

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
FACULTAD DE MEDICINA  
LEON



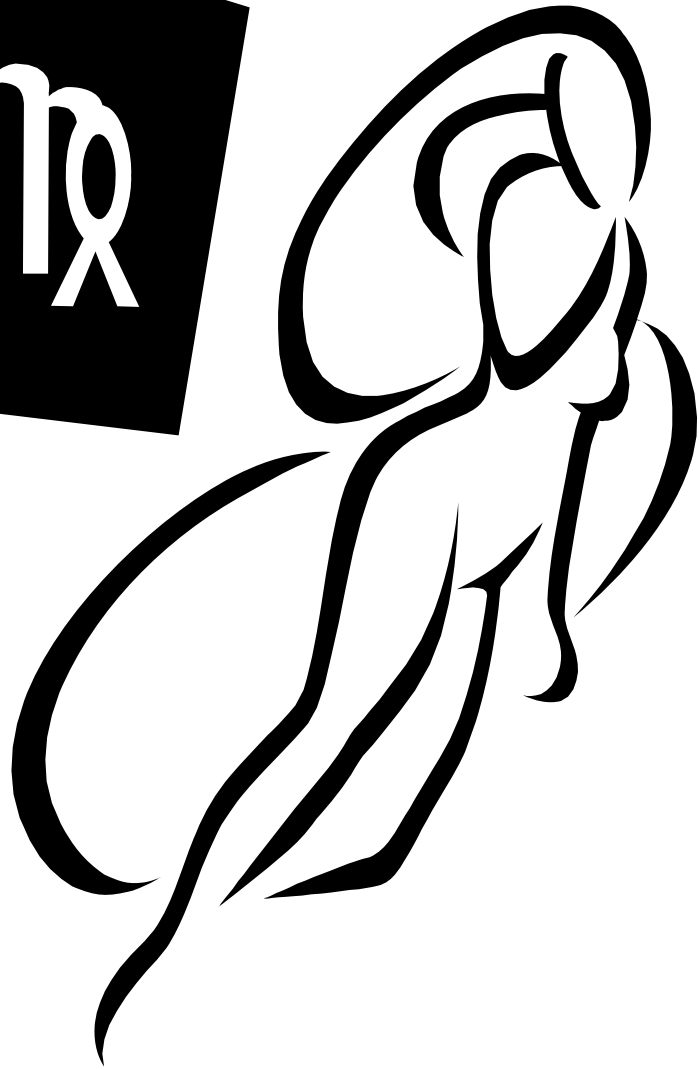
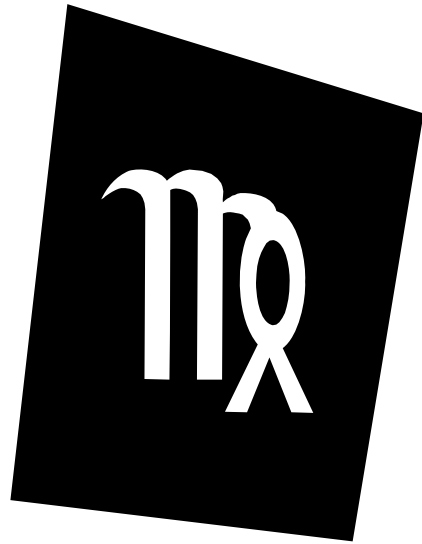
***INFECCION CERVICAL POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS  
EN MUJERES EMBARAZADAS  
HEODRA, LEÓN  
Noviembre - Diciembre 2002***

TRABAJO MONOGRÁFICO PARA OPTAR AL TÍTULO DE  
**ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

Autor: Dr. Felipe Porras Díaz.  
Médico Residente IV año  
Ginecología y Obstetricia  
HEODRA, León.

Tutor: Dra. Eliette Balladares Cardoza  
Especialista en Ginecología y Obstetricia  
Maestría en Salud Reproductiva  
HEODRA, UNAN, León.

León, Febrero 2003.



## **DEDICATORIA:**

*A la memoria de mi padre, Dr. Alonso Porras Roíz.*

*A mi mamá, Dra. Zela Díaz de Porras fuente inagotable de amor.*

*A Flor Estela mi esposa, Rodrigo Ernesto y Carlos Ramón mis hijos, compañeros inseparables y motivo de mis alegrías*

*A mis hermanos y cuñados que me han dado siempre su mano para seguir adelante.*

*A Doña Daisy Rugama, por haberme dado una esposa tan linda y apoyarme siempre.*

*A Marcos, Yamileth, Xiomara y Chilo mis grandes amigos.*

## **AGRADECIMIENTOS:**

- A Dios, por todas las cosas buenas que me ha dado en la vida.
- Al Proyecto de Salud Reproductiva e Infantil de la UNAN León, financiado por SAREC, quién cubrió el costo de los reactivos utilizados para la presente investigación.
- Al Lic. Hugo Zambrana, Gerente Propietario del Laboratorio Metropolitano por su contribución científica técnica en el manejo de las muestras biológicas, además de su actitud de apoyo permanente al quehacer investigativo cobrándonos solamente el costo de los reactivos.
- A la Doctora Eliette Valladares y al Doctor Rodolfo Peña, por toda su amistad y paciencia.
- A mis Maestros.
- A Dra. María Auxiliadora Baca Vargas por su valioso aporte para la recolección de muestras

## INDICE:

INTRODUCCIÓN: .....	1
OBJETIVOS: .....	2
Objetivo general:.....	2
Objetivos específicos: .....	2
MARCO TEORICO.....	3
DISEÑO METODOLOGICO.....	10
Tipo de estudio:.....	10
Población y área de estudio:.....	10
Universo y muestra : .....	10
Recolección y manejo de la información: .....	10
Plan de análisis:.....	11
Consideraciones Éticas: .....	12
Operacionalización de Variables:.....	13
RESULTADOS.....	15
DISCUSIÓN .....	21
CONCLUSIONES .....	25
RECOMENDACIONES .....	26
BIBLIOGRAFIA .....	27
ANEXOS: .....	29
Gráfico 1: .....	30
Diagrama 1:.....	31
Diagrama 2:.....	32
Diagrama 3:.....	33
Gráfico 2: .....	34
Ficha Epidemiológica para recolección de datos. ....	35
Solicitud de Examen .....	37
Hoja de Consentimiento Individual.....	38



## INTRODUCCIÓN:

Las infecciones cervicovaginales representan una de las principales causas de consulta de las mujeres durante la etapa reproductiva<sup>1</sup>. Los agentes infecciosos pueden provenir del tracto genital materno, ser adquiridos por transmisión sexual o desde un reservorio potencial como es el ambiente hospitalario en el periparto o durante el puerperio.<sup>2</sup> Los agentes infecciosos abarcan una amplia gamma que va desde virus hasta protozoos pasando por bacterias y hongos, siendo una de sus principales manifestaciones clínicas el flujo vaginal.

En la actualidad, entre la diversidad de agentes etiológicos involucrados aquellos transmitidos sexualmente se han convertido en un problema de salud pública a nivel mundial, siendo la *Chlamydia Trachomatis* de los más comúnmente encontrados entre mujeres en edad fértil.<sup>3</sup> La prevalencia de *C. trachomatis* en diversos estudios varía del 3 al 5 por ciento en mujeres asintomáticas, aumentando a cifras mayores del 20 por ciento en las clínicas de ETS. En mujeres embarazadas, se ha reportado que del 4 al 20% presentan cultivos cervicales positivos para *Chlamydia* .<sup>4</sup>

Un alto porcentaje de las mujeres infectadas por *Chlamydia* cursan de forma asintomática (5 a 15%); sin embargo esta infección se ha asociado a diversos síndromes clínicos que afectan tanto a la mujer como a su bebé. Entre las afecciones maternas se encuentran la cervicitis mucopurulenta aguda, la uretritis, la salpingitis aguda, la infección urinaria a repetición con cultivos bacterianos negativos, la endometritis puerperal y la enfermedad inflamatoria pélvica. Recientemente se ha visto también asociada a cáncer cervicouterino.<sup>5</sup>

A pesar de esto, debido probablemente al alto costo de la prueba para su detección, se desconoce en nuestro medio la frecuencia de infección cervical por *Chlamydia Trachomatis* en embarazadas y los factores que se asocian a esta, razón por la que se formula y realiza el presente trabajo que nos permitirá mejorar el manejo de estas pacientes y prevenir morbilidad en el binomio materno fetal.

## **OBJETIVOS:**

### **Objetivo general:**

Conocer el comportamiento epidemiológico de la infección cervical por *Chlamydia Trachomatis*, para contribuir a la aplicación sistemática de los criterios de búsqueda activa de este microorganismo, lo que nos permitirá su tratamiento oportuno e impactar así en la morbilidad maternofetal que se le asocia. HEODRA, León, Noviembre y Diciembre de 2002.

### **Objetivos específicos:**

1. Determinar la frecuencia de infección por *Chlamydia Trachomatis* en cervix uterino, en mujeres embarazadas atendidas en el servicio de Emergencia de Ginecología Obstetricia del HEODRA.
2. Identificar los principales factores asociados a la infección por *Chlamydia Trachomatis* en la población de estudio.
3. Describir las manifestaciones clínicas más frecuentemente presentadas por las pacientes con prueba positiva de *Chlamydia Trachomatis* a nivel de cervix uterino.
4. Conocer las complicaciones médicas del embarazo más frecuentemente asociadas a infección cervical por *Chlamydia Trachomatis*.



## MARCO TEORICO

El género *Chlamydia* contiene dos especies, *Psittaci* (que provoca infecciones en pájaros y algunos animales domésticos) y *Trachomatis* (que afecta al ser humano), teniendo cada una de ellas distintos serotipos. La especie *Chlamydia Trachomatis* posee dos serotipos, LGV (causante de linfogranuloma venéreo) y no LGV (que provoca tracoma, conjuntivitis e infecciones del aparato genital). La forma LGV se localiza en el tejido linfoide, mientras que la no LGV tiene predilección por las superficies mucosas.<sup>6</sup> Todas muestran características morfológicas semejantes, comparten un antígeno común y se multiplican en el citoplasma de su célula huésped mediante un ciclo distintivo de desarrollo.<sup>7</sup>

La *Chlamydia Trachomatis* es un parásito intracelular obligado que utiliza la maquinaria metabólica de la célula huésped para iniciar su ciclo de vida debido a que carece de algunos mecanismos para la producción de energía metabólica y no pueden sintetizar ATP, por lo que termina con la muerte de dicha célula. Como tal, no se considera flora normal de la porción inferior del aparato genital. Este microorganismo tiene el genoma más pequeño conocido y contiene un plásmido. Su pared celular carece de ácido murámico; el ciclo de vida incluye un cuerpo elemental infeccioso pero sin actividad metabólica y no reticulado, que sintetiza en forma activa ADN y otras moléculas.<sup>7</sup>

Debido a su parasitismo intracelular obligatorio las *Chlamydia* fueron consideradas inicialmente como virus. Sin embargo, estas difieren de los virus en las siguientes características fundamentales:

1. Como las bacterias posee DNA y RNA.
2. Se multiplican por fisión binaria; los virus jamás.
3. Tienen una pared celular rígida semejante al tipo de pared celular de las bacterias, pero carece de ácido murámico y no es susceptible a la acción de la lisozima.
4. Poseen ribosomas; los virus nunca.
5. Poseen diversas enzimas activas metabólicamente: por ejemplo, liberan CO<sub>2</sub> a partir de la glucosa.

6. Su crecimiento puede ser inhibido por múltiples antimicrobianos, en especial tetraciclinas y eritromicinas.<sup>7</sup>

La infección por *Chlamydia Trachomatis* es una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuentemente encontradas alrededor del mundo, la magnitud de la morbilidad asociada a esta es enorme. La *Chlamydia Trachomatis* es una causa común de uretritis y cervicitis, sus secuelas incluyen enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico, infertilidad por factor tubario, epididimitis, proctitis y artritis reactiva. Así mismo ha sido reportado que la infección por *Chlamydia Trachomatis* aumenta el riesgo de desarrollar cáncer cervical invasor<sup>5</sup>.



La forma en que se ha incrementado alrededor del mundo la incidencia de enfermedad inflamatoria pélvica en los últimos 20 años ha traído como consecuencia el aumento de la frecuencia de embarazos ectópicos y de factor de infertilidad tubario. La enfermedad inflamatoria pélvica por *Chlamydia* es, dentro de las causas de infertilidad, la más prevenible.<sup>8</sup>

Existe cada día más evidencia que la infección por *Chlamydia Trachomatis* puede causar una serie de lesiones adversas al embarazo entre las que se encuentran aborto temprano y tardío, infección fetal intrauterina y neonatal, prematuridad, ruptura prematura de membranas y endometritis posparto. La infección por *Chlamydia Trachomatis* puede ser adquirida como una infección intrauterina o durante el paso a través del canal de parto, dando como resultado conjuntivitis neonatal y neumonía neonatal. También se ha considerado el papel de la *Chlamydia Trachomatis* en el síndrome de muerte súbita, pero las evidencias son pocas. La infección neonatal por *Chlamydia* puede también causar secuelas a largo plazo tales como la enfermedad pulmonar obstructiva.<sup>9</sup>

La infección por *Chlamydia Trachomatis* es altamente prevalente especialmente en adolescentes y adultos jóvenes<sup>10</sup>, cursando la mayoría de los casos (70%) de manera asintomática. Una vez adquirida, la infección puede persistir por meses presentando largos períodos de transmisión.

En los últimos 10 años, con el inicio de prácticas sexuales a una edad cada vez más temprana se ha incrementado de manera importante el número de mujeres en el grupo etáreo de 16 a 19 años y de hombres de 20 a 24 años con la infección por *Chlamydia Trachomatis*. La frecuencia de la infección varía desde 1% a 29% en diferentes poblaciones, siendo mayor en clínicas para tratamiento de infecciones de vías urinarias, ETS y donde se realizan abortos<sup>11</sup>. Durante el embarazo las tasas de prevalencia varían desde 4 a 20%.<sup>4</sup>

En 1992-93 Bjorn. y cols. realizaron un estudio en las ciudades de León, Matagalpa y Bluefields, sobre prevalencia de infección cervical por *Chlamydia Trachomatis*, utilizando test de anticuerpos directos fluorescentes o PCR. Ellos reportaron una frecuencia de 4.3% en mujeres examinadas rutinariamente, encontrando que los factores de riesgo más importantes fueron: edad menor de 20 años, vida sexual extramarital, historia de infección del tracto urogenital, uso de contraceptivos orales y uso de dispositivos intrauterinos.<sup>12</sup>

Las infecciones por *Chlamydia Trachomatis* con sus complicaciones representan un costo estimado por año de 2.4 billones de Dólares en servicios de salud a nivel mundial.<sup>13</sup>

### **Causas y riesgos**

Diversos estudios han reportado las siguientes conductas de riesgo asociadas a la infección<sup>14</sup>

- Personas menores de 25 años
- Cambios recientes de pareja sexual
- Múltiples compañeros sexuales (más de 3)
- No uso de métodos de anticoncepción como anticonceptivos orales
- Cervicitis y la presencia de otra enfermedad de transmisión sexual
- Deserción escolar

Como ocurre con otras enfermedades de transmisión sexual, las mujeres son más propensas a contraer la infección. El 40% de las mujeres adquiere la infección en un acto sexual aislado con un compañero sexual afectado, en comparación con el 20% de los hombres (cuando sostienen una relación sexual aislada con una mujer infectada). Así mismo, estadísticas muestran que las adolescentes poseen una capa de células delgada en el cuello de la matriz o cervix, haciéndolas más vulnerables a inflamación del mismo (cervicitis) y por consiguiente a infección por *Chlamydia Trachomatis*.

En las mujeres embarazadas el diagnóstico puede basarse en la historia clínica y el examen físico. Las pruebas de *Chlamydia*, Sífilis y Gonorrea deben ser realizadas en el tercer trimestre de embarazo en mujeres de alto riesgo. Los factores de riesgo de infección por *Chlamydia* durante el embarazo incluyen:

- Edad menor de 25 años.
- Historia pasada o la presencia de otras enfermedades de transmisión sexual
- Nuevo compañero sexual en los últimos 3 meses
- Múltiples compañeros sexuales.

Por lo antes expuesto, se consideran tres grupos de alto riesgo, a los que se debería aplicar métodos de tamizaje para *Chlamydia Trachomatis*:

- Mujeres embarazadas.
- Adolescentes.
- Mujeres con múltiples compañeros sexuales.<sup>15</sup>

### **Signos y síntomas :**

Los signos y los síntomas, si existen, aparecen por lo regular, entre una a dos semanas luego de la infección. Los síntomas son similares a los de la gonorrea. El endocervix es el sitio primario de infección en la mujer, también suele afectar las glándulas de Bartholin y el endometrio.<sup>14</sup>

Algunas mujeres pueden manifestar secreción vaginal leve o dolor en abdomen o pelvis. Cualquier contacto íntimo de los genitales, área rectal u oral, o el compartir artículos para estímulo sexual puede provocar contagio en esa área y dar lugar a síntomas de la infección, tales como:

- Flujo vaginal
- Dolor moderado y malestar al orinar
- Dolor abdominal, cuando la infección ha ascendido a utero, trompas u ovarios
- Dolor rectal, si el recto está infectado
- Dolor en el cuadrante derecho del abdomen, si compromete el hígado.
- Dolor de garganta, cuando esta se afecta a través de relación orogenital.

En las mujeres con edades comprendidas entre los 20 y 30 años se puede presentar un cuadro consistente en dolor pleurítico en la parte alta del abdomen (habitualmente en el lado derecho), conocido como Síndrome de *Fitz Hugh Curtis*, que a menudo acompaña los signos y síntomas de enfermedad inflamatoria pélvica. Es una causa frecuente de dolor que obliga a consultar en el servicio de urgencias. El cultivo cervical de *Chlamydia trachomatis* es positivo la mayoría de las veces.

## **Diagnóstico**

La sensibilidad y especificidad de algunos medios de cultivo para aislar *Chlamydia Trachomatis* no está aun totalmente probada<sup>16</sup>. Para aumentar la sensibilidad de los cultivos hay que tener mucho cuidado al momento de recolectar la muestra tomando la mayor cantidad de células epiteliales como sea posible, se deben remover el moco y los detritos celulares, el uso de hisopos de madera reduce el rendimiento de los cultivos de los especímenes almacenados en los medios de transporte debido a los productos derivados de la madera como el Alginato de calcio el cual inhibe el crecimiento de los microorganismos, por lo que la muestras deben tomarse con hisopo de plástico o metal con punta de rayón.

Las técnicas de no cultivo han sido desarrolladas. Una de ellas es el Ensayo Inmuno Enzimático (ELISA). En poblaciones de mujeres de alto riesgo su sensibilidad ha sido de un 90% y su especificidad de 97%. El otro método utilizado es a través de sistemas de detección de anticuerpos monoclonales el cual en poblaciones de mujeres de alto riesgo tiene una sensibilidad de 89% y una especificidad de 98%.

En grandes centros, el diagnóstico se basa predominantemente en la primera generación de análisis de inmunoensayo, los cuales son conocidos por tener sensibilidad sub-óptima, o en cultivos con técnicas de Giemsa o Yodo. Más recientemente, la introducción del Test de anticuerpos directos fluorescentes ha mejorado la detección de este microorganismo. La reacción en cadena de la Polimerasa (PCR) es un test con alta sensibilidad y especificidad para la detección de infección genital por *Chlamydia Trachomatis* y presenta resultados equivalentes o mejores que los primeros métodos de cultivos celulares utilizados.

## **Tratamiento**

Los esquemas de tratamiento recomendados en mujeres embarazadas son a base de: Eritromicina base 500mg por vía oral cada seis horas por siete días. Debido a que este régimen no es bien tolerado la dosis de Eritromicina base puede disminuirse a 250 mg cada seis horas por 14 días o bien Ethilsuccinato de Eritromicina 800 mg cada seis

horas por siete días o 400 mg cada seis horas por catorce días. El Estolato de Eritromicina está contraindicado durante el embarazo por ser hepatotóxico para el binomio madre feto.

Se consideran como alternativas de tratamiento la Clindamicina 300mg cada ocho horas por siete días, Amoxicilina 500 mg cada ocho horas por siete días o Azitromicina 500 mg una vez al día por tres días.<sup>15</sup>

# DISEÑO METODOLOGICO

## **Tipo de estudio:**

Estudio de corte transversal.

## **Población y área de estudio:**

La población de estudio fueron pacientes embarazadas atendidas en el servicio de Emergencia de Gineco-obstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales durante los meses de Noviembre y Diciembre del 2002.

## **Universo y muestra :**

Del total de pacientes embarazadas atendidas en el servicio de Emergencia de Gineco-obstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales, en el período de estudio, se escogieron las primeras 100 pacientes que cumplían los siguientes criterios de inclusión:

- No sangrado transvaginal activo
- No uso de antibióticos en los últimos 7 días
- No uso de duchas vaginales en los últimos 7 días
- Membranas integra
- Sin examen ginecológico en las últimas 24 horas

## **Recolección y manejo de la información:**

Una vez que se corroboraba que la paciente cumplía con todos los criterios de inclusión, se le explicaban los objetivos del estudio, el procedimiento que necesitábamos realizar para la toma de muestra y se les solicitaba su consentimiento para participar.

Posteriormente, a través de entrevista directa a la paciente, se procedió a llenar un cuestionario previamente elaborado, que contenía historia sociodemográfica, obstétrica y datos relevantes para el estudio (ver anexo # 7).



Finalmente, con la paciente en posición ginecológica, se procedió a colocar un espejulo vaginal, removiendo con un aplicador extra el exceso de moco de la superficie endocervical. A continuación se introdujo aplicador estéril en el canal endocervical rotándolo por 15 a 30 segundos, retirándolo cuidadosamente para que no entrara en contacto con las superficies vaginales, colocándolo en el medio de transporte y trasladándolo de manera inmediata al Laboratorio Clínico Metropolitano para su análisis a través de inmunocromatografía de un paso para detección directa del antígeno Hexagon Chlamydia.

Una vez en el Laboratorio clínico, la muestra fue rotulada para su identificación. Posteriormente se extrajo el aplicador del medio de transporte y se le introdujo en un tubo conteniendo reactivo de extracción moviéndolos durante diez segundos hasta mezclar sus contenidos. A continuación se dejaron a temperatura ambiente por 5 a 10 minutos, para luego mezclarlos nuevamente en 2 o 3 ocasiones por pocos segundos tratando de extraer la mayor cantidad de muestra posible del hisopo. Luego, el hisopo fue descartado y la mezcla se extrajo con una pipeta, agregándose 5 gotas de esta a un dispositivo de prueba con una membrana cromatográfica que contenía anticuerpos monoclonales anti Chlamydia inmovilizados. Cuando entran en contacto los antígenos de Chlamydia con los anticuerpos monoclonales forman un complejo antígeno-anticuerpo que atraviesa la membrana. Una línea rosado púrpura aparece en el área de control cuando la prueba fue bien realizada. Se considera positiva cuando además de aparecer la línea rosado púrpura en el área de control aparece otra línea similar en el área de prueba (dos líneas), lo que indica que la muestra obtenida contiene antígenos de *Chlamydia Trachomatis*.

#### **Plan de análisis:**

La información obtenida fue introducida en una base de datos, creada para este fin en el programa EpiInfo, y posteriormente analizada en SPSS. Se realizó análisis univariado y bivariado, expresando los resultados obtenidos en números absolutos y relativos, a través de tablas y gráficos. Se realizó una prueba de hipótesis relacionando el resultado de frecuencia de infección cervical por *Chlamydia Trachomatis* en mujeres

embarazadas encontrado en este estudio, con la frecuencia de referencia reportada por la bibliografía, que osciló entre 4 y 20% para un promedio de 12%. Para determinar la presencia de factores asociados se utilizó prueba de significancia estadística de Chi cuadrado para tendencias y su valor de P, así como la medida epidemiológica de asociación de riesgo OR y su intervalo de confianza de 95%.

### **Consideraciones Éticas:**

A cada paciente que cumplió con los criterios de inclusión, se le explicó los objetivos del estudio y el procedimiento de toma de muestra. Se les leyó la hoja de consentimiento informado la cual, una vez aceptado participar, fue firmada por ellas.

Las pacientes tuvieron acceso a retirar su resultado de la prueba para detección de Chlamydia y a aquellas que fueron positivas se les indicó el tratamiento a seguir.

La toma de muestra se llevó a cabo en un ambiente de privacidad (cuartos de exploración de la sala de emergencias de Ginecología), con equipos cuya esterilidad estaba garantizada.

### Operacionalización de Variables:

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo de vida de la madre en años expresado por la misma al momento de la entrevista	Edad en años. Entrevista directa a la paciente	< de 15 años 15 a 35 años > de 35 años
Origen	Lugar de procedencia de la paciente	Entrevista directa a la paciente	Urbana Rural
Escolaridad	Máximo nivel académico alcanzado por la madre al momento de su inclusión al estudio	Entrevista directa a la paciente	Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria
Estado civil	Condición civil de la madre al momento de su ingreso	Entrevista directa a la paciente	Soltera Acompañada Viuda
Antecedentes obstétricos	Número de embarazos, partos, abortos y cesáreas antes del actual embarazo	Entrevista directa a la paciente	Abierta
Semanas de amenorrea	Número de semanas y días desde la fecha del inicio de su última menstruación	Entrevista directa a la paciente	< de 20 semanas 20 a 27 semanas 28 a 36 semanas > de 37 semanas
Número de controles prenatales	Cantidad de controles prenatales realizados por la paciente en su embarazo actual	Tarjeta de control prenatal	Abierta
Leucorrea	Presencia de flujo vaginal blanquecino durante su embarazo	Entrevista directa a la paciente	Si No
Número de compañeros sexuales	Número de compañeros sexuales desde el inicio de vida	Entrevista directa a la paciente	Abierta

	sexual de la paciente		
Última relación sexual	Fecha de ultima relación sexual antes de acudir al hospital	Entrevista directa a la paciente	Abierta
Enfermedades de transmisión sexual	Antecedentes de haber presentado enfermedades sexualmente transmisibles	Entrevista directa a la paciente	Si No
Planificación familiar	Método de planificación familiar utilizado para evitar embarazos	Entrevista directa a la paciente	Píldoras DIU Condón
Signos clínicos	Hallazgos al examen ginecológico	Examen ginecológico	Secreción mucopurulenta Friabilidad cervical Ectropión Edema de cervix

## RESULTADOS

El presente estudio incluyó un total de 100 pacientes embarazadas cuyas edades oscilaron entre los 13 y 45 años. Al realizar la prueba de inmunocromatografía utilizando anticuerpos monoclonales, se encontró una frecuencia de 25 % (0.25) de infección cervical por *Chlamydia Trachomatis*. En la prueba de hipótesis, a un valor de referencia promedio del 12% y para un tamaño de población de 100 (anexo # 6) se encontró que al valor estimado en el estudio de 0.25, le corresponde un intervalo de confianza del 95% de 16% a 34% (0.16 – 0.34) (anexo # 6).

Al momento de la valoración en la sala de Emergencias, veinte y seis pacientes eran asintomáticas, el 31% de ellas eran positivas para *Chlamydia*. Treinta y cinco presentaban secreción mucopurulenta y 39 presentaban leucorrea blanquecina siendo positivas para *Chlamydia* el 26 y el 20% respectivamente. (Diagrama 1). Al aplicar Chi cuadrado para tendencias encontramos que en nuestro estudio la infección cervical por *Chlamydia* se encuentra más frecuentemente asociada a pacientes asintomáticas (OR: 1.72), seguido por secreción mucopurulenta (OR: 1.45) y leucorrea blanquecina (grupo de control) (Tabla 2)

Revisando la relación entre positividad a la prueba para detección de *Chlamydia Trachomatis* y características sociodemográficas, se encontró lo siguiente: en relación a la edad, el 23% de las pacientes menores de 19 años, el 25% de las que tenían entre 19 y 35 años y el 20% de las mayores de 35 años resultaron positivas a la prueba. La distribución de pruebas positivas de acuerdo al nivel de escolaridad también fue homogénea, encontrándose 28% de positividad en pacientes con nivel de escolaridad secundaria, seguido de 25% en pacientes con niveles universitario o analfabetas y 22% en pacientes con escolaridad primaria. En cuanto al estado civil, se encontró una prevalencia de infección por *Chlamydia Trachomatis* de 31% en pacientes casadas, 22% de las pacientes acompañadas y 16% de las solteras.

**Tabla 1. Características sociodemográficas de la población de estudio, relacionadas al resultado de la prueba para detección de *Chlamydia Trachomatis* en cervix uterino. HEODRA, León. Noviembre a Diciembre 2002.**

Variables	Escala	<i>Chlamydia T.</i> POSITIVA N= 25	<i>Chlamydia T.</i> NEGATIVA N=75	TOTAL N=100	OR	Valor de P
<i>CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS:</i>						
Edad (No./%)	<20 años	5 (20)	17 (22)	21	1.25	1.0
	20 – 35 a	19 (76)	54 (73)	74	1.38	
	> 35 años	1 (4)	4 (5)	5	1.00	
Procedencia (%)	Urbana	13 (52)	38 (50)	50	1.00	0.8
	Rural	12 (48)	37 (50)	50	1.11	
Escolaridad (%)	Analf-Prim.	11 (44)	38 (51)	49	1.00	0.65
	Secundaria	12 (48)	31 (41)	43	1.16	
	Universitaria	2 (8)	6 (8)	8	1.15	
Estado Civil (%)	Sola	1 (4)	5 (7)	6	1.00	0.3
	Acompañ.	14 (56)	48 (64)	62	1.46	
	Casada	10 (40)	22 (29)	32	2.27	

Fuente de información: PRIMARIA.

Tabla 2. Historia obstétrica de la población de estudio, relacionada al resultado de la prueba para detección de Chlamydia Trachomatis en cervix uterino. HEODRA, León. Nov. a Dic. 2002.

Variables	Escala	Chlam. T. POSITIVA N= 25	Chlam. T. NEGATIVA N=75	TOTAL N=100	OR	Valor de P del $\chi^2$
<b>Gesta</b> (# y %)	<b>0 gesta</b>	10 (40)	23 (31)	33		0.16
	<b>1-2 gesta</b>	13 (52)	36 (48)	49		
	<b>≥ 3 gesta</b>	2 ( 8)	16 (21)	18		
<b>No. de Cros.</b> <b>Sex. (# y %)</b>	<b>1</b>	16 (64)	49 (65)	65	1.00	0.04
	<b>2</b>	5 (20)	21 (28)	26	1.73	
	<b>≥ 3</b>	4 (16)	5 (7)	9	2.45	
<b>SA: (# y %)</b>	<b>≤ 20</b>	1 (4)	1 (1)	2	3.31	0.4
	<b>21 – 28</b>	1 (4)	3 (4)	4	1.40	
	<b>29 – 36</b>	7 (28)	18 (24)	25	1.05	
	<b>&gt; 36</b>	16 (64)	54 (71)	69	1.00	
<b>CPN:</b> (# y %)	<b>0-3</b>	6 (24)	17 (25)	25	1.00	0.8
	<b>≥ 4</b>	19 (76)	58 (75)	75	1.07	
<b>Ant. de ETS:</b> (# y %)	<b>Si</b>	1 (4)	0 (0)	1		
	<b>NO</b>	24 (96)	75 (100)	99		
<b>Uso de MPF:</b> (# y %)	<b>G Orales</b>	4 (16)	16 (21)	20	1.00	0.5
	<b>DIU</b>	1 (4)	4 (5)	5	1.05	
	<b>Condón</b>	1 (4)	1 (2)	2	1.50	
	<b>Ninguno</b>	12 (48)	34 (45)	46	1.41	
	<b>Otros</b>	7 (28)	20 (27)	27	1.40	
<b>Presentac.</b> <b>Clínica</b> (# y %)	<b>Asintomáticas</b>	8 (31)	18 (25)	26	1.72	0.34
	<b>SMP</b>	9 (26)	26 (25)	35	1.45	
	<b>Leuc. Blanq.</b>	8 (20)	31 (31)	39	1.00	

Fuente de información: Primaria

Al explorar la historia obstétrica, el 67% de las pacientes habían tenido uno o más embarazos previos, encontrándose que el 60% de las pruebas positivas para *Chlamydia* fueron en este grupo de mujeres. En cuanto al número de compañeros sexuales, del grupo de pacientes que refirieron haber tenido 1 a 2 compañeros el 23% presentaron resultados positivos para Chlamydia, en comparación a las pacientes que refirieron haber tenido 3, grupo en donde el 44% resultaron positivas (OR: 3.45, Pv: 0.04). La prevalencia de *Chlamydia* fue de 25% entre las pacientes que habían tenido vida sexual activa en los 2 últimos meses y del 20% entre las que tenían más de 2 meses sin actividad sexual. La única paciente que reconoció el antecedente de enfermedad de transmisión sexual, un *condilomatosis vulvoperineal*, fue positiva para Chlamydia (Tabla 2).

Al examen macroscópico del cervix, 43 pacientes presentaron edema cervical, de estas el 21% presentó resultados positivos para *Chlamydia*. El 22% de las veinte y siete pacientes que tenían friabilidad cervical, al igual que el 23% de las 13 pacientes en quienes se observó ectropión resultaron positivas a la prueba de Chlamydia. En muchos de los casos había una combinación de estos hallazgos, esta íntima interrelación se describe en Diagramas 2 y 3.

La veinte y cinco pacientes que dieron positivas al test de detección de *Chlamydia Trachomatis* a nivel cervical, se comportaron clínicamente de la siguiente manera (Gráfico 2):

- Asintomáticas: 6 pacientes (24%)
- Asintomáticas con Edema cervical: 2 pacientes (8%)
- Leucorrea blanquecina: 8 casos (32%) (3 solo con Leucorrea Blanquecina, 1 con ectropión, 1 con ectropión y edema, 1 con friabilidad y edema, 1 con ectropión y friabilidad y 1 con friabilidad sola).
- Secreción mucopurulenta: 9 pacientes (36%) (3 solas, 2 con edema, 2 con friabilidad y ectropión, 1 solo con friabilidad y 1 solo con entropión).



Al examen ginecológico de las pacientes en estudio, se encontró dos tipos de secreción vaginal leucorrea blanquecina y secreción mucopurulenta, además de hallazgos cervicales macroscópicos. Su relación con el resultado a la prueba para detección de *Chlamydia Trachomatis* en cervix fue la siguiente :

- LEUCORREA BLANQUECINA (Diagrama 2):

Dieciocho de las 39 pacientes que presentaron Leucorrea blanquecina no tenían ninguna otra manifestación clínica (ni signos ni síntomas), de estas el 17% presentaron una prueba de Chlamydia positiva.

Los hallazgos macroscópicos que acompañaron más frecuentemente a la leucorrea blanquecina fueron:

- Friabilidad y edema: 6 pacientes, ninguna Chlamydia positiva.
- Ectropión y friabilidad: 3 casos, 2 Chlamydia positivas.
- Edema y ectropión, sólo friabilidad y sólo edema: 3 cada una, con 1 Chlamydia positiva en cada grupo.

- SECRESIÓN MUCOPURULENTO: (Diagrama 3)

Ocho de las 35 pacientes que cursaban con secreción mucopurulenta no presentaron ningún signo o síntoma clínico, 3 de ellas (37.5%) eran Chlamydia positivas.

Los hallazgos cervicales macroscópicos más frecuentemente encontrados en asociación a secreción mucopurulenta fueron:

- Edema: 14 pacientes, 2 Chlamydia positivas.
- Edema y friabilidad: 7 casos, 2 Chlamydia positivos.

- Ectropión solo y friabilidad sola: 2 pacientes cada uno, 1 Chlamydia positiva en cada grupo.

Al explorar las patologías asociadas al embarazo, el 8% de las pacientes con prueba positiva de Chlamydia presentaban Infección de vías urinarias al momento del tamizaje, en comparación al 2.6% de las que fueron negativas [OR: 3.17; IC 95% = (0.3-34.0); Pv= 0.2]. En relación a amenaza de parto prematuro, el 48% de las pacientes con prueba positiva de Chlamydia T. en cervix uterino tenían al momento de la toma del cultivo o habían tenido durante el embarazo amenazas de parto prematuro, en comparación al 8% entre las que fueron negativas [OR: 10.6; IC 95% = (2.99 – 39.5); Pv= 0.00].

## DISCUSIÓN

El presente estudio encontró un valor estimado de infección cervical por *Chlamydia Trachomatis* en mujeres embarazadas del 0.25 (25%). Al realizar la prueba de hipótesis para proporciones, tomando en cuenta un valor de referencia<sup>4</sup> de 4 – 20% (promedio 12), en una población de 100, el intervalo de confianza del 95% nos da un valor de 0.16 – 0.34 (16% a 34%), lo que expresa que con un 95% de confianza nuestro valor estimado estará siempre estadísticamente por encima del promedio esperado o de referencia.

La mayor parte de embarazadas incluidas al estudio tenían entre 20 y 35 años (74%) por lo que la mayoría de las pruebas positivas estuvieron en este grupo etáreo, sin embargo al revisar la frecuencia de pruebas positivas relacionadas al total de pacientes estudiadas para cada grupo encontramos que los porcentajes fueron similares en los tres grupos, aunque se observó ligero aumento de frecuencia en los grupos de 20 a 35 y menores de 20 años. No se encontró relación alguna entre procedencia o escolaridad con infección cervical por *Chlamydia Trachomatis* en embarazadas, lo cual nos habla de que este microorganismo puede encontrarse presente en mujeres de cualquier nivel de escolaridad o procedencia. Esto concuerda con la literatura consultada<sup>14</sup> en donde ninguno de estos factores aparecen en asociación a esta patología.

Al explorar la historia obstétrica, fue notorio que la variable CPN no presentó ninguna relación con infección cervical por *Chlamydia*. Esto es de esperarse dado que aún en aquellas pacientes de riesgo con CPN óptimo nunca se realiza una prueba para detección de *Chlamydia Trachomatis* por las limitaciones del MINSA. Sin embargo, con nuestro estudio confirmamos lo reportado en la literatura que señala a la mujer embarazada como un grupo de riesgo que debería ser objeto de tamizaje.<sup>17</sup>

El antecedente de tres o más compañeros sexuales se comportó como factor asociado a la infección cervical por *Chlamydia Trachomatis*, reflejando como el riesgo de contraer una infección de transmisión sexual es directamente proporcional al número de parejas sexuales, coincidiendo con la bibliografía<sup>14</sup>. Se encontró también que entre las

pacientes con menor edad gestacional al momento de la consulta en la que se hizo el tamizaje para *Chlamydia*, hubo mayor número de resultados positivos a la prueba de detección de esta (tabla #2), lo que nos refleja que en las mujeres que consultaron con embarazos pretérminos el motivo de su consulta muy probablemente se relacionó a la infección por *Chlamydia* o a una manifestación de esta, lo que también concuerda con la literatura consultada<sup>18</sup>

Así mismo se encontró que no había diferencia significativa en la frecuencia de infección por *Chlamydia Trachomatis* a nivel cervical entre las pacientes que habían referido tener vida sexual activa en los dos últimos meses en comparación con las que no habían tenido, esto nos refleja que las mujeres pueden ser portadoras de *Chlamydia Trachomatis* por largos periodos de tiempo aún cuando no hayan estado sexualmente activas, por lo que el hecho que una mujer reporte que no ha tenido vida sexual reciente no la excluye de un grupo de riesgo determinado.

Los mitos existentes en nuestro medio alrededor de las Enfermedades de Transmisión Sexual, además del desconocimiento sobre estas, probablemente influyeron para que solo una paciente admitiera haber tenido este antecedente, a pesar de que 74 aquejaron sintomatología a nivel vaginal. Sin embargo, cabe señalar que esa única paciente fue positiva a la prueba de *Chlamydia Trachomatis*. Consideramos que nuestro estudio presentó un sub registro de este factor, pues a como lo señala la bibliografía, la infección cervical por *Chlamydia Trachomatis* se presenta frecuentemente en asociación con otras enfermedades de transmisión sexual tales como Gonorrea y HPV.<sup>15</sup>

El uso de métodos de planificación familiar no presentó tendencia clara de asociación con Infección por *Chlamydia Trachomatis*. Fue llamativo que de dos pacientes que refirieron haber usado condón una fue positiva para *Chlamydia Trachomatis*, pareciendo ser que el condón no es un factor de protección, sin embargo el presente estudio tuvo la debilidad de explorar el uso de condón en el momento que se estaba investigando y no si este se usaba de forma permanente.

En el presente estudio no se encontró un cuadro clínico único para la infección cervical por *Chlamydia Trachomatis* en mujeres embarazadas. La *Chlamydia Trachomatis* puede presentarse con múltiples cuadros, pacientes totalmente asintomáticas, pacientes con leucorrea blanquecina o con secreción mucopurulenta. Sin embargo, en base a nuestros resultados podemos afirmar que esta se encuentra asociada más frecuentemente a pacientes asintomáticas (OR=1.72), seguida por pacientes con secreción mucopurulenta (OR=1.45) acorde a lo reportado por la bibliografía que refleja altas tasas de pacientes asintomáticas<sup>10</sup> portadoras de este microorganismo a nivel cervical .

No se encontró ninguna asociación definida con signos macroscópicos a nivel cervical. Una vez más esto refleja que la *Chlamydia Trachomatis* a nivel cervical puede cursar con un sinnúmero de presentaciones clínicas que van desde un cérvix con aspecto totalmente sano, un cérvix con edema, con friabilidad, con ectropión o con una combinación de estos, lo que también concuerda a lo reportado por la literatura<sup>14</sup>.

En relación a las patologías asociadas al embarazo, el 60% de las pacientes positivas o portadoras de *Chlamydia Trachomatis* a nivel cervical las presentaron, siendo las más frecuentes la amenaza de parto prematuro y las infecciones de vías urinarias. Se observó una relación significativa entre infección cervico-uterina por *Chlamydia Trachomatis* y amenaza de parto Prematuro (OR: 10.6 – P.00) a como lo refleja la literatura<sup>9</sup> que señala a esta como una de las complicaciones más frecuentes y que provoca incremento en la morbilidad materna y en la morbimortalidad fetal al producir mayor número de niños con bajo peso al nacer los cuales tienen per se cuatro veces más riesgo de morir o sufrir complicaciones que afectan su futuro desarrollo. También se observó relación entre infección cervical por *Chlamydia Trachomatis* e infección de vías urinarias (OR3.17-P=.2). Igualmente referido por la literatura dado la relación anatómica estrecha entre el tracto genital y urinario.

Cuando revisamos la literatura encontramos que hay autores que refieren que la infección cervical por *Chlamydia Trachomatis* puede ser diagnosticada por sintomatología clínica.<sup>14</sup> Basados en nuestros hallazgos diferimos de esta opinión dado que aproximadamente un tercio de nuestras pacientes fueron asintomáticas y entre las que presentaron síntomas no hubo signología ni sintomatología clínica específica.

Finalmente consideramos que una debilidad del presente estudio, fue el número limitado de pacientes incluidas a éste. Sin embargo dado los objetivos que nos planteamos, consideramos que estos fueron totalmente respondidos por el presente trabajo, aún cuando para poder demostrar que las tendencias de asociación encontradas aquí representan realmente factores de riesgo, se tendría que plantear un diseño analítico en donde se haga su correspondiente cálculo significativo del tamaño de la muestra.

## CONCLUSIONES

1. La prevalencia de infección cervical por *Chlamydia Trachomatis* entre las mujeres embarazadas atendidas en la emergencia del HEODRA, es del 25%. La prueba de hipótesis para proporciones nos demostró que encontramos un valor mayor del esperado y estadísticamente significativo.
2. El antecedente de tres o más compañeros sexual fue el factor más importante en asociación a infección cervical por *Chlamydia Trachomatis* para esta población de estudio.
3. La infección cervical por *Chlamydia Trachomatis* en este estudio se asoció a amenaza de parto prematuro e infección de vías urinarias, implicando morbilidad materna y morbimortalidad feto-neonatal.
4. Los resultados obtenidos reflejan que no existe un patrón clínico claro en la infección cervical por *Chlamydia* por lo que el tamizaje para su detección no puede dirigirse según sospecha clínica sino atendiendo a poblaciones consideradas de riesgo, como parte de una rutina de búsqueda activa.
5. Basados en estos resultados, partiendo del hecho que la infección cervical por *Chlamydia Trachomatis* tiene efectos adversos para el binomio madre-hijo y que cursa frecuentemente de manera asintomática, consideramos que las mujeres embarazadas deben estar dentro de la población de riesgo a ser tamizada de manera rutinaria durante el control prenatal, para poder de esta manera ofertarles tratamiento oportuno que nos permita la prevención de las complicaciones.

## RECOMENDACIONES

1. Dotar a las unidades de salud de recursos para realizar pruebas de detección de *Chlamydia Trachomatis* en grupos de riesgo o durante el CPN.
2. Toma de una muestra para detección de *Chlamydia Trachomatis* a toda mujer embarazada durante el CPN, aún cuando no haya sintomatología clínica.
3. Ante amenazas de aborto, de parto prematuro o infección de vías urinarias de etiología imprecisa, tener presente la posibilidad de infección por *Chlamydia Trachomatis* al momento de tratar a la paciente.
4. Realizar campañas educativas en la población acerca de las enfermedades de transmisión sexual, e incluir conocimientos sobre infección por *Chlamydia Trachomatis*, prevención y tratamiento.
5. Tomar medidas tanto en el manejo de la madre como del recién nacido al momento del parto, en aquellas mujeres que se consideren sospechosas o de alto riesgo de presentar infección por *Chlamydia Trachomatis*.



## BIBLIOGRAFIA

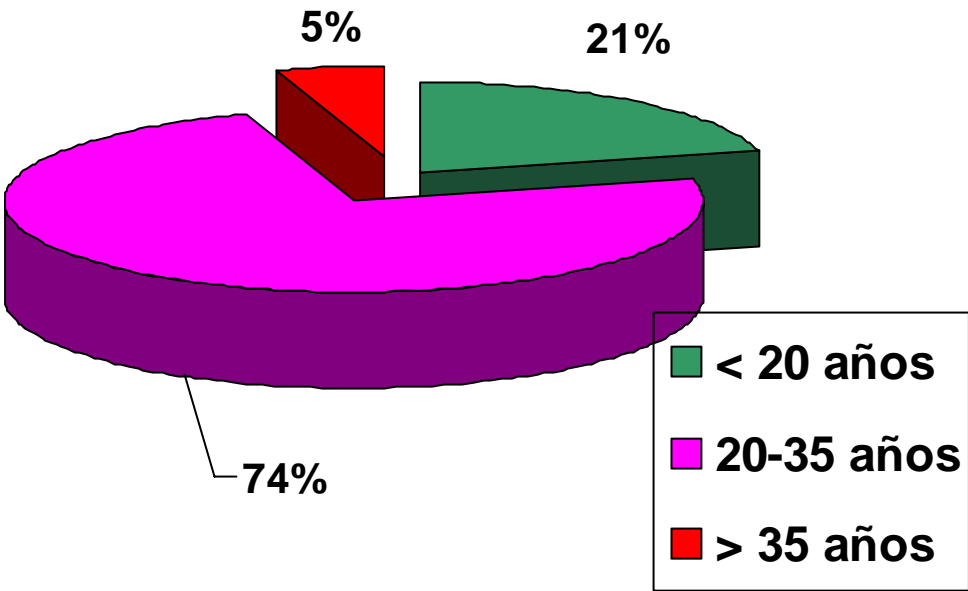
1. Botero U, Jaime, Jubiz H, Alfonso, Henao, Guillermo Henao. Obstetricia y ginecología 5 edición 1994.
2. Pérez Sánchez A, Donoso Siña E. Obstetricia. Tercera edición 1999. Editorial Mediterráneo.
3. Rasmussen SJ. Chlamydia immunology, Current opinion in infectious diseases 1988 11: 37 – 41
4. H.W.Jones iii.a.c.Wentz.L.s.Burnet. Tratado de ginecología de Novak 11 edición 1991 interamericana.McGraw-Hill
5. Koskela, P., Anttila, T., Bjorge, T. et al.(2000) *Chlamydia Trachomatis* infection as a risk factor for invasive cervical cancer. Int J Cancer 85: 35-39
6. Shacter J: Biology of *Chlamydia Trachomatis*. In Hohmes KK, Mardh P A, Sparling PF, Wiesner PJ (eds): Sexually Transmitted Diseases. New York, McGraw Hill, 1984, p 243.
7. Ernest Jawetz, Joseph L. Melnick, Edward A. Adelberg, George F. Brooks Janet S. Butel, L. Nicholas Ornston. "Microbiología médica" 13 edición 1990. Editorial Manual Moderno 29:286-293.
8. Jones. HW, Wentz. AC, Burnett. LS. Enfermedad inflamatoria pélvica. Tratado de Ginecología de Novak 11ed. 1991Editorial Interamericana. p 455.ç
9. Paavonen J; Eggert- Kruse W. *Chlamydia Trachomatis*: impact on human reproduction. Hum Reprod Update 1999 Sep-Oct; 5 (5): 433-47. Department of Obstetrics and Gynecology, University of Helsinki, Finland.
- 10.Mardh PA. Influence of infection with *Chlamydia Trachomatis* on pregnancy outcome, infant health and life-long sequelaein infected offspring. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2002 Dec; 16(6):847-64.
- 11.Stamm WE, Holmes KK. *Chlamydia Trachomatis* infections of the adult. In: Holmes KK, Mardh P-A, Sparling PF, Wiesner PJ, eds. Sexually transmitted diseases. 2<sup>nd</sup> ed. New York: McGraw – Hill, 1990: 181-193.
- 12.Bjorn. H, Espinoza. F, Rivera. R, Davey. G, Ramos. A, Matthias. E. General

- chlamydial infection among women in Nicaragua: validity of direct fluorescent antibody testing, prevalence, risk factors and clinical manifestations. *Genitourinary Medicine. The Journal of Sexual Health, STD & HIV*. February 1996. Vol 72. No 1.
13. The neglected health and economic impact of STDs. In: Eng TR, Butler WT. *The hidden epidemic: confronting sexually transmitted diseases*. Washington, DC. National Academy Press, 1997:28 – 68.
  14. Ryan GM Jr, Abdella TN, McNeeley SG, Baselski VS, Drummond DE. *Chlamydia Trachomatis* infections in pregnancy and effect of treatment on outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1990: 917-925
  15. ACOG Technical Bulletin. Gonorrhea and Chlamydial Infections. Number 190- March 1994.
  16. Stamm WE, Mardh P-A . *Chlamydia Trachomatis*. In: Holmes KK, Mardh P-A, Sparling PF, Wiesner PJ, eds. *Sexually transmitted diseases*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: McGraw-Hill, 1990: 947-925.
  17. Warszawski J, Meyer L, Weber P. Criteria for selective screening of cervical *Chlamydia Trachomatis* infections in women attending private gynecologic practices. *Eur J Obs Gyn Reprod Biol* 1999; 86:5-10.
  18. Zhang G; Wang Q; Dai M. Epidemiological study on risk factors of *Chlamydia trachomatis* infection in pregnant women. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi* 1998 Jun; 19 (3): 147-8.

## **ANEXOS:**

**Gráfico 1:**

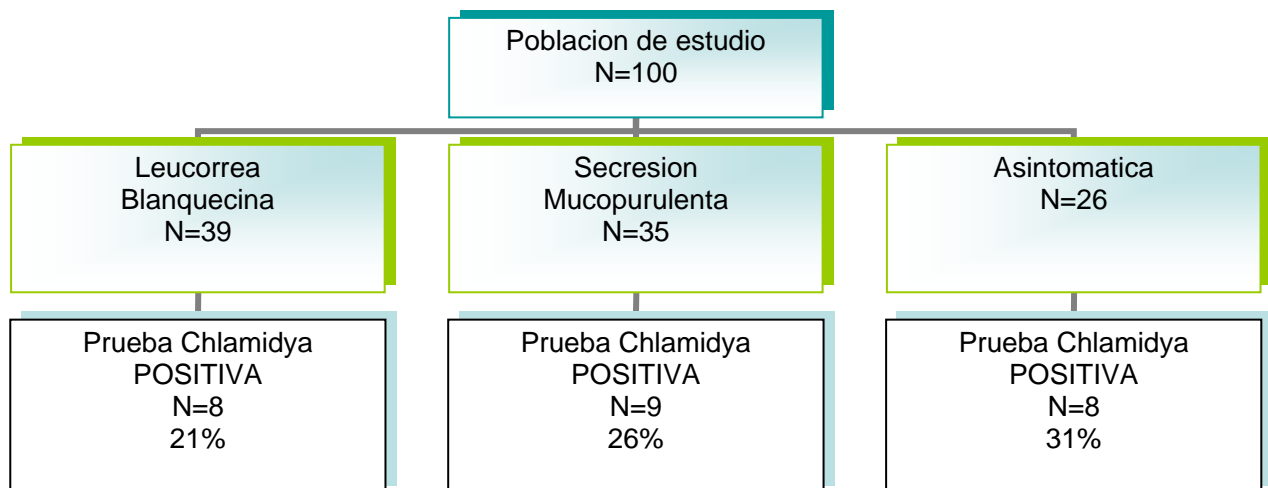
Distribución de la población de estudio de acuerdo a grupos etáreos. HEODRA, León. Noviembre - Diciembre 2002.



Fuente de información: PRIMARIA

**Diagrama 1:**

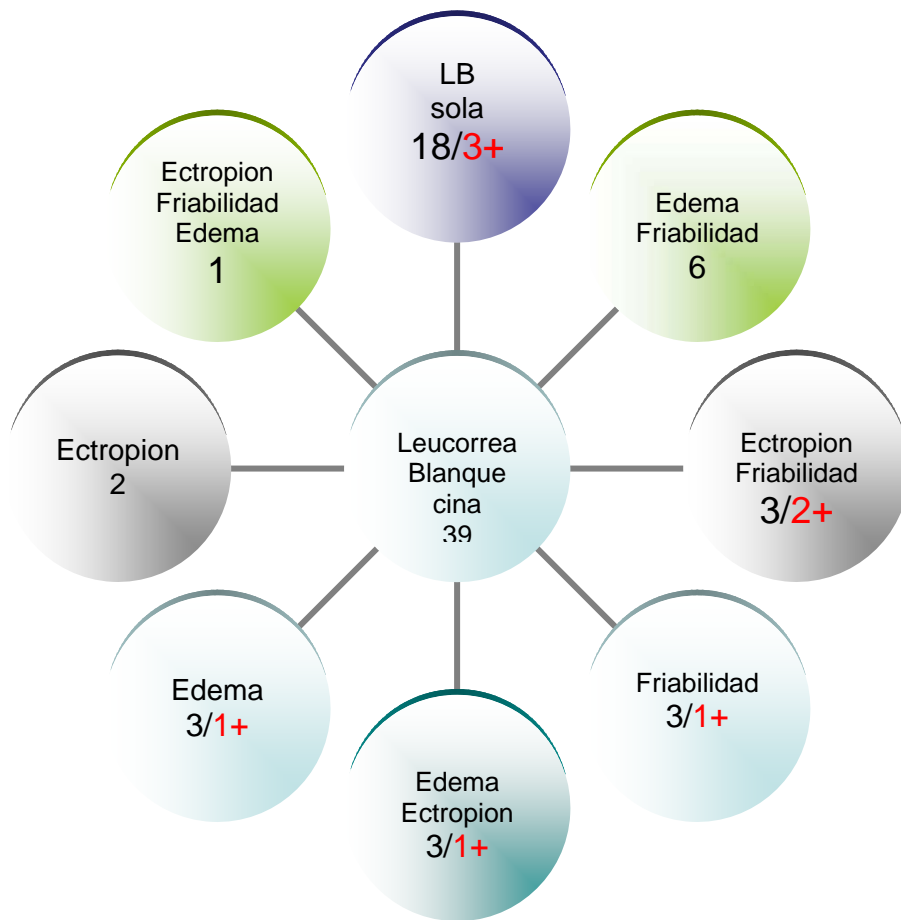
Distribución de la población de estudio de acuerdo a manifestaciones clínicas y positividad a la prueba de Chlamidya Trachomatis. HEODRA, León, Noviembre –



Fuente de información: PRIMARIA

**Diagrama 2:**

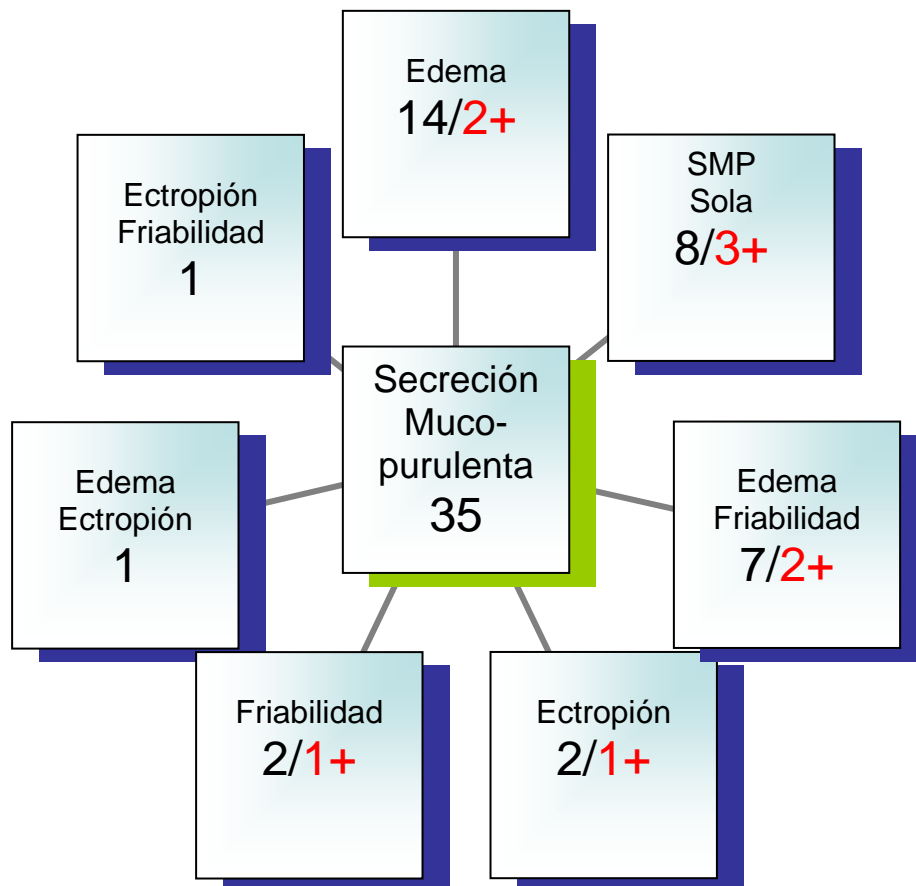
Manifestaciones clínicas asociadas a Leucorrea Blanquecina, y positividad de la prueba para detección de Chlamydia Trachomatis en cervix uterino. HEODRA, León. Noviembre – Diciembre 2002.



Fuente de información: PRIMARIA.

**Diagrama 3:**

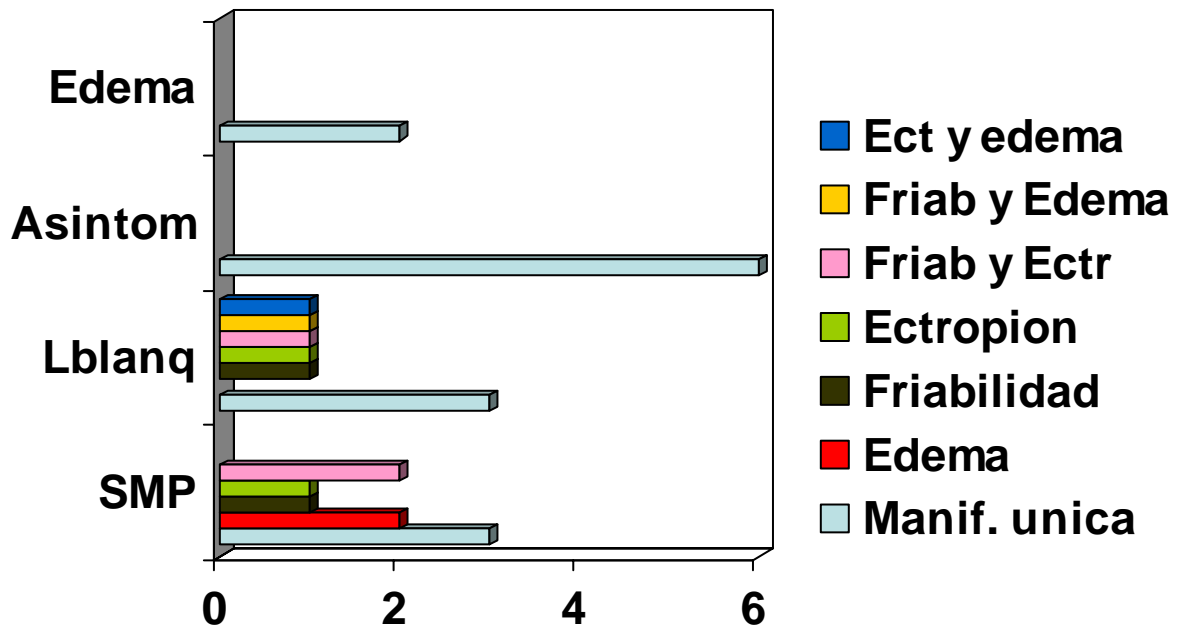
Manifestaciones clínicas asociadas a Secreción Vaginal Mucopurulenta y positividad a la prueba para detección de Chlamydia Trachomatis en cervix uterino. HEODRA, León. Noviembre – Diciembre 2002.



Fuente de información: PRIMARIA

**Gráfico 2:**

Manifestaciones clínicas encontradas en las pacientes con pruebas positivas para detección de Chlamydia Trachomatis en cervix uterino (N= 25). HEODRA, León. Noviembre – Diciembre 2002.



Fuente de información: PRIMARIA



**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua**  
**Facultad de Medicina**

**Ficha Epidemiológica para recolección de datos.**

“Prevalencia de infección por *Chlamydia Trachomatis* en pacientes embarazadas ingresadas al servicio de alto riesgo obstétrico en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales durante el segundo semestre del año 2002.”

No de Ficha\_\_\_\_\_

Edad:\_\_\_\_\_

Origen:        Rural:  
                  Urbana:

Escolaridad: Primaria  
                  Secundaria  
                  Universitaria  
                  Analfabeta

Estado civil: Soltera  
                  Casada  
                  Viuda  
                  Divorciada  
                  Acompañada

Antecedentes Obstétricos:    G                    P                    A                    C

Semanas de amenorrea:

Numero de CPN:

Numero de compañeros sexuales:

Última relación sexual en días:

Antecedentes de ETS:        si                    no

Tipo:\_\_\_\_\_

Planificación familiar:      DIU:  
   Pildoras:  
   Condon:  
   Ninguno:  
   Otros

Signos clínicos:

Secreción mucopurulenta:	si	no
Edema de cervix	si	no
Friabilidad cervical	si	no
Ectropion	si	no

Examen de laboratorio:

Chlamydia Trachomatis:                      positivo                      negativo

#### PATOLOGÍAS ASOCIADAS:

Leucorrea:	- Antecedente durante el embarazo:	Si	No
	- Al momento :	Si	No

Amenaza de Aborto:	- Antecedente durante el embarazo:	Si	No
	- Al momento :	Si	No

Amenaza de P.Prem:	- Antecedente durante el embarazo:	Si	No
	- Al momento :	Si	No

Infección de V.U.:	- Antecedente durante el embarazo:	Si	No
	- Al momento :	Si	No

Otras: Mencione:

---

---

---

**Solicitud de Examen**

**ESTUDIO DE PREVALENCIA DE CHLAMYDIAS  
HEODRA.**

**No** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre de Paciente:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Dr. Felipe Porrás Díaz.**

## Hoja de Consentimiento Individual

Hola, mi nombre es \_\_\_\_\_. Yo trabajo en el departamento de Ginecología y estamos haciendo un estudio, unas pruebas que se le toman a las mujeres embarazadas, exactamente igual a como se toman papanicolao, para saber si ustedes tienen una infección que algunas mujeres tienen en el cuello de su matriz y que al inicio puede ser que no les de síntomas pero después les puede dar problemas si no se la tratan.

Usted fue escogida para participar en este estudio, su participación es completamente voluntaria, el examen no le va a costar nada y usted puede ir a recoger su resultado al laboratorio si lo desea, en caso de salirle positivo la instamos a que regrese con nosotros para recibir su tratamiento. Su cooperación es muy importante pues con esa información sabremos más de esta enfermedad y podremos posteriormente ayudar a otras mujeres.

Usted puede detener la entrevista en cualquier momento que quiera, no responder alguna pregunta sino lo desea o no hacerse esta prueba si cambia de idea durante la entrevista.

Tiene alguna pregunta?

Está de acuerdo en participar?

NO ACEPTA PARTICIPAR → Da las gracias por su tiempo y finaliza.

ACEPTA SER ENTREVISTADA



Le parece que podemos iniciar en este momento?

Por este medio certifico que he recibido información sobre el estudio y la muestra que me van a tomar y que doy mi consentimiento a los doctores para que se me realice.

Firma:

---