

Conocer la proporción de cervicitis en mujeres con factores de riesgo en una población de 145 mujeres del municipio de Asunción Ixtaltepec

Lucía Hernández Barragán*

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo en donde se revisaron 145 citologías de mujeres que habitan la comunidad de Asunción Ixtaltepec del 1º de octubre de 2001 al 31 de octubre de 2002. Se realizaron gráficos de pastel y de barras para conocer los porcentajes y proporciones de los factores de riesgo que se presentan en la patología cervical y el agente etiológico más frecuente que produce el proceso inflamatorio a nivel de cuello cervical, así como también la cantidad de pacientes de primera vez y subsecuente de la consulta externa en las cuales se obtuvo el resultado: proceso inflamatorio de 80.68%. Los porcentajes en cuanto a factor de riesgo fueron: ninguno con 45% al cual le sigue el de tratamiento ginecoobstétrico con 19% y postmenopausia en 15% de las pacientes; las lesiones más frecuentemente encontradas a la inspección de cérvix fueron cuello normal hasta en 52%, seguido de leucorrea 18% y cervicitis hasta 13%; en los resultados de la citología encontramos 17.24% con cuello normal y 2.06% se encontró con NIC por lo que se refirieron, con la cantidad de procesos inflamatorios ya mencionados; los agentes causales más frecuentemente encontrados fueron las bacterias con 62.06%, *Gardnerella vaginalis* con 9.65% y *Candida albicans* 4.82%; del total de consultas de primera vez y subsecuentes 42.75% tenían síntomas y 37.93% no tenían síntomas.

Palabras clave: Cervicitis, bacterias, *Candida albicans*, *Gardnerella vaginalis*, síntomas, citología vaginal, Papanicolaou.

Abstract

Was made a descriptive, longitudinal and retrospective study in where 145 cytologies of women were reviewed who inhabit the community of Ixtaltepec Asunción from 1st. of October to the 2001 to the 31st. October of 2002, were made graphs of pie and bars to know the percentage and proportions the risk factors with the cervical pathology and the etiologic agent appear in but it frequents that it produces the inflammatory process at level of cervical neck, as well as the amount of patients of first subsequent time and as a out patient. The most common factor was inflammatory process in 80.68%, none in 45%, in 19% the treatment gynecologic-obstetrics, 15% where postmenopausia of the patients; the more frequently meet injuries to the inspection of cervix were the normal cervical neck until 52%, followed of leucorrhea in 18% and Cervicitis until a 13%; in the results of the studies cytology we found 17.24% with normal neck cervical, 2.06 % with Cervical Intraepithelial Neoplasia reason for the who she was to at hospital at the second level, with the amount the inflammatory process said; the causal agent found was: the bacteria with 62.06%, Gardnerella vaginalis with 9.65% and Candida albicans with 4.82%, of the total of first time and subsequent consultations 42.75% had symptoms and 37.93% don't had symptoms.

Key words: Cervicitis, bacterium, *Candida albicans*, *Gardnerella vaginalis*, Symptoms, vagina cytology, Papanicolaou.

* Programa de Servicio Social, Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Salud Rural Concentrado de Asunción Ixtaltepec, Oaxaca, México.
Correspondencia:

Dra. Lucía Hernández Barragán

Programa de Servicio Social, Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Salud Rural Concentrado de Asunción Ixtaltepec, Oaxaca, México

INTRODUCCIÓN

Las infecciones cervicovaginales son tan importantes que se presentan con una incidencia de 7 a 20% de las mujeres;¹ el riesgo lo clasificamos en bajo, moderado o alto.

Las mujeres de bajo riesgo son aquéllas sin relaciones sexuales previas, pero que por la edad están en riesgo de padecer cáncer cervicouterino (CaCu), así como las histerectomizadas o que tienen una pareja estable durante largo tiempo con citologías previas negativas.

Mujeres de riesgo moderado son aquéllas con relaciones sexuales después de los 20 años de edad y que tienen relaciones habituales con dos parejas sexuales.

Mujeres con alto riesgo inician sus relaciones antes de los 20 años y tienen más de dos parejas sexuales. Otros factores de riesgo (FR) importantes en la historia clínica de citologías son células escamosas atípicas de significado incierto, inmunodepresión, enfermedades de transmisión sexual, especialmente condilomas y tabaquismo.²

Las cervicitis se clasifican en: Agudas y crónicas:

1. Las agudas se caracterizan por cérvix enrojecido, erosión periférica, presencia de secreción vaginal espesa que va desde blanco, amarillo y verde, sangrando postcoito o dispareunia ocasional.
2. La cervicitis crónica es un cuadro más frecuente caracterizado por la presencia de estafilococos y estreptococos con sintomatología similar a la aguda, pero la mayoría de las veces persisten más de 3 semanas con congestión hemática en el cuello uterino.³

Los síntomas ginecológicos más importantes para sospechar enfermedades a nivel del cuello uterino y vagina son: alteraciones en la menstruación (poli, hiper, proo y/o opsomenorreicas) y dismenorrea; al menos en alguno de esos síntomas se ha encontrado patología cervical o vaginal, ya sea como causa directa del síntoma o como consecuencia de éste, pues la sangre actúa como medio de cultivo, y al estar presente facilita la aparición de infecciones.⁴

Las enfermedades infecciosas diagnosticadas por la técnica de Papanicolaou son:

CERVICITIS GONOCÓCICA

Puede haber abscesos y está afectado el cuello uterino; el endocérvix se acompaña de síntomas urinarios (disuria y polaquiuria), en 40%; la infertilidad se presenta en 20% secundaria a endometritis, salpingitis o peritonitis y con riesgo de desarrollar síndrome de Stajano Fitz Hugh Curtis (salpingitis con perihepatitis). El gonococo

es un diplococo Gram negativo que se trata con penicilina G procaina 4.8 millones I.M., la mitad en cada glúteo o ampicilina, amoxicilina. En pacientes alérgicas a la penicilina se utiliza la espectinomicina 4 g (2 g en cada glúteo) en mujeres; su control es con cultivos de sitios infectados 1 semana después del tratamiento.⁴⁻⁶

CERVICITIS POR GARDNERELLA

El hábitat natural de *Gardnerella vaginalis* es la vagina, formando parte del 30-40% en mujeres sanas con flora vaginal normal. Se encuentra en concentraciones elevadas (100%) de mujeres con síntomas de vaginosis bacteriana y en uretra de la mayoría de las parejas masculinas de estas mujeres. No se considera una enfermedad de transmisión sexual (ETS) porque se puede padecer la infección sin actividad sexual. Sin embargo, también puede adquirirse por prácticas sexuales con reinfecciones frecuentes. Son más susceptibles a presentar vaginosis bacteriana las mujeres con múltiples parejas sexuales. La capacidad de adherencia de este microorganismo a las células epiteliales juega un papel importante en éstas. El exudado vaginal es abundante, homogéneo, no viscoso, blanquecino, adherente y maloliente; con discreto prurito e irritación vaginal. Su asociación con infecciones del tracto genital superior y sus complicaciones son:

Enfermedad pélvica inflamatoria
Endometritis tras cesárea o posthisterectomía
Corioamnionitis
Ruptura prematura de membranas
Parto pretérmino
Infecciones urinarias
Abscesos pélvicos y bacteriemias

Estas complicaciones se presentan exclusivamente en mujeres con procesos obstétricos o ginecológicos. Han sido descritas infecciones neonatales por su paso a través del canal del parto. El tratamiento de elección es metronidazol, 500 mg/12 horas/7 días con 80-90% de éxito terapéutico; durante el embarazo, se utiliza amoxicilina 500 mg/6 horas. Otras alternativas son clindamicina en crema vaginal o amoxicilina-ácido clavulánico. En infecciones por *Gardnerella vaginalis* se utiliza ampicilina.⁴⁻⁶

CERVICITIS POR CLAMIDIA

Chlamydia trachomatis es un germen intracelular obligado, con varios serotipos: A, B, C, agentes del tracoma; D a K, responsables de infecciones genitourinarias, respiratorias y oculares; los subtipos L1, L2 y L3, agentes de la linfogranulomatosis venérea. Las formas clínicas son numerosas; es responsable de la mayoría de uretri-

tis no gonocócicas (UNG). El reservorio es exclusivamente humano. El periodo de incubación en promedio es 3 semanas. Las infecciones sintomáticas son más frecuentes en la mujer. Cuando la enfermedad es sintomática, en el hombre produce uretritis similar a la gonorreica, aunque las secreciones son más escasas y más claras. En la mujer la infección se inicia como cervicitis, si ésta progresa causa prostatitis, epididimitis, salpingitis, perihepatitis, rectitis y síndrome de Reiter. La infección de la mujer embarazada causa conjuntivitis en el recién nacido, y neumonitis neonatal tardía. Se sospecha cuando hay imposibilidad de demostrar *N. gonorrhoeae* en el frotis y cultivo, y el diagnóstico se confirma por técnicas de inmunofluorescencia directa (IFD) con exudados de uretra, endocervix, faringe y ano que no presentan características específicas. Su tratamiento azitromicina 1 g V/O en dosis única, doxiciclina 200 mg/día por 10 días o tetraciclina 2 g/día por 14 días; ambas por vía oral V/O. La alternativa es eritromicina 2 g/d V/O por 7 días en pacientes alérgicos o durante el embarazo. En la mujer embarazada no se recomienda ni la doxiciclina ni tetraciclina.⁴⁻⁶

CERVICITIS POR TRICHOMONAS

Trichomonas vaginalis, protozoario flagelado, móvil, anaerobio estricto. Agente causal frecuente de vaginitis y raramente de uretritis en hombres, sobrevive varias horas en orina y semen, la transmisión no sexual es rara. La infección puede comprometer: vagina, cuello uterino y uretra. Más de 50% de mujeres infectadas cursan asintomáticas. El síntoma más frecuente es la leucorrea serosa o espumosa, de color amarillento o grisáceo, maloliente, que puede acompañarse de prurito y disuria. La infección en el hombre es frecuentemente asintomática, con cuadros de uretritis moderada. El examen en fresco de secreciones cervicales, vaginales o uretrales en suero fisiológico, pone en evidencia las *trichomonas* móviles en 60% de los casos. También se observa en frotis coloreados con técnica de Giemsa. El tratamiento de elección es el metronidazol 2 g V/O en una sola toma en forma simultánea en las parejas sexuales; alternativamente el metronidazol 500 mg V/O c/12 h por 7 días es indicado. Ante la falla terapéutica el retratamiento es similar. La lactancia se interrumpe 1 día después de finalizar el tratamiento. Otras alternativas son el tratamiento local con tabletas vaginales de 500 mg de metronidazol/d, durante 10 días. Se prohíben las bebidas alcohólicas y las relaciones sexuales deben ser protegidas hasta 24 horas después de completar el tratamiento.⁴⁻⁶

CERVICITIS POR CANDIDA

Esta infección micótica es causada por gérmenes del género *Candida* (C), en general *C. albicans*. Suelen estar

presentes en la flora vaginal normal y pueden constituir un agente de infección endógena oportunista en presencia de factores predisponentes:

- a) Generales: Antibioticoterapia de amplio espectro que disminuye los lactobacilos en la vagina, diabetes mellitus (DM), alta dosis de estrógenos orales, anticonceptivos orales, embarazo, inmunodepresión celular causada por enfermedad, o en tratamiento inmunosupresor.
- b) Locales: Aumento local de calor y obesidad.

Se caracteriza por leucorrea blanca, inodora, acompañada de prurito, quemazón y dispareunia. Alrededor de 5% de la población femenina presentará candidiasis recurrente definida como 3 o más episodios sintomáticos por año. En estos casos, habitualmente no se encuentra alguna causa favorecedora. La toma de material para estudio microbiológico se realiza a nivel de los fondos de saco vaginales o vulva. El examen directo o en fresco evidencia levaduras con seudofilamentos. El diagnóstico de especie se obtiene por cultivo. El tratamiento puede ser *local* a base de: Clotrimazol o miconazol o isoconazol, óvulos o comprimidos vaginales diarios por 7 días. El tratamiento alternativo es la nistatina en óvulos de 100,000 U. En las formas recurrentes el tratamiento antifúngico intravaginal debe prolongarse por 3 semanas. En las formas recurrentes persistentes están indicados fluconazol 150 mg v/o dosis única o ketoconazol 200 mg v/o 10 días.⁴⁻⁶

LESIONES CERVICALES

El trauma de los partos hace que se formen en el cuello uterino dos labios: anterior y posterior, más o menos bien definidos. Pueden formarse los quistes de Naboth (quiste glandular superficial), debido a que el epitelio estratificado tapona las criptas glandulares o papillas productoras de moco; la producción de moco continúa y el área se va distendiendo hasta formar un quiste de 3 a 6 mm de diámetro, recubierto en su superficie por un epitelio adelgazado, denominado ectopia o ectropión a la zona visible del exocervix que tiene una coloración más rojiza que el resto del cuello, en la cual se encuentra la zona de transformación (ZT), ésta a veces se confunde con la erosión cervical o el cuello congestivo.⁵

Clínicamente se observan los siguientes cambios inflamatorios:

- Congestión: Enrojecimiento del cuello debido a aumento de la vascularización subepitelial acompañado de hiperemia.
- Erosión: Desaparición total o parcial del epitelio en un área del cuello, con exposición del corion.

- Colpitis, reacción inflamatoria de la mucosa vaginal secundaria a infecciones por microorganismos patógenos, incluyendo el epitelio del cuello uterino, provocando cambios de inflamación aguda; como respuesta a ésta, las células pierden su función, se descaman y producen erosión.
- Ulceración: No sólo el corión está al descubierto, también participa en el proceso inflamatorio y puede llegar hasta la necrosis. Al presentarse el proceso reparativo se origina induración o esclerosis a nivel del cuello uterino, con bordes elevados o cortante y fondo rojo no vascularizado.⁵

La técnica de Papanicolaou puede realizarse en diferentes epitelios; la más conocida en su aplicación en el diagnóstico del cáncer cervical lleva el nombre de la persona que lo desarrolló en 1920: el Dr. George N. Papanicolaou; su técnica consiste en extraer una muestra de células del cuello uterino y examinarla en el laboratorio para determinar la presencia y extensión de células anormales. Es una técnica de detección temprana y oportuna de CaCu. Pese a ser un examen indoloro, relativamente rápido y sencillo, tanto en la toma de la muestra como para su lectura e interpretación, no se realiza de forma global en todas las poblaciones. Es relativamente económica; no solamente reporta la presencia de cáncer, sino que permite conocer la actividad hormonal de la mujer, detectar infecciones y enfermedades inflamatorias como las ya mencionadas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que toda mujer en edad reproductiva y/o con antecedentes de actividad sexual debería practicarse la citología vaginal al menos una vez al año. En presencia de síntomas requiere practicarlo con más frecuencia. Se recomienda antes de la inserción de un dispositivo intrauterino (DIU).⁴

Mediante la citología se identifica si el epitelio está sano o enfermo. Ninguna otra prueba ha tenido tanto éxito en la erradicación del CaCu como la citología cervicovaginal, la cual es precedida de una historia natural de la enfermedad prolongada que permite la detección de lesiones intraepiteliales escamosas (SIL) del tracto genital inferior (TGI) que permiten su tratamiento oportuno; tiene errores relacionados en las tomas, preparación e interpretación de la muestra; el procedimiento tarda unos 5 minutos.

Los reportes de acuerdo a los criterios de Papanicolaou son:

- Normales, sin células anormales o atípicas.
- Existe presencia de células atípicas, pero no hay evidencia de cáncer; estas células anormales probablemente se deban a un proceso inflamatorio cervical.
- Células anormales que sugieren la presencia de cáncer. Se recomiendan otras pruebas.

- La cantidad de células anormales encontradas sugiere la presencia de cáncer. Se requieren pruebas posteriores, incluyendo biopsia (extracción de una pequeña porción de tejido para su estudio), para establecer y diagnosticar la enfermedad.
- Las células anormales demuestran definitivamente la existencia de cáncer.

El procedimiento para la toma de muestra consiste en colocar a la paciente en posición ginecológica e insertar un espéculo vaginal para facilitar el acceso hacia el cuello uterino; posteriormente se realiza la toma del cuello uterino con diferentes dispositivos (espátula, cepillo endocervical, brocha cervical, etc.); se coloca en la laminilla y se fija con spray y envía al laboratorio para su lectura por el citopatólogo.^{2,6}

Prurito y leucorrea son los síntomas que con mayor frecuencia presenta una mujer al acudir al ginecólogo y/o a un servicio de consulta externa y la citología cervicovaginal puede ser útil en identificar infecciones específicas y detectar cambios inflamatorios persistentes que implican mayor riesgo de desarrollar SIL o CaCu.^{4,7-10}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estudio se centró en la proporción de cervicitis en mujeres sexualmente activas y la infección más frecuentemente observada en 145 pacientes de Asunción Ixtaltepec con diferentes factores de riesgo para padecer una patología cervical.

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El estudio se justifica ampliamente debido a la siguiente consideración:

El conocimiento de proporciones de cervicitis en mujeres sexualmente activas permitirá definir políticas preventivas para disminuir el incremento de estas enfermedades prevenibles y secundariamente los riesgos de padecer CaCu en Asunción Ixtaltepec.

OBJETIVOS

- Establecer los factores de riesgo gineco-obstétricos de las pacientes.
- Determinar la proporción de cervicitis en el grupo estudiado de mujeres con factores de riesgo para patología cervical.
- Conocer la proporción de cervicitis en pacientes de primera vez y subsecuentes.
- Determinar la proporción del proceso inflamatorio de acuerdo al agente causal específico.
- Difundir información para que las pacientes tomen medidas preventivas para disminuir su incidencia.

VARIABLE DEPENDIENTE

- La proporción de cervicitis con factores de riesgo bajo, moderado y alto para padecer una patología cervical.

VARIABLE INDEPENDIENTE

- Las 145 mujeres a las cuales se les tomó la citología cervical.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Ciento cuarenta y cinco pacientes que se hayan realizado Papanicolaou entre el 1º de octubre de 2001 y el 30 de octubre de 2002.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes menores de 18 años.
- Mujeres que no hayan tenido relaciones sexuales.
- Defecto en la realización de la toma.
- Errores diagnósticos.
- Errores de la preparación de la toma.

DISEÑO METODOLÓGICO

- Descriptivo, longitudinal, retrospectivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se inició el protocolo al difundir el programa por medio de pláticas. La atención de las pacientes se realizó en consulta externa, se hizo labor comunitaria en donde también se adaptaron casas para la toma de la muestra. Se recibía a la paciente en forma individual para la elaboración del llenado del formato de Papanicolaou. Con los datos que la paciente proporcionaba, se informaba a la mujer sobre la prueba de Papanicolaou y temas de interés en la prevención de CaCu. Posteriormente se procedía a tomar la muestra. Se utilizaron los formatos de Papanicolaou para el análisis de los resultados, los cuales se entregaron a las pacientes. Los resultados se analizaron en proporciones de las variables y se vaciaron en gráficos de pastel y barras con las respectivas proporciones.

RECURSOS DE LA INVESTIGACIÓN

Recursos humanos:

- 1 investigador.
- 145 mujeres, las cuales acudieron voluntariamente a tomarse su Papanicolaou en los lugares instalados para la toma de la muestra o clínica de salud.

Recursos físicos que se utilizaron:

- Portaobjetos.
- Fijador en spray.
- Espátulas de madera.
- Espéculos.
- Formatos de Papanicolaou.
- Lapicero especial para numerar los portaobjetos.
- Guantes.
- Solución (desinfectante).
- Cepillo.
- Batas de examinación.

CRONOGRAMA

- Del 1º al 15 de diciembre de 2002 se revisarán los formatos de Papanicolaou de 145 pacientes a las cuales ya se les había dado el resultado del Papanicolaou.
- Del 8 al 16 de enero de 2003 se tomarán los resultados por método de paloteo.
- Del 8 al 9 de febrero se analizarán los resultados de acuerdo a las variables obtenidas.

RIESGOS

- Hasta el momento ninguno conocido.

RESULTADOS

Cuadro 1 Resultados y análisis de resultados:

De las 145 mujeres a quienes se les realizó el estudio de Papanicolaou se encontró que 45% de éstas no tenían algún factor de riesgo para padecer patología cervical, el 19% se encontraron con algún tratamiento ginecoobstétrico y 13% tenían control de la fertilidad con DIU; más de 15% eran postmenopáusicas (Cuadro 1 y Figura 1).

Cuadro 1. Factores de riesgo.

Tipo	Número	Porcentaje
Puerperio o postabortedo	0	0
Posmenopausia	26	15
Uso de hormonales	6	3
DIU	22	13
Histerectomizadas	9	5
Tratamiento ginecoobstétrico	33	19
Ninguno	79	45
Total	175	100

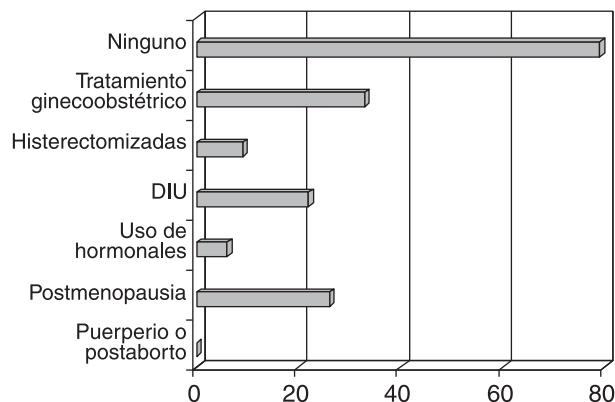


Figura 1. Factores de riesgo para patología cervical.

Cuadro 2. Lesiones encontradas durante la citología.

Tipo de lesión	Número	%
Cuello normal o sano	74	52
Erosión de cuello	6	4
Cervicitis	19	13
Leucorrea	26	18
Sangrado anormal	9	6
Úlcera	2	1
No se observó cuello	9	6
Total	145	100

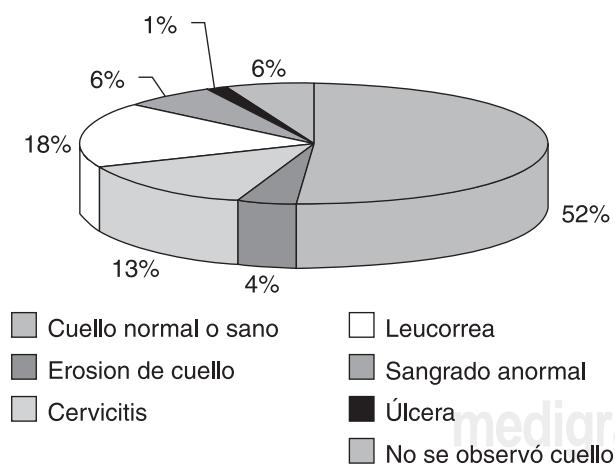


Figura 2. Tipo de lesiones encontradas en las 145 pacientes.

A la exploración física de cérvix se encontró que la mayoría de las pacientes tuvieron un cuello cervical normal con un 52% y cervicitis sólo 13%, leucorrea 18% y sangrados anormales en 6% (Cuadros 2 y 3 y Figura 2).

Cuadro 3. Cantidad de pacientes con cambios cervicales De acuerdo al agente causal.

Tipo de agente	Número	Porcentaje
Bacterias	90	62.06%
<i>Candida albicans</i>	7	4.82%
<i>Actynomices</i>	1	0.68%
<i>Torulopsis</i>	1	0.68%
<i>Aspergillus</i> ssp.	1	0.68%
<i>Gardnerella vaginalis</i>	14	9.65%
Virus del papiloma humano	2	1.37%
<i>Leptoitrix</i>	1	0.68%
Total	117	80.68%

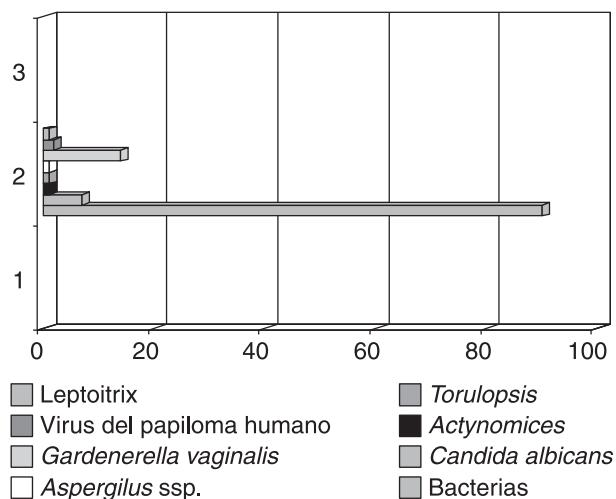


Figura 3. Cantidad de pacientes con cambios cervicales de acuerdo al agente causal.

Las bacterias son la causa más frecuente a nivel de cérvix. La *Gardnerella vaginalis* se encontró en 9.65% en nuestra población de pacientes y también la *Candida albicans* en 4.82% (Cuadro 3 y Figura 3). Se debe considerar en cuanto a estos hallazgos que las infecciones por virus de la inmunodeficiencia humana y las enfermedades cronicodegenerativas se encuentran en ascendencia. Lo más probable es que en un futuro próximo las candidiasis ocupen un importante lugar dentro de los cuadros de morbilidad general.

Cuadro 4. Resultados de citología en 145 pacientes de Asunción Ixtaltepec.

Tipo de lesión	Número	Porcentaje
Proceso inflamatorio	117	80.68%
Algún grado de neoplasia intraepitelial cervical	3	2.06%
Normal	25	17.24%
Total de pacientes	145	99.98%

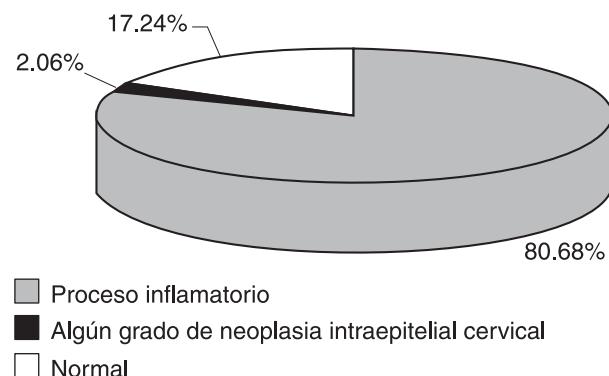


Figura 4. Resultados de citologías de las 145 pacientes.

Cuadro 5. Citologías con proceso inflamatorio y síntomas.

Proc. inflamatorio s/síntomas	Primera vez	40
	Subsecuente	15
Proc. inflamatorio c/síntomas	Primera vez	40
	Subsecuente	22
Total		117

Proceso inflamatorio

Sin síntomas	55	37.93%
Con síntomas	62	42.75%
Total	117	80.68%

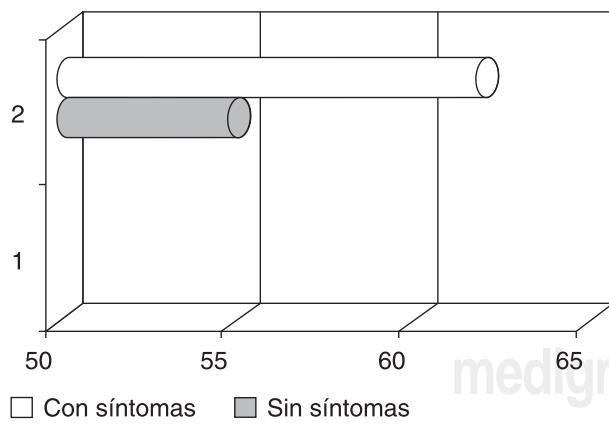


Figura 5.

De las 145 mujeres, 80.68% se reportaron con proceso inflamatorio a nivel de cérvix; de éstas se registraron 42.75% con proceso inflamatorio y con síntomas, y 37.93% no tuvieron síntomas pero presentaron igual-

mente un proceso inflamatorio; de las consultas de primera vez 55.17% tuvieron algún proceso inflamatorio y 22.51% fueron subsecuentes (Cuadros 4 y 5 y Figuras 4 y 5).

CONCLUSIONES

En este estudio faltó analizar los resultados por grupos etáreos para conocer la frecuencia de cervicitis en estos grupos. De las 145 mujeres estudiadas se observó que 45% no tenían algún factor de riesgo de moderado a alto para padecer patología cervical. Este estudio fue hecho en una comunidad rural donde nos encontramos con varias limitantes, principalmente por las costumbres del lugar. La mayoría de las mujeres no querían practicarse el Papanicolaou debido a múltiples causas, entre otras por temor a la represión del cónyuge y por pudor al no permitir ser vistas de sus órganos genitales por el equipo de salud.

Se encontró que de las 145 mujeres observadas, la proporción del proceso inflamatorio fue de 80.68% a nivel de cuello cervical, por lo que podemos concluir que la cervicitis ocupa un lugar importante. 55.17% de las consultas de primera vez tuvieron cervicitis y 22.51% fueron subsecuentes. En 3 mujeres se encontró neoplasia intraepitelial cervical (NIC) las cuales se refirieron a un segundo nivel. En este estudio se descubrió que el proceso inflamatorio es producido frecuentemente por bacterias hasta en 62.06%, seguido de la *Gardnerella vaginalis* hasta en 9.65%, en contraste con otros estudios realizados en el 2001 en los cuales se obtuvo un porcentaje de 34% de infecciones cervicovaginales por este mismo agente causal o como en el hallazgo de Blanco T. y cols. quienes encontraron que en el grupo de mujeres en etapa genital activa tuvo un predominio la vaginosis (47.60%), excluyendo las mujeres embarazadas, seguido por las levaduras (26.86%) y tricomonas (21.01%).¹⁰ Cuando analizaron la población de las mujeres mayores de 51 años, observaron que la primera causa de secreciones infecciosas patológicas correspondió a la vaginosis (34.05%), seguido por tricomonas (27.68%) y levaduras (21.28%). En este estudio se encontró el proceso inflamatorio producido por *Candida albicans* hasta con 4.82%. Aunque este estudio no tuvo un análisis estadístico más detallado se observó que la *Gardnerella vaginalis* y la *Candida albicans* ocuparon casi la misma prevalencia que en los demás estudios. Nuestro estudio cumplió con los objetivos propuestos desde el principio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pernoll M, Benson R. Obstetricia y ginecología. Edit. El Manual Moderno. México D.F. Año 1998: 630-640.

2. Casab L, Cantale R, Lázaro M, Muniesa S. Revisión bibliográfica de citología exfoliativa cervicovaginal. Departamento de Medicina Familiar de la Universidad del Sur de California. Año 2000. USC.
 3. Mondragón HC. Ginecología y obstetricia. Edit. Trillas Año 1997: 154-156.
 4. González M. Ginecología. Edit. Masson, 2000; Cap. 11: 185-205.
 5. Casanova G, Ortiz I, Arredondo G. Las enfermedades de transmisión sexual, causa de complicaciones perinatales. Enfermedades Infecciosas y Microbiología 1994; 14(1): 25-28.
 6. Danforth. Ginecología . 1991 Edit Interamericana. Cap. 50.
 7. SSA Programa de Acción: Cáncer cervicouterino.1^a edición. México D.F. 2002.
 8. NOM. OFICIAL 014-SSA2-1994. Para la prevención, diagnóstico, detección, control y tratamiento oportuno de cáncer cervicouterino.
 9. Farreras R. Medicina interna. 13^a edición. Edit. MASSON, 1997: 1120-1127.
 10. Blanco T, Carreto E, Intronini S, Toscanini C, Ghuierra R. Prevalencia de infección genital baja. Archivos de Ginecología y Obstétrica, Año 1997. Vol. 34 No.1.
-