N/CIRC	%
1	57	78.08	193	85.02
2	12	16.43	31	13.65
3	4	5.47	2	0.88
4	0	0	1	0.44
Total	73	100%	227	100%

Fuente: encuesta

El grupo de parejas circuncidados con un incremento del 2.7 al 4.5% sobre el grupo de parejas no circuncidadas. observado sobre todo en pac. profesionistas, divorciadas y solteras.

FACTORES Y CAUSAS RELACIONADOS CON LA CERVICOVAGINITIS

TABLA No: 14

SEXO ANAL

Concepto	CIRC	%	N/CIRC	%
SI	17	23.28	59	25.99
NO	56	76.71	168	74.01
Total	73	100%	227	100%

Fuente: encuesta

Los hábitos sexuales con un moderado incremento en los últimos 5 años. Prevalciendo el grupo no circuncidado en un 2.7%.

FACTORES Y CAUSAS RELACIONADOS CON LA CERVICOVAGINITIS

TABLA No: 15

HABITOS HIGIENICOS

Concepto	CIRC	%	N/CIRC	%
Bueno	13	17.80	27	11.89
Regular	31	42.46	101	144.49
Malos	29	39.72	99	43.60
Total	73	100%	227	100%

SERVICIOS BASICOS

SI	55	75.30	156	68.72
NO	18	24.65	72	31.70
Total	73	100%	227	100%

Fuente: encuesta

La costumbre en el adecuado manejo de los hábitos se consigna en el grupo circuncidado, en un incremento del 5.91% sobre el otro grupo, siendo secundario a la falta adecuada de servicios básicos.

FACTORES Y CAUSAS RELACIONADOS CON LA CERVICOVAGINITIS

TABLA No: 16

CUARTOS

No:	CIRC	%	N/CIRC	%
1 - 2	50	68.49	176	77.5
3 - 4	21	28.76	48	21.14
5 - 6	0	0	3	1.32
8 - 10	2	2.7	0	0
Total	73	100%	227	100%

Fuente: encuesta

Se incrementa el nacimiento en un 13.61% en el grupo no circuncidado.

FRECUENCIA Y TIPOS RELACIONADOS CON LA CERVICOVAGINITIS

TABLA No: 17

DETECCION OPORTUNA DE CANCER (DOC)

Tiempo	CIRC	%	N/CIRC	%
1º vez	27	36.90	70	30.83
- 6 meses	4	5.47	12	5.28
1 - 2 años	25	34.24	95	41.85
3 - 4	8	10.95	21	9.25
5 - 6	7	9.58	26	11.46
7 - 8	0	0	3	1.32
9 - 10	2	2.73	0	0
Total	73	100%	227	100%

Fuente: encuesta servicio de DOC UMF

El incremento del 6.07% en pac. con parejas circ. que se les practica exámen por primera vez en relación al otro grupo es considerable, además se observa un incremento en éste grupo que no se realiza con la frecuencia señalada.

FRECUENCIAS Y TIPOS RELACIONADOS CON LA CERVICOVAGINITIS

TABLA No: 18

INFORME CITOLOGICO

	CLASE				R. INFLAMATORIA			FLORA				
	C	%	N/C	%	C	%	N/C	%	C	%	N/C	%
0	0	0	0	0	5	6.8	10	4.4	1	1.3	9	3.8
1	21	28.7	65	28.6	10	13.6	38	16.7	11	15.0	36	15.8
2	42	57.5	128	56.3	36	49.3	102	44.9	34	46.5	93	40.9
3	10	13.6	31	13.6	20	27.3	70	30.8	16	21.9	64	28.2
4	0	0	3	1.3	2	2.7	7	3.0	11	15.0	25	11.0
T	73	100	227	100	73	100	227	100	73	100	227	100

Fuente: encuesta servicio de DOC UMF

Los resultados son similares en ambos grupos con una inclinación mínima al grupo con parejas no circuncidadas.

FRECUENCIAS Y TIPOS RELACIONADOS CON LA CERVICOVAGINITIS

TABLA No: 19

INFORME CITOLOGICO (PAPANICOLAQU)

Atipias celulares	CIRC	%	N/CIRC	%
Candida A.	13	17.80	48	21.14
Trichomana V.	14	19.17	42	18.50
Gardnerella	11	15.06	24	10.50
Chlamydia T.	2	2.73	18	7.92
Edema	4	5.47	17	7.48
Mixta	6	8.21	12	5.28
Ausencia de Atipias	4	5.47	13	5.28
Viral	4	5.47	11	4.84
Hiperemia	3	4.10	5	2.20
Erosiva	2	2.73	7	3.08
Papiloma	1	1.36	2	0.88
Ulcerado	1	1.36	3	1.32
Neisseria G.	1	1.36	6	2.64
Condiloma	1	1.36	1	0.44
Bacilliforme	0	0	2	0.88
Haemophilus	0	0	1	0.44
Total	73	100	227	100

Fuente encuesta servicio de DOC UMF

El principal agente causal y de acuerdo a lo referido en la literatura sigue siendo la Candidiasis, seguido de la Trichomoniasis; incrementándose en los últimos años la presencia de la Chlamydia Trachomatis, sobre todo en el grupo no circuncidado.

CONCLUSIONES

En la población investigada se confirma que un 25% está circuncidada de una muestra de 300 pacientes obtenidas del programa de DOC.

En relación al grupo de edad el mayor porcentaje de la patología lo ocupa el grupo de 21 a 25 años y de 30 a 40 años, con una tendencia al grupo no circuncidado.

El grado de escolaridad continua siendo motivo de comprensión de la importancia de la patología, observándose un incremento de la cervicovaginitis del 9.8% en un lapso de 5 años en pacientes profesionistas.

Los antecedentes gineco-obstétricos de mayor relevancia como el IVSA a temprana edad (11 a 15 años) con un 15% con inclinación al grupo circuncidado, ocasionando serios problemas sobre todo en la participación en DOC (6.07% sobre los no circuncidados), la adopción de métodos anticonceptivos (1.5% en temporales y 1.8% en definitivos a favor de grupo circuncidado), ocasionando un incremento en el número de abortos (10.4% con afección al grupo no circuncidado), gestaciones (11.6% sobre el grupo no circuncidado), paridades naturales (4.6% a favor del grupo circuncidado) y la resolución de embarazos por cesárea (2.7% por el grupo circuncidado).

La frecuencia de la patología ocasionada por flujo transvaginal estuvo presente en el 96% de las paciente, de las cuales el 80% acudió a consulta, y de ellos recibieron tratamiento un 72%, con una mejoría del 28% antes de la toma del DOC.

La libertad hoy en día condiciona al incremento en las relaciones extramaritales sobre todo en el grupo circuncidado con un incremento del 7.3% sobre el otro grupo. Aunado al número de compañeros sexuales del grupo circuncidado del 2.7% al 4.5% sobre el grupo no circuncidado, observado sobre todo en pacientes profesionistas, divorciadas y solteras.

Los hábitos sexuales (sexo anal) con un moderado incremento en los últimos cinco años, prevaleciendo el grupo circuncidado en un 2.7%.

El hacinamiento prevalece en un 13.61% sobre todo en el grupo no circuncidado, ocasionando una deficiencia en el adecuado manejo de los hábitos del 6.58% por encima del grupo no circuncidado.

Los resultados citológicos son similares en ambos grupos con una inclinación al grupo no circuncidado del 1.2%.

Los principales agentes causales reportados: *Cándida* (17.80%/21.14%), *Trichomona* (19.17%/18.5%), *Gardnerella* (7.80%/10.30%). Se observó el incremento en los últimos 5 años la presencia de *Chlamydia Trachomatis* en el grupo no circuncidado.

Por lo tanto concluimos que los factores socioculturales investigados, si tienen importancia en la aparición de infecciones cervicovaginales que se menciona por diversos autores al hablar de la etiología, persistencia, recurrencia y cronicidad de la infección cervicovaginal siendo más frecuentes en las parejas no circuncidadas que en las parejas circuncidadas.

DISCUSION

Las alteraciones observadas en el grupo no circuncidado fué que a menor grado de escolaridad y escasos servicios básicos, los hábitos higiénicos disminuyeron, ocasionando menor participación en DOC y adopción de métodos anticonceptivos; y por ende el incremento en el número de abortos, gestaciones, paridades y resolución del embarazo por cesárea.

Por el contrario, el grupo circuncidado es favorecido sin embargo, a mayor grado de cultura la mujer cuenta con mayor libertinaje sexual, ocasionando un incremento en las relaciones extramaritales y compañeros sexuales.

Por lo tanto, es conveniente enfatizar la educación en la niñez sobre todo, en los aspectos de adopción de los hábitos higiénicos así como la orientación en la sexualidad en general. Ya que de acuerdo a la tenacidad se obtendrán disminución de la cervicovaginitis.

Por otro lado la paciente con mayor libertinaje sexual secundario a diversos factores entre ellos; la no satisfacción sexual por parte de su pareja circuncidada, la obliga ir en busca del placer sexual con otros compañeros sexuales tal vez no circuncidados. Ocasionando la prevalencia del padecimiento.

Por lo que se considera, que debería realizar programas para la reeducación a toda paciente con padecimientos cervicovaginales, brindar una adecuada orientación no sólo en los centros de salud sino a nivel privado, apoyándose con los centros de salud de psicoanálisis. Dando de esta manera un tratamiento Multidisciplinario.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

29

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Brown, W.: Variations in the vaginal bacterial flora: Preliminary report. Ann. Intern. Med. 96 (6pt): 931-934-, 1992.
- 2.- Calderón, J.E. Infecciones Vulvovaginales conceptos clínicos de Infectología. México: Francisco Méndez Cervantes, 1992; 351-367.
- 3.- Biagi F. Tricomoniasis. Enfermedad parasitaria. México: Prensa Médica Mexicana 1991: 125-128.
- 4.- Eschenbach AD, Hummel D, Gravett GM. Recurrent and Persistent vulvovaginal Candidiasis: Treatment with ketoconazole. Obe and Gyn 1991: 66: 248-253
- 5.- Horowitz JB, Edelstein WS, Lippman L. Candida tropicalis vulvovaginitis. Obs and Gyn 1992; 66:229-232
- 6.- Sobel DJ. Candidiasis vulvovaginal. Annl de Med Int 1991; 79-82.
- 7.- Barnes CR, Holmes KK. Epidemiology of Gonorrhoease current perspectives. Epid Rev 1992; 6: 1-30.
- 8.- Toirac LA, Mulens CP, Moya JG, Martínez PV. Infección gonocócica en la mujer. Rev cub de Obs y Gyn 1992: 12: 12-16.
- 9.- De la Cruz GR, Calderón JE. Diagnóstico rápido de infecciones cervicovaginales. Inf. 1991; 5: 115-120
- 10.- Smith, C. et al.: Bacterial flora of the vagina during the menstrual cycle: Findings in users of tapers, napkins and sea sponges. Ann. Intern. Med 96
- 11.- Monini Kok Deddish AP. Prevalence of Chamydia Trachomatis in the pregnant cervix. Obs and Gyn 1992; 66:241-243
- 12.- Thompson Es., Washington Ae. Epidemiology of sexually trasmitted chamydia Trachomatis infection. Epide Rev 1993; 5:96-118
- 13.- Narváez Cr. Displasias especiales de cuello uterino Trib Med 1992; 17-19

- 14.- Organización Mundial de la salud. Infecciones genitales por papiloma virus humanos y cáncer. Memorandum de una reunión de la OMS Bol of Sanit Panam 1991; 72:733-737
- 15.- Rodis Fj, Hovick Jt, Quinn LD et al. Human parvivirus infection in pregnancy. Obs and Gyn 1993; 72:733-737.
- 16.- Suárez M, Labbé V, Saavedra T, Ojeda MJ. tipos viricos del Herpes simple asociado a infecciones genitales primarias recurrentes en Chile. Bol of Sanit Panam 1992; 105:13-18
- 17.- Colton, T. Estadística en Medicina. Barcelona. España. Salvat editores, 1979.