



UNIVERSIDAD POPULAR AUTONOMA DEL ESTADO DE PUEBLA

FACULTAD DE MEDICINA

"CERVICOVAGINITIS POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS"



TESIS PROFESIONAL

Para Obtener Título De:

MEDICO CIRUJANO

Presenta

GERARDO OREA ESTUDILLO

Puebla, Pue. Agosto de 1999.



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyla**

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 textos, imágenes, gráficas, 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 de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD POPULAR AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE PUEBLA

BIBLIOTECA CENTRAL DE MEDICINA

21 SUR No. 1103

C.P. 72160

TEL. 2-462664

DEPARTAMENTO DE TESIS PROFESIONALES
AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN

• DATOS DEL TESISISTA

APELLIDOS Y NOMBRE(S): OREA ESTUDILLO GERARDO.

DIRECCIÓN Y TELÉFONO: NANCHITAL Y 18 DE MARZO. COL. EL PARAISO Tel. 2-05-12.

AÑO DE INGRESO A LA FACULTAD: 1992. HUAUCHINANGO PUE.

TÍTULO DE TESIS: PREVALENCIA DE CERVICOVAGINITIS POR CLAMIDIA TRACHOMATIS

ÁREA A LA QUE PERTENECE LA INVESTIGACIÓN: EN EL C.S.R.D COMUNIDAD CHICONTLA/PUE.

-GINECOLOGIA-.

PROTOCOLO (En original y copia)

APELLIDOS Y NOMBRE(S) DEL ASESOR EXPERTO: Dr. RAFAEL ISLAS PEREZ.

ESPECIALIDAD: - GINECO-OBSTETRA-.

DOMICILIO: JUAN GALINDO No. 10 TELÉFONO: 2-01-69.
HUAUCHINANGO PUE.

FIRMA: [Firma]

APELLIDOS Y NOMBRE(S) DEL ASESOR METODOLÓGICO: Dr. LUIS VAZQUES ROJAS.

ESPECIALIDAD:

DOMICILIO: 21 Sur 1103 TELÉFONO: 2-462664

FIRMA: [Firma]

Los asesores tienen el compromiso y la responsabilidad de orientar al tesisista en el proceso de la aplicación de la Metodología Científica de investigación relacionado con el tipo de estudio.

Vo. Bo. DEL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE TESIS:

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 05-06-99.

FIRMA DEL ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS: • TESIS [Firma]

La presentación de la tesis será elaborada en computadora, a doble espacio, firmada por los asesores respectivos y no podrá hacerse antes de cumplir 15 días de haber sido aprobado el protocolo.

13-08-99
FECHA DE AUTORIZACION

[Firma]
DR. FAUSTO ALVAREZ DIB
Director de la Facultad de Medicina



48076

DEDICATORIA:

A MIS PADRES:

**DR. DANIEL OREA BLANCO.
SRA. OLGA ESTUDILLO DE OREA.**

INDICE

RESUMEN	1
OBJETIVO	
TIPO DE ESTUDIO	
SITIO DE REALIZACION	
POBLACION PARTICIPANTE	
MEDICIONES Y RESULTADOS MAS IMPORTANTES	
ANTECEDENTES	2
ANTECEDENTES GENERALES	
MUCOSA VAGINAL	4
FISIOLOGIA VAGINAL	
MANIFESTACIONES CLINICAS	5
DIAGNOSTICO	
PREVENCION	
ANTECEDENTES ESPECIFICOS	9
CERVICITIS	
ENDOMETRITIS	11
SALPINGITIS Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA	
EPIDIDIMITIS	13
PROSTATITIS	
TRATAMIENTO	
DETECCION DE LA CHLAMYDIA	17
TRATAMIENTO	
OBJETIVOS	19
OBJETIVOS GENERALES	
OBJETIVOS ESPECIFICOS	
MATERIAL Y METODO	20
TIPO DE ESTUDIO	
CARACTERISTICAS DEL ESTUDIO	
RETROSPECTIVO	
TRANSVERSAL	
DESCRIPTIVO	
OBSERVACIONAL	
POBLACION EN ESTUDIO	
CRITERIOS DE INCLUSION	
DEFINICION DE VARIABLE	22
CERVICONVAGINITIS	
CLAMIDIASIS	
RESULTADOS	23
GRAFICA 1 DISTRIBUCION POR EDAD	24
GRAFICA 2 DISTRIBUCION POR TRANSMISION	26
GRAFICA 3 DISTRIBUCION POR CLAMIDIASIS QUE MAS SE DETECTA	28
GRAFICA 4 DISTRIBUCION POR SINTOMATOLOGIA	30
GRAFICA 5 DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL	32
DISCUSION	33
CONCLUSIONES	34
REFERENCIAS	35

RESUMEN

OBJETIVO.

Determinar la prevalencia de chlamydia trachomatis en pacientes con cervicovaginitis en el Centro de Salud Rural Disperso de la Comunidad de Chicontla Puebla, durante 1998.

TIPO DE ESTUDIO.

Es un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal.

SITIO DE REALIZACION.

En el Centro de Salud Rural Disperso de la Comunidad de Chicontla Puebla.

POBLACION PARTICIPANTE.

Paciente con cervicovaginitis.

MEDICIONES Y RESULTADOS MAS IMPORTANTES.

La edad más frecuente en la que se presentó la enfermedad fue entre los 21 a 25 años de edad.

La forma de transmisión que más destacó fue la sexual en un 68.18%.

El 40.90% de las pacientes fueron asintomáticas.

En lo que respecta al estado civil encontramos que predominaran las pacientes casadas con el 88.63%.

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES GENERALES:

La cervicovaginitis es uno de los principales motivos de consulta en gineco-obstetricia. El estudio de esta entidad, se justifica por las importantes repercusiones perinatales y en problemas de esterilidad a que se asocia esta patología. (1)

Entre las infecciones vaginales se incluyen entidades nosológicas, por ejemplo; la candidiasis vulvovaginal y la vaginosis bacteriana, causadas por un crecimiento desordenado de microorganismos que normalmente están presentes en el aparato reproductor y que no son necesariamente enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, los agentes patógenos de estas infecciones genitales, se consideran dentro de los 20 microorganismos que causan enfermedades de transmisión sexual, clasificadas como: bacterias, virus, protozoos y hongos. (2)

Recientemente se ha señalado que aún las infecciones del aparato reproductor más leves pueden incrementar el riesgo de contagio del virus de inmunodeficiencia humana (HIV), la colonización vaginal y la vaginitis sintomática incrementa en mujeres con virus de inmunodeficiencia humana positivo, especialmente si presentan cuentas menores de 200 cel/mm³ de células CD4. (3).

Se consideró a una amplia variedad de bacterias aerobias como causa de vaginitis inespecífica antes de 1995, cuando se informó que *Haemophilus vaginalis* era el

microorganismo causal. Se cambió el nombre de este microorganismo a *H. vaginitis*, posteriormente se cambió nuevamente al de *Corynebacterium vaginale*, el cual tiempo después volvió a cambiar de nombre a *Gardnerella vaginalis* en honor a Gardner.

La vaginosis se denominó bacteriana por ausencia de hongos y parásitos como causa del síndrome, no obstante, aún no se precisa la identidad de una bacteria específica. (4).

La vagina contiene una gran cantidad de secreciones provenientes de las glándulas de Bartolín, de Skene y de otras glándulas como; cervical y secreciones del tracto genital superior (incluyendo las que se presentan durante la menstruación).

Las características del flujo vaginal son:

Es altamente ácido por los altos niveles de ácido láctico producidos por lactobacilos el cual predomina en la flora vaginal.

El pH vaginal aumenta cuando hay cambios en la flora vaginal, esto puede ser por la presencia de vaginosis bacteriana, tricomoniasis o por una candidiasis.

Las secreciones vaginales proveen lubricación del epitelio vaginal, lo cual sirve como una barrera protectora contra infecciones conteniendo una gran cantidad y variedad de sustancias que afectan a los microbios, ejemplo; lisozima, lactoferrina, zinc y fibronectina; las secreciones cervicales también poseen una barrera antibacteriana y específicamente actividad anticlamydia. (5).

MUCOSA VAGINAL

El epitelio está constituido por cuatro capas celulares distintas. A partir de la luz vaginal, las primeras tres son superficial, transicional e intermedia, respectivamente. Cada una está formada por casi diez hileras de células de epitelio plano estratificado.

Bajo estas capas se encuentra la parabasal y basal, que contienen una o dos hileras de células epiteliales cilíndricas. La lámina basal se encuentra por debajo del epitelio basal, donde se encuentran macrófagos, linfocitos, células plásmicas, células de langerhans, eosinófilos y células cebadas. (6)

FISIOLOGIA VAGINAL

La estabilidad de la flora vaginal en un individuo dado, recalca el punto de que los microorganismos que colonizan a este tejido están bien adaptados a su medio e inclusive, cuando ocurre perturbación en el ecosistema, es posible la recolección. La flora vaginal puede incluir diversas especies bacterianas de manera simultánea, pero la variedad es restringida. Lo anterior señala la estabilidad de la flora endógena; por lo tanto, si la presencia de la flora endógena se encarga de evitar la colonización exógena, éste sería un método por el cual el huésped establece el equilibrio ecológico después de alguna alteración. (7).

MANIFESTACIONES CLINICAS

Uno de los síntomas más importantes que causan infecciones es el flujo.

El flujo vaginal varía en sus características dependiendo del agente etiológico, así como la sintomatología que puede ser prurito, escozor perivaginal y dispareunia.

(2)

DIAGNOSTICO

Es importante hacer un interrogatorio exhaustivo que incluya descripción detallada y duración de los síntomas; antecedentes sexuales como cambios recientes de compañero; tratamientos y respuesta a ellos; interrogatorio sobre detalles específicos (descripción de la secreción vaginal, color y consistencia y, de mayor importancia, presencia o ausencia de olor molesto).

La exploración física consiste en inspección y tacto cuidadoso con un aplicador, de vulva y vestibulo vaginal.

Por último la exploración se completa con el estudio del cuello uterino.

El diagnóstico final lo dará el estudio microscópico de las secreciones. (13).

El tratamiento será específico dependiendo de la etiología de la cervicovaginitis.

PREVENCION

Los hábitos sexuales como múltiples compañeros, se asocian a una colonización bacteriana de la vagina, así como prácticas sexuales anales. (14)

Existen datos que apoyan la hipótesis acerca de la predisposición a la proliferación de organismos por duchas vaginales los cuales pueden llegar a causar incluso enfermedad pélvica inflamatoria. (15).

Aproximadamente el 50% de las pacientes con vaginosis bacteriana son asintomáticas, el resto presentan como síntoma principal flujo vaginal, el diagnóstico se hace estableciendo una descarga vaginal homogénea y pH vaginal mayor de 4.5.

La tinción de Gram de las secreciones vaginales comparada con el papanicolaou cervical tiene 55% de sensibilidad y 96% en el diagnóstico de vaginosis bacteriana. (18).

Las manifestaciones de presentación usuales son prurito agudo y secreción vaginal. El síntoma más frecuente es el prurito vulvar, mínima secreción vaginal pudiendo variar de acuosa a espesa y homogénea. Suele ocurrir hipersensibilidad vaginal, irritación, ardor vulvar, dispareunia y disuria externa. El olor es mínimo y no fétido.

Chlamydia Trachomatis es un patógeno parásito intracelular cuya pared es similar a la estructura a la de bacterias gramnegativas. Los principales sitios de infección en personas adultas son vías genitourinarias y recto. Cuando el microorganismo penetra en las células epiteliales columnares en el sitio de infección, invade los tejidos lo que puede llegar a producir conjuntivitis, perihepatitis y artritis reactiva.

En EUA. Es el patógeno más frecuente en las infecciones de transmisión sexual y la causa principal de enfermedad pélvica inflamatoria. Por este motivo muchos países han concentrado su atención para prevenir esta infección y controlarla en fase inicial cuando se detecta en secreción cervical en mujeres asintomáticas, y en uretra, recto y conjuntiva en pacientes asintomáticos y sintomáticos. (5,6)

Es conocido también que la uretritis es una de las causas más comunes de consulta externa en varios países por Chlamydia Trachomatis y por este motivo la Organización Mundial de la Salud recomienda que el tratamiento de infecciones por este patógeno sea tanto al paciente como a su pareja sexual. Pero hay que considerar que la elevada prevalencia de mujeres asintomáticas y la escasa información para varones asintomáticos no permiten resultados satisfactorios.(7)

La participación de la paciente asintomática ha sido claramente documentada. Se sabe que más del 60% de las infectadas son asintomáticas, así como el 25% de los varones, sólo se detectan signos de infección local a menos del 30% de los pacientes el síntoma más frecuente es la secreción vaginal procedente de cervicitis mucopurulenta que en algunas, aumenta en las relaciones sexuales. Este tipo de secreción produce edema y secreción amarillo verdosa, por lo que cualquier mujer que al examen pélvico presente cervicitis mucopurulenta haya o no presencia de flujo, debe ser detectada como presencia de Chlamydia Trachomatis.(8)

Las clamidiasis genitales están consideradas actualmente como principales enfermedades bacterianas de transmisión sexual, debido a su incidencia y a la frecuencia con la que producen infertilidad, embarazos ectópicos y partos prematuros.

En este sentido las afecciones más destacadas en la mujer son la cervicitis, endometritis, salpingitis, enfermedad inflamatoria pélvica, mientras que en varón sobresalen la uretritis no gonocócica, epidemitis y prostatitis.

En México tal como ocurre en otros países en vías de desarrollo, el diagnóstico de las clamidiasis esta limitado a algunos laboratorios especializados, debido a que las técnicas utilizadas resultan relativamente costosas, sin embargo, dado la incuestionable importancia de la *Chlamydia Trachomatis*, es muy necesario que su búsqueda sea incorporada al trabajo diario del químico clínico en general.

ANTECEDENTES ESPECIFICOS:

Sin lugar a dudas la *Chlamydia Trachomatis* ha sido uno de los microorganismos más estudiados en la última década, merced a que se ha comprobado plenamente su elevada incidencia en numerosos padecimientos humanos. De hecho, los últimos reportes coinciden en señalar que ocasionan enfermedades de transmisión sexual con mayor frecuencia que *Neisseria gonorrhoeae* y que, inclusive, supera a esta especie en lo que se refiere a capacidad para inducir infertilidad, además de que provoca partos ectópicos y partos prematuros. Por otra parte también es el agente causal del tracoma y de otra afección ocular denominada conjuntivitis por oclusión, cuyas tasas de morbilidad exceden a las de otras oftalmías que afectan a jóvenes, adultos y recién nacidos. (9,12)

Cabe plantear que el hecho de que no se haya generalizado la búsqueda de esta bacteria en el laboratorio clínico, obedece prácticamente a dos motivos fundamentales:

- 1- Aún existe cierto desconocimiento de su incuestionable importancia clínica.
- 2- Se trata de un parásito intracelular que no desarrolla en los medios de cultivos tradicionales.

Entre las principales infecciones genitales relacionadas con esta especie (*Chlamydia Trachomatis*) podemos mencionar:

CERVICITIS. Si bien en 1959 la *Chlamydia Trachomatis* se aisló por primera vez del cuello uterino, su asociación a la enfermedad inflamatoria cervical fue descrita hasta 1964 por Dunlop y cols. posteriormente las investigaciones correspondientes que la bacteria invade las células que forman parte de la zona de transición entre el epitelio cilíndrico y el plano estratificado, y desde el punto de vista clínico, se ha comprobado que su reproducción en ese tejido provoca hipertrofia folicular, formación de edemas y eritemas y una secreción vaginal mucopurulenta.

Por su parte, los análisis histológicos revelan que la infección causa daños tisulares severos cuyos procesos de reparación dan lugar a atipias tales como metaplasia y displasia, acompañadas generalmente por gran cantidad de leucocitos y restos celulares.(13,14)

Cabe señalar que algunos autores señalan que dichas alteraciones histológicas son indistinguibles de las que se presentan en el carcinoma cervical y que, por lo tanto, es conveniente efectuar otros estudios para establecer si el microorganismo desempeña algún papel en el desarrollo en este tipo de neoplasias.

Adicionalmente, se ha observado que durante el padecimiento aparecen ulceraciones cervicales microscópicas semejantes a las que ocurren en otras afecciones de origen sexual, las cuales parecen incrementar el riesgo de adquirir y transmitir al HIV.

ENDOMETRITIS

Esta entidad clínica esta considerada por los autores como un padecimiento entre la cervicitis y la salpingitis, ya que aproximadamente el 90% de la mujeres afectadas también presentan invasión de las trompas.

Entre los síntomas que la caracterizan destacan el dolor en la porción del abdomen, fiebre menorragia y episodios de sangrado irregular. Además se ha observado que en los casos de endometritis crónica pueden desarrollarse adherencias intrauterina características del síndrome de Ascherman , el cual se asocia con frecuencia con problemas de infertilidad.

SALPINGITIS Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA

Cuando la bacteria se establece en las células epiteliales de las trompas de falopio se inicia un proceso inflamatorio, que da lugar a edema, hidrosalpinge y a exudados purulentos.

Los síntomas de este padecimiento son similares a los de endometritis, aunque también presentan vómitos, distensión de los órganos pélvicos y un aumento de frecuencia de sangrado menstrual. Una de las consecuencias mas grandes de la salpingitis es la infertilidad, la cual ocurre generalmente a la hidrosalpinge y fibrosis.

La enfermedad inflamatoria pélvica, se define como una infección del útero y de las trompas de falopio, que se acompaña frecuentemente por peritonitis pelviana.

Cabe subrayar que la mayor parte de los casos de infertilidad por clamidiasis cervical se localiza en pacientes asintomáticas.(15,16,17)

EPIDIDIMITIS

Las investigaciones realizadas en primates han demostrado que *Chlamydia trachomatis* puede desplazarse desde la uretra hasta el epidídimo, a través del conducto deferente, originando una epididimitis caracterizada por el crecimiento doloroso de uno o ambos testículos. La consecuencia más grave de la enfermedad es la infertilidad, debida a la oligospermia (liberación de menos de 20 millones de espermatozoides por ml) y/o a probables procesos autoinmunitarios en los que se producen anticuerpos anti-esperma.

PROSTATITIS

Existen evidencias de que esta entidad clínica acompaña a numerosos casos (entre 30 y 100%) de origen chlamydial; sus síntomas más frecuentes son molestias abdominales, micción frecuente, ardor al orinar y eyaculación difícil y dolorosa.

Linfogranuloma venéreo

Es una enfermedad genital conocida desde el siglo XVIII, si bien Nicholas, Burand y Favre la describieron adecuadamente hasta 1913. Aunque se le han asignado nombres tales como linfogranuloma inguinal, estiómero y bubón climático o *tropical*, el más utilizado es precisamente el de linfogranuloma venéreo. Esta afección es ocasionada por las cepas de *Chlamydia trachomatis* pertenecientes a la variedad LGV- que incluye los serotipos L1, L2 y L3- y se transmite por contacto sexual, por lo cual los grupos implicados son el de los jóvenes y los adultos

sexualmente activos; sin embargo es importante precisar que, en la actualidad, este padecimiento sólo afecta a cerca de 600 personas por año en Estados Unidos de Norteamérica y que frecuentemente se le confunde con otros que presentan manifestaciones clínicas similares, destacando el linfogranuloma inguinal –cuyo agente etiológico es *Calymmatobacterium granulomatosis*.

Por lo que se refiere al curso de la enfermedad, se conoce que un período de incubación de 3 a 30 días antecede al primero de 3 estadios, mismo que se caracteriza por la presencia de una pápula o vesícula indolora de 1 a 4 mm de diámetro que cura espontáneamente en algunos días. En el hombre, dicha pústula puede aparecer en el pene, la uretra o el escroto y, en la mujer, suele establecerse en los genitales externos, la mucosa vaginal, el cérvix y/o el recto; lógicamente, este último es el más afectado en los varones homosexuales.

Este primer período puede pasar desapercibido; de hecho, el 70% de los enfermos no se percatan de la existencia o le atribuye un origen traumático.

Durante la segunda etapa, el microorganismo se desplaza a través de los vasos linfáticos hasta los nódulos inguinales, provocando linfadenopatías una o dos semanas después. En esos momentos ocurre una bacteremia transitoria, como lo demuestra el hecho de que *Chlamydia trachomatis* puede detectarse en sangre y líquido cefalorraquídeo.

Generalmente, la ubicación de la lesión primaria determina las manifestaciones secundarias; es decir, cuando aquélla se localiza en pene, escroto o genitales femeninos inferiores, se produce el "síndrome inguinal" porque sus vasos linfáticos drenan hacia los nódulos femorales e inguinales; en contraste, si se le encuentra en la parte superior de la vagina, el cérvix, recto o ano, se presenta el "síndrome genitoanorrectal", debido a que todos ellos drenan hacia los nódulos pelvianos e iliacos profundos.

El "síndrome inguinal" es el más frecuente, se caracteriza por la inflamación de los nódulos inguinales y femorales y, dado que éstos se encuentran separados por el ligamento de Poupart, ocurre regularmente el "signo del surco", que es patognomónico del padecimiento. Esta linfadenopatía es muy dolorosa y se presenta principalmente de forma unilateral, aunque aproximadamente el 30% de los pacientes puede manifestarla en ambas ingles. Otros signos concomitantes son: fiebre, escalofrío, dolor muscular, cefalalgia, náuseas, vómito y, adicionalmente, aunque con menor frecuencia, queratoconjuntivitis, artritis, pericarditis, meningoencefalitis, esplenomegalia, hepatitis y eritema nudoso o multiforme.

Por lo que respecta al "síndrome genitoanorrectal", se ha demostrado que éste afecta principalmente a mujeres y varones homosexuales, representando el 25% de los casos diagnosticados como linfogranuloma venéreo. Se caracteriza por un

cuadro agudo de proctitis y la presencia de abscesos perirrectales que drenan una secreción mucosanguinolenta; la mucosa anorrectal aparece edematosa, hemorrágica y manifiesta al tacto una textura granular. Sus síntomas más constantes son tenesmo, diarrea o constipación y dolor abdominal.

Cabe mencionar que la separación de los dos síndromes es muy relativa, ya que aproximadamente el 75% de las mujeres que presentan el inguinal también padece el genitoanorrectal.

Durante la tercera y última etapa ocurren los daños anatómicos y funcionales más serios, destacando el estrechamiento rectal -como consecuencia de la proctitis- y la aparición progresiva de fístulas y úlceras en el tracto urogenital. Es importante señalar que, en los últimos años, se han reportado casos en los que también ha existido el compromiso de los ganglios cervicales, supraclaviculares y mediastínicos, sobre todo cuando los agentes causales pertenecen a los serotipos L1 y L2; estos trastornos se localizan casi específicamente en los individuos que practican con regularidad el sexo oral. (10)

DETECCION DE LA CHLAMYDIA.

Es conveniente de detectar la presencia de *C. Trachomatis* cuando se haga revisión sistémica en mujeres que acuden a consulta. Este es un procedimiento para detectar y tratar de manera temprana cualquier patología relacionada con *Chlamydia* como por ejemplo la enfermedad pélvica inflamatoria y evitar la esterilidad de origen tubario.

Cuando se identifica la presencia de *Chlamydia* debe avisarse y dar tratamiento empírico a la pareja sexual si no acude a consulta. Se ha detectado cierta prevalencia en pacientes de infección, en pacientes diabéticos no insulino dependientes y en casos de infección gonocócica previa.

TRATAMIENTO.

Debe recomendarse medidas preventivas como el uso del condón y evitar distintas parejas sexuales. Acudir al médico cuando se presente cualquier tipo de molestia pélvica o secreción vaginal, uretral o rectal y conjuntivitis relacionada.

Tetraciclina y azitromicina han sido los tratamientos clínicos, pero no deben de emplearse en embarazadas, por lo que deben recomendarse derivados de penicilinas o cefalosporinas y en casos de antecedentes de alergia o intolerancia, eritromicina y clíndamicina que tienen igual valor terapéutico. En mujeres hospitalizadas con temperatura superior a 38° c. Con peritonitis o absceso pélvico o que no respondieron a tratamiento ambulatorio deben administrarse los

antibióticos por vía intravenosa y en tiempos distintos cuando se utilicen dos o más.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la prevalencia de chlamydia trachomatis en pacientes con cervicovaginitis en el Centro de Salud Rural Disperso de la Comunidad de Chicontla Puebla, durante 1998.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Clasificar a la población en estudio en grupos de edad.

Describir la forma de transmisión de la enfermedad en la población en estudio.

Describir el estado civil de la población en estudio.

Describir las clamidiasis de origen genital en la población en estudio.

Describir la sintomatología de la población en estudio.

Determinar el estado civil de la población en estudio.

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO:

Es una encuesta descriptiva.

CARACTERISTICAS DE ESTUDIO:

De acuerdo con el período en que se capta la información, el estudio es:

Retrospectivo.

De acuerdo con la evolución del fenómeno estudiado, el estudio es:

Transversal.

De acuerdo con la comparación de las poblaciones, el estudio es:

Descriptivo.

De acuerdo con la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza, el estudio es:

Observacional.

POBLACION EN ESTUDIO:

CRITERIOS DE INCLUSION.

Ambos sexos.

Con expediente completo.

Con diagnóstico confirmado.

Mayores de 15 y menores de 50 años.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

Sin diagnóstico confirmado.

Con expediente incompleto.

Menores de 15 y mayores de 50 años.

DEFINICION DE VARIABLES

CERVICOVAGINITIS. Inflamación del cuello uterino y de cualquier vaina anatómica de la vagina.

CLAMIDIASIS. Cualquier enfermedad causado por chlamydia.

RESULTADOS

En el presente estudio de cervicovaginitis por *chlamydia trachomatis* en el Centro de Salud Rural Disperso de la Comunidad de Chicontla Puebla, durante 1998, encontramos a 55 pacientes de los cuales 44 reunieron los criterios de inclusión, con las siguientes características:

Una "N"= 44

La edad presentó las siguientes características: (cuadro y gráfica 1)

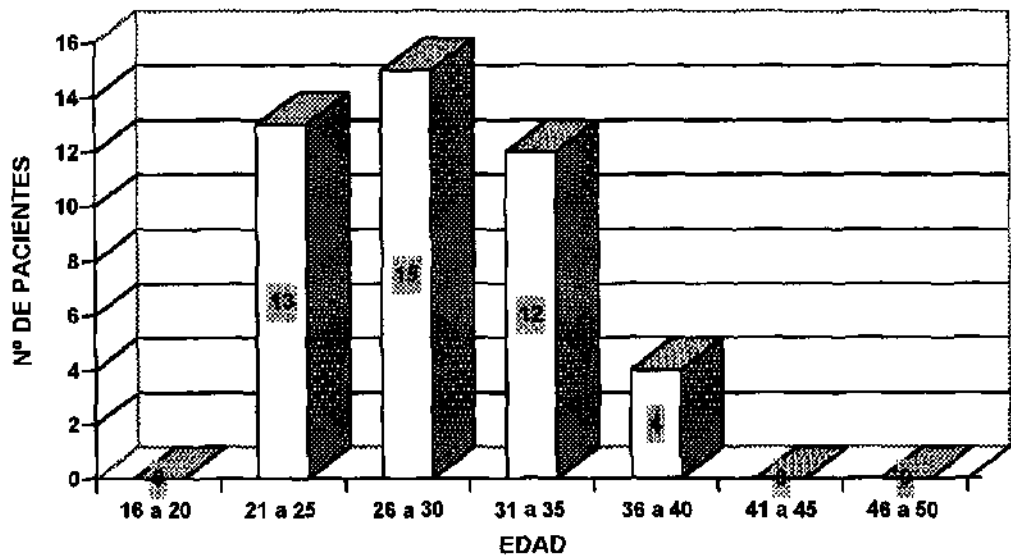
CUADRO 1

Edad en años	Nº de pacientes	Distribución %
16 a 20	0	0%
21 a 25	13	29.54%
26 a 30	15	34.09%
31 a 35	12	27.27%
36 a 40	4	9.09%
41 a 45	0	0%
46 a 50	0	0%
Total	44	100%

FUENTE: INFORMACION DEL ARCHIVO CLINICO DEL CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO DE LA COMUNIDAD CHICONTLA PUEBLA, 1998.

GRAFICA 1

DISTRIBUCION POR EDAD



FUENTE: INFORMACION DEL ARCHIVO CLINICO DEL CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO DE LA COMUNIDAD CHICONTLA PUEBLA, 1998.

En cuanto a la forma de transmisión la siguiente distribución: (cuadro y gráfica 2)

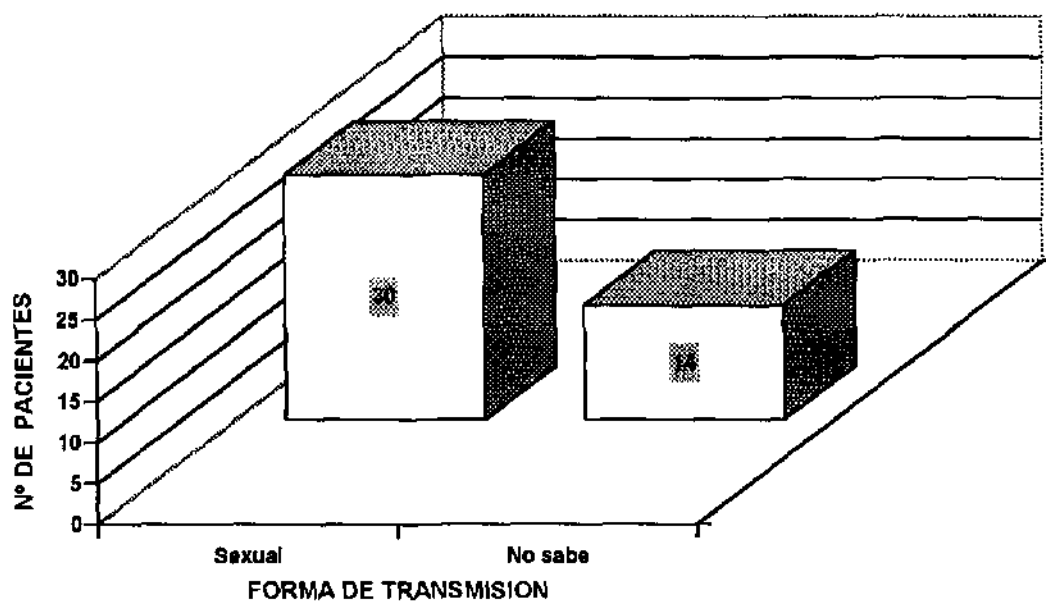
CUADRO 2

Forma de transmisión	No. de pacientes	Distribución %
Sexual	30	68.18%
No sabe	14	31.81%
Total	44	100%

FUENTE: INFORMACIÓN DEL ARCHIVO CLÍNICO DEL CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO DE LA COMUNIDAD CHICONTLA PUEBLA, 1998.

GRAFICA 2

DISTRIBUCION POR FORMA DE TRANSMISION



FUENTE: INFORMACION DEL ARCHIVO CLINICO DEL CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO DE LA COMUNIDAD CHICONTLA PUEBLA, 1998.

En lo que se refiere al las clamidiasis de origen genital que más destacan en las mujeres encontramos la siguiente distribución: (cuadro y gráfica 3)

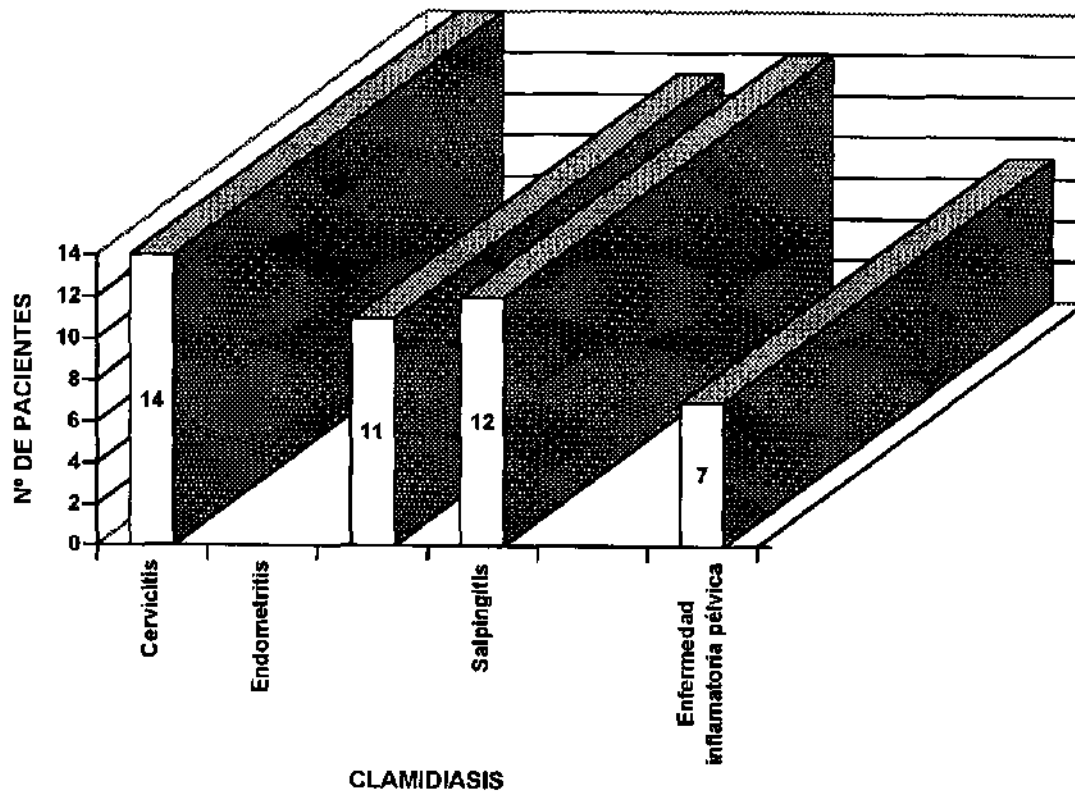
CUADRO 3

Clamidiasis de origen genital que más destacan En las mujeres	No. de pacientes	Distribución %
Cervicitis	14	31.81%
Endometritis	11	25%
Salpingitis	12	27.27%
Enfermedad inflamatoria pélvica	7	15.90%
Total	44	100%

FUENTE: INFORMACION DEL ARCHIVO CLINICO DEL CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO DE LA COMUNIDAD CHICONTLA PUEBLA, 1998.

GRAFICA 3

DISTRIBUCION POR CLAMIDIASIS QUE MAS DESTACAN



FUENTE: INFORMACION DEL ARCHIVO CLINICO DEL CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO DE LA COMUNIDAD CHICONTLA PUEBLA, 1998.

En lo que se refiere a la sintomatología en mujeres encontramos la siguiente distribución: (cuadro y gráfica 4)

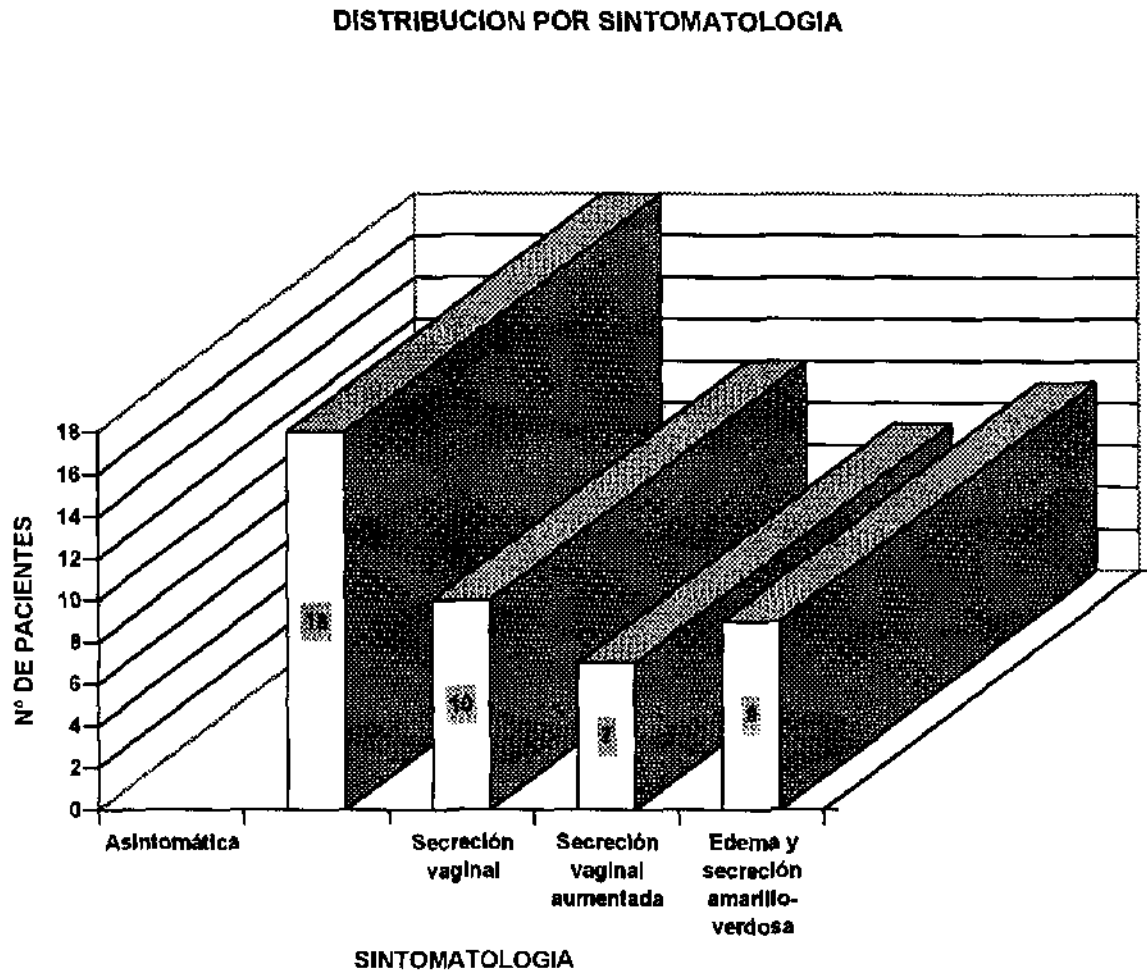
CUADRO 4

Síntomas en mujeres	No. de pacientes	Distribución %
Asintomática	18	40.90%
Secreción vaginal	10	22.72%%
Secreción vaginal aumentada	7	15.90%
Edema y secreción amarillo-verdosa	9	20.45%
Total	44	100%

FUENTE: INFORMACION DEL ARCHIVO CLINICO DEL CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO DE LA COMUNIDAD CHICONTLA PUEBLA, 1998.

GRAFICA 4

DISTRIBUCION POR SINTOMATOLOGIA



FUENTE: INFORMACION DEL ARCHIVO CLINICO DEL CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO DE LA COMUNIDAD CHICONTLA PUEBLA, 1998.

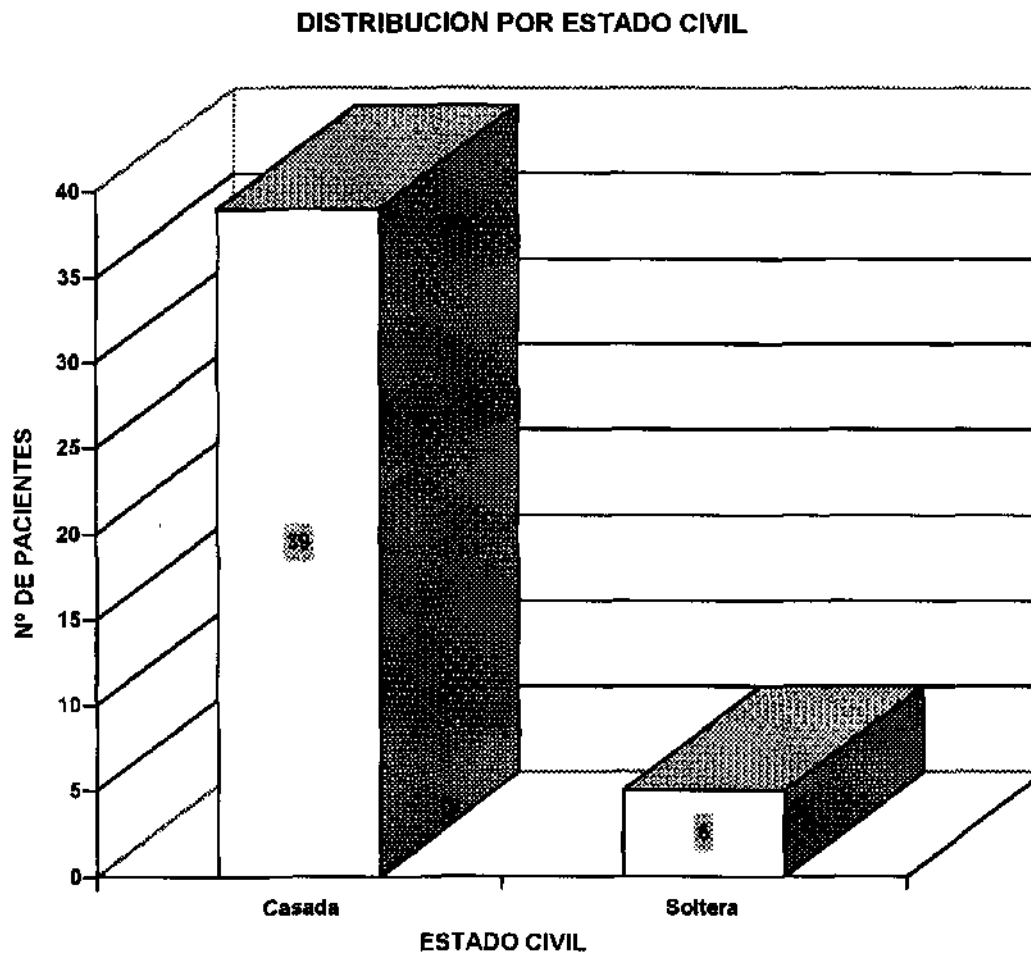
La relación de las pacientes con su estado civil fue de la siguiente manera: (cuadro y gráfica 5)

CUADRO 5

Estado civil	Nº de pacientes	Distribución %
Casada	39	88.63%
Soltera	5	11.36%
Total	44	100%

FUENTE: INFORMACION DEL ARCHIVO CLINICO DEL CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO DE LA COMUNIDAD CHICONTLA PUEBLA, 1998.

GRAFICA 5



**UENTE: INFORMACION DEL ARCHIVO CLINICO DEL CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO DE LA COMUNIDAD
CHICONTLA PUEBLA, 1998.**

DISCUSION

En el presente estudio descriptivo se encontró que la edad en donde predominó la infección por *Chlamydia Trachomatis* fue entre 21-25 años de edad, que la forma de transmisión fue la sexual y que el estado civil que más se encontró con este tipo de infección fue el de casadas, todos estos datos coinciden con los encontrados en la literatura médica.

En este estudio se encontró que la Clamidiasis de origen genital que más predominó fue la cervicitis en la mujer y la uretritis en el varón, estos datos también coinciden con los reportes encontrados en la literatura médica revisada.

También se encontró que la *Chlamydia Trachomatis* es el principal agente patógeno productor de infecciones de transmisión sexual y que la mayoría de las pacientes con Clamidiasis cursan asintomáticas o muestran como único síntoma una secreción vaginal.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados del presente estudio podemos concluir lo siguiente:

1. La edad más frecuente en la que se presentó la enfermedad fue entre los 21 a 25 años de edad.
2. La forma de transmisión que más destacó fue la sexual en un 68.18%.
3. Las clamidiasis de origen genital que más predominaron fue la cervicitis, con un 31.81%.
4. El 40.90% de las pacientes fueron asintomáticas.
5. En lo que respecta al estado civil encontramos que predominaran las pacientes casadas con el 88.63%.

REFERENCIAS

1. Rodríguez Bosch, M. Infecciones cervicovaginales, experiencia de 5 años en el INP. Ginecología y Obstetricia de México 1996; 64: 82.
2. Rivera, R. L. Prevalencia de vaginitis y vaginosis bacteriana; Asociación con manifestaciones clínicas, de laboratorio y tratamiento. Ginecología y Obstetricia de México 1996; 64: 28.
3. Duerr, G. et al. Immune compromise and prevalence of candida vulvovaginitis in human immunodeficiency virus-infected women. Obstetrics and Gynecology, 1997; 90: 252-256.
4. Nanoj, K. Biswas. Vaginosis Bacteriana. Clínica de Ginecología y Obstetricia 1995; 163-167.
5. Mahmound, et al. Antichlamydia activity of vaginal secretion. Am J. Obstet Gynecol 1995; 69-72.
6. Steven S Witkin. Inmunología de la vagina. Clínica de Ginecología y Obstetricia 1995; 19-22.
7. Bryan, L. Flora vaginal fisiología y patología. Clínica de Ginecología y Obstetricia, 1995; 105-109.
8. Casanova, R. G. y col. Micromorfología de los organismos infecciosos que participan en la cervicovaginitis más frecuentes. Ginecología y obstetricia, 1996; 64: 83.

9. Schwebke, et al. Validity of the Gram Stain for the diagnosis of bacterial vaginosis. *Obstet Gynecol*, 1996; 55-56.
10. Sobel, M. et al. Recurrent vulvovaginal candidiasis associated with long-term tamoxifen treatment in postmenopausal women. *Obstet Gynecol* 1996; 4-6.
11. Andrews, R. et al. Detection of genitourinary tract chlamydia trachomatis infection in pregnant women by ligase chain reaction assay. *Obstet Gynecol* 1997; 57-60.
12. Krzemiska, T. y col. Vulvovaginitis por cándida. *Infectología*, 1995; 62-69.
13. Newton et al. Sexual Behavior and Vaginal Colonization by Group B Streptococcus Among Minority Women. *Obstet Gynecol*, 1996; 77-82.
14. Scholes et al. Sexual douching as a risk factor for acute pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol*, 1993; 60-66.
15. Hill and Livergood. Bacterial vaginosis associated microflora and effects of tropical intravaginal clindamycin. *Obstet Gynecol* 1994; 171:1988-204.
16. Hiller, W. et al. Role of bacterial vaginosis associated microorganisms in endometritis. *Am J Obstet Gynecol*, 1996; 35-41.
17. Davis et al. Correlation between cervical cytologic results and gram stain as diagnostic test for bacterial vaginosis. *Am J Obstet Gynecol*, 1997; 32-36.
18. Livergood et al. Bacterial vaginosis: efficacy and safety of intravaginal metronidazole treatment. *Am J Obstet Gynecol*, 1994; 59-64.