



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

3
25

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**FACTORES QUE INTERACTUAN EN LA PRESENCIA
DE CERVICO - VAGINITIS EN MUJERES EN EDAD
FERTIL Y VIDA SEXUAL ACTIVA EN LA
COMUNIDAD DEL AMATE AMARILLO DE CHILAPA
DE ALVAREZ, GRO.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A
MARTHA AVILES MARIN

ASESOR: EZEQUIEL CANELA NUÑEZ

FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1995





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



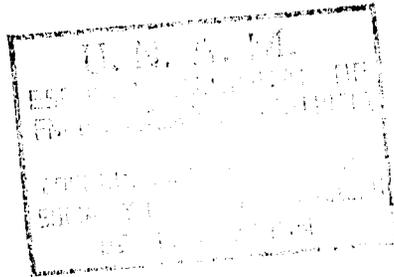
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

LIC. EZEQUIEL CANELA NUÑEZ



DEDICATORIAS

A mis padres:

**Porque con amor formaron una familia,
con cariño y entusiasmo me apoyaron
y a pesar de la adversidad nunca des-
mayaron para alentarme a seguir
adelante.**

A mis amigos:

**Por estar junto a mi y apoyarme y
compartir la misma meta, porque
compartimos momentos de tristeza
pero también de mucha alegría.**

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad y a la ENEO:

**Que me abrieron las puertas al conocimiento
y por mi formación profesional.**

**A las Autoridades y personal de Salud del Estado de
Guerrero, por las facilidades para el desarrollo de este
trabajo.**

Al profesor Ezequiel Canela:

**Que con tiempo y paciencia guió
mi tesis.**

INDICE GENERAL

Introducción	I
Justificación	VI
Planteamiento de Problema	VIII
Objetivos	IX
Metodología	X
Variables	XI

1.- Marco Teórico

1.1 Estrategia de Extensión de Cobertura	1
1.1.1 Antecedentes	1
1.1.2 Concepto	1
1.1.3 Estructura	2
1.1.4 Actividades	5
1.1.5 Capacitación	7
1.1.6 El pasante de la ENEO y el programa EEC	7
1.2 Indicadores	8
1.2.1 Morbimortalidad de cáncer cervico uterino en los Estados Unidos Mexicanos durante 1992	8
1.2.2 Morbimortalidad de cáncer cervico uterino en el Estado de Guerrero durante 1993	10
1.3 Anatomía del Aparato Reproductor Femenino	17
1.3.1 Partes óseas de la pelvis	17
1.3.2 Organos genitales externos	19
1.3.3 Organos genitales internos	23
1.3.4 Fisiología genital femenina	26
1.3.5 Ciclo bifásico	27

1.4 Principales agentes causales de cervico vaginitis	32
1.4.1 Infecciones específicas	37
1.4.2 Tricomoniasis	37
1.4.3 Moniliasis	39
1.4.4 Infecciones bacterianas	41
1.4.5 Infecciones por virus	42
1.4.6 Cuerpos extraños	45
1.4.7 Higiene personal	46
1.5 Citología Vaginal Exfoliativa	48
1.5.1 Descripción	48
1.5.2 Historia	49
1.5.3 Coloración	49
1.6 Técnica para la toma de la muestra para estudio citológico Papanicolau	50
1.7 Citología del aparato reproductor normal	54
1.8 Citología de la inflamación	56
1.9 Las displasias del cuello uterino y citología de las displasias	57
1.10 Carcinoma intraepitelial	61
1.11 Carcinoma invasor	63
1.12 Sistematización del diagnóstico y tratamiento según la SSA	63

2.- Resultados

2.1 Análisis de cuadros 69

3.- Conclusiones 110

4.- Alternativas de solución 117

5.- Anexo

6.- Bibliografía

INDICE DE CUADROS

CUADRO	TITULO	PAG.
No. 1	Distribución por grupo de edades de la población en estudio	70
No. 2	Edad actual de la población en estudio asociado al número de hijos	72
No. 3	Inicio de Vida Sexual Activa (I.V.S.A.) en relación al resultado de la citología vaginal exfoliativa de las mujeres en estudio	74
No. 4	I.V.S.A. en relación al número de veces que se han realizado el Papanicolau las mujeres en estudio	76
No. 5	Resultado del Papanicolau asociado al número de veces que se han realizado la citología vaginal exfoliativa en la población en estudio	78
No. 6	Edad actual de las pacientes y resultado del Papanicolau	80
No. 7	Número de hijos de la población en estudio en relacion al resultado de la citología vaginal exfoliativa	82
No. 8	Número de gestas de las mujeres en estudio en relacion al resultado del Papanicolau	84

CUADRO	TITULO	PAG.
No. 9	Período intergenesico de la población en estudio asociado al resultado del Papanicolau	..... 86
No. 10	Lugar de donde se dispone el agua para el lavado de ropa y baño en relación al resultado del Papanicolau	..... 89
No. 11	Frecuencia de baño de las mujeres en estudio en relación al resultado del Papanicolau	..... 91
No. 12	Frecuencia del cambio de ropa interior de las pacientes en estudio asociado al resultado de la citología vaginal exfoliativa	..... 93
No. 13	Material del que esta constituida la ropa interior de la población en estudio en relación el resultado del Papanicolau	..... 95
No. 14	Características del flujo vaginal de las mujeres en estudio en relación al resultado de la citología vaginal exfoliativa	..... 98

CUADRO	TITULO	PAG.
No. 15	Alteraciones de tipo urinario de la población en estudio asociado al resultado del Papanicolau	..... 100
No. 16	Hábitos higiénicos del área perineal después de la defecación de las pacientes en estudio en relación al resultado de la citología vaginal exfoliativa	..... 102
No. 17	Principales agentes causales de procesos inflamatorios de la población en estudio con respecto al resultado del Papanicolau	..... 105
No. 18	Nivel de conocimientos sobre la prueba del cáncer de las pacientes en estudio con respecto al número de veces que se han practicado la citología vaginal exfoliativa	..... 107
No. 19	Número de compañeros sexuales de la población en estudio en relación al resultado del Papanicolau	..... 109

INTRODUCCION

En los últimos 50 años el Gobierno de la República ha realizado esfuerzos crecientes para atender a la población más desprotegida que generalmente habita en localidades pequeñas y alejadas, en virtud de que los asentamientos humanos dispersos del país dificultan la instalación de servicios de salud para satisfacer las necesidades de las comunidades rurales.

La Secretaría de Salud tiene la responsabilidad de atender a la población abierta del País, la mayor parte de ella habita en áreas rurales, en localidades menores de 2,500 habitantes que se encuentran diseminadas en zonas geográficas de difícil acceso y por ello se le considera población rural dispersa.

Para atender a esta población, la SSA creó en 1985 la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC-SSA), como una herramienta para llevar servicios básicos de salud, entre ellos planificación familiar, para así procurar y mejorar el bienestar social.

Desde entonces se le encomendó a la Dirección General de Salud Reproductiva (DGSR), la normatividad, seguimiento y evaluación de la EEC-SSA mediante una organización que está integrada por los siguientes niveles jerárquicos:

- a) Nacional o Central
- b) Estatal
- c) Jurisdiccional
- d) Modular
- e) Comunitario

La EEC-SSA es un conjunto de servicios de atención primaria a la salud diseñada para coadyuvar a la satisfacción de las necesidades básicas de los habitantes de las comunidades rurales dispersas. La prestación de éstos servicios se realiza por una persona de la misma comunidad a quién se le denomina "Auxiliar de Salud" y se encuentra vinculada a los servicios formales de atención médica mediante la supervisión por parte de una enfermera que la visita periódicamente para proporcionarle apoyo técnico y capacitación.

Es así que la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia preocupada porque el egresado de la Licenciatura en Enfermería lleve a la práctica los conocimientos adquiridos durante su formación como profesionales en el área de la salud, donde le sea posible tomar decisiones para la prestación de servicios y atención a la comunidad más necesitada y desprotegida de los servicios formales de salud, y que al mismo tiempo brinde la capacitación en sus distintas modalidades a las auxiliares de salud de las diferentes comunidades.

Lo anterior en acuerdo al convenio que suscribieron la ENEO-UNAM y la Dirección General de Salud Reproductiva -SSA, en donde el pasante realiza su Servicio Social en el área rural comunitaria en poblaciones dispersas, brinda capacitación a las auxiliares de salud, llevando a la práctica los conocimientos adquiridos durante su formación académica, por otra parte la Dirección General de Salud Reproductiva (DGSR), ofrece al pasante las condiciones propicias para el buen desarrollo de las actividades durante el año de Servicio Social.

Uno de los problemas de salud que pude observar cuando realizaba las visitas a las comunidades del módulo, y que llamó mi atención fue el hecho de que en una de las comunidades particularmente en el Amat Amarillo de Chilapa de Alvarez, Gro., además de enterarme a través de la S.A.S., asignada a este módulo que la mayoría de la población es en extremo renuente para la aceptación de los servicios de salud.

De todas las visitas domiciliarias que hasta ese momento había efectuado, me encontré con que todas las señoras son demasiado jóvenes y tienen varios hijos.

Además las condiciones de saneamiento ambiental e higiene en general dejaban mucho que desear.

Por lo que constantemente me cuestionaba acerca de las condiciones en las cuales se encontraban específicamente en lo referente a su relación de pareja y a las posibles infecciones del aparato reproductor que pudieran padecer.

De ahí nació la inquietud de realizar esta investigación cuyo título es:

**FACTORES QUE INTERACTUAN EN LA PRESENCIA DE
CERVICO VAGINITIS EN MUJERES EN EDAD FERTIL Y V.S.A.
EN LA COMUNIDAD DEL AMATE AMARILLO DE CHILAPA DE
ALVAREZ, GRO.**

Esta investigación cuenta con un marco teórico que está integrado por los siguientes capítulos:

- 1) Antecedentes del programa específico de colaboración DGRS-SSA ENEO-UNAM
- 2) Indicadores de morbilidad en el sexo femenino de cáncer cervico uterino a nivel Nacional, Estatal y Municipal
- 3) Anatomía y Fisiología del aparato reproductor femenino
- 4) Principales agentes causales de la cervico vaginitis
- 5) Principales patologías neoplásicas
- 6) Clasificación de procesos inflamatorios según el estudio de papanocilau entre otros.

Los resultados más importantes de esta investigación son:

- Se trata de población femenina joven en edad reproductiva que tienen un inicio de vida sexual entre los 11 y 20 años de edad.
- Son mujeres multiparas que tienen un promedio de tres a seis hijos con periodos intergenésicos breves; esto es de menos de uno a tres años.
- El 80% de la población total en estudio nunca se ha realizado el papanicolau porque desconocen su existencia y su utilidad.
- Son pacientes que en la actualidad cursan con procesos inflamatorios en diversos grados: el 46.7% con procesos inflamatorios de grado II y el 53.3% con procesos inflamatorios de grado III, que dan lugar a una regeneración atípica de la región cervico-vaginal provocando la proliferación del carcinoma de cuello uterino.
- Además es de considerar que uno de los principales factores que contribuyen a la presencia de la cervicovaginitis es la contaminación del agua, los malos hábitos higiénicos y la promiscuidad existente en la relación conyugal.

Algunas de las alternativas más importantes que se proponen son:

1) Llevar a cabo acciones de salud pública del primer nivel de atención.

- Concientizar a la población a través de pláticas de educación para la salud.
 - a) Potabilización del agua
 - b) Paternidad responsable
 - c) Sexualidad y adolescencia
 - d) Hábitos higiénicos
 - e) Embarazo, parto y puerperio
 - f) Planificación familiar y métodos anticonceptivos
 - g) Cáncer cervicovaginal y papanicolau

2) Distribuir y colocar propaganda (folletos y carteles) en los lugares donde exista mayor afluencia de personas.

- a) Iglesias**
- b) Escuelas**
- c) Comisaria**
- d) Tiendas**
- e) Auxiliar de salud**
- f) Partera**
- g) Molino**

3) Campañas de prevención y control de cáncer cervico uterino a través de los medios masivos de comunicación (radio y televisión)

De lo anterior se pretende que este sea un documento de utilidad para el personal de salud a cargo del programa de D.O.C. en el Estado de Guerrero, y en particular de la Jurisdicción Sanitaria 03 Centro, donde se encuentra ubicado el módulo y comunidad donde se realizó esta investigación.

Para toda aquella persona que se encuentre interesada en conocer los problemas de salud a los que se enfrenta la población más pobre y marginada de nuestro País.

JUSTIFICACION

Debido a la alta incidencia de infecciones cervicovaginales de origen bacteriano, parasitario o viral en mujeres en edad fértil y vida sexual activa, causadas por los malos hábitos higiénicos, la promiscuidad de la mujer o su pareja aunados a la pobreza y desnutrición, favorecen la presencia de cervico-vaginitis.

Si tomamos en cuenta que la irritación crónica del epitelio del área cervico-vaginal causada por las malas condiciones socio-económicas y culturales, relaciones sexuales a temprana edad, infecciones genitales por virus del Papiloma Humano y del Herpes tipo II traen como consecuencia displásias o noeplásias del epitelio y que al cabo de 5 a 10 años, esta se puede convertir en un carcinoma cervico-uterino que es la primera causa de muerte en la mujer Mexicana a partir de los 45 años de edad; la situación actual de la mujer Guerrerense no es la excepción; ya que en la jurisdicción 03 centro Chilpancingo, el cáncer cervico-uterino se encuentra dentro de las 20 primeras causas de muerte y específicamente en el municipio de Chilapa se han reportado 9 casos de cancer cervico-uterino de enero de 1992 a mayo de 1994; desafortunadamente en la jurisdicción sanitaria no se lleva un control adecuado de los resultados de las citologías, pero según información verbal del médico encargado del programa de D.O.C., de las citologías que se envían para su lectura es excepcional encontrar un Negativo I, el 99.5% revelan un Negativo II, que se traduce en una displásia moderada; por lo tanto estas mujeres se encuentran en grave riesgo de desarrollar una C.A. C.U., si no son atendidas adecuadamente.

Las mujeres en edad fértil y vida sexual activa de la comunidad del Amate Amarillo, son una población que se encuentra en alto riesgo de padecer algún grado de cervico-vaginitis, ya que en ellas se conjugan una amplia gama de factores que las predisponen a padecer esta patología.

Es conveniente valorar el costo familiar y social que representa la atención de los casos avanzados; por lo que es necesario establecer los mecanismos para el descubrimiento oportuno de esta entidad nosológica y disminuir las muertes a través del diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno, con los conocimientos actuales y con los recursos disponibles es posible diagnosticar en una fase temprana y por lo tanto, ser manejado con tecnología sencilla, económica y disponible para el personal de salud del primero y segundo nivel de atención.

Por lo anteriormente expuesto se considera a las mujeres en edad fértil y vida sexual activa del Amate Amarillo de Chilapa de Alvarez, Gro., como un grupo poblacional de mayor riesgo, es por ello que se diseñó la presente investigación con la finalidad de realizar un diagnóstico de las infecciones cervico-vaginales además de canalizar a las pacientes que cursen con algún grado de displásias y realizar un tratamiento oportuno.

Además de considerar que la cervico-vaginitis es un padecimiento en el que sus causas son múltiples y todas ellas son susceptibles de disminuir brindando educación para la salud a la población en general y que estas son acciones de salud pública que corresponden al primer nivel de atención encontrándose al alcance de la mayor parte de la población.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué factores interactúan en la presencia de Cervico-Vaginitis en las mujeres en edad fértil y vida sexual activa de la comunidad del Amate Amarillo de Chilapa de Alvarez, Gro.?

OBJETIVOS

Objetivo General:

Detectar los factores que interactúan en la presencia de Cervico-Vaginitis en mujeres en edad fértil y vida sexual activa de la comunidad del Amate Amarillo de Chilapa de Alvarez, Gro.

Objetivos Específicos:

- a) **Detectar la presencia de Cervico-Vaginitis de las mujeres en estudio.**
- b) **Identificar los hábitos higiénicos de las mujeres en estudio.**
- c) **Determinar si conocen los signos y síntomas de una Cervico-Vaginitis.**
- d) **Detectar el número de compañeros sexuales de las mujeres en estudio.**
- e) **Valorar si conocen la prueba de Papanicolau y con que frecuencia se realizan el estudio antes mencionado.**
- f) **Identificar el principal agente causal de la Cervico-Vaginitis de la población en estudio.**

METODOLOGIA

- **Tipo de investigación:** Transversal observacional descriptiva.
- **Universo de trabajo:** Mujeres en edad fértil y V.S.A., de la comunidad del Amate Amarillo de Chilapa de Alvarez, Gro.
- **Muestra:** 30 mujeres en edad fértil y V.S.A., de la comunidad del Amate Amarillo de Chilapa de Alvarez, Gro., haciendo especial énfasis en aquellas mujeres que cursen con antecedentes de haber padecido cervico vaginitis, tomando como referencia los resultados obtenidos con anterioridad de las citologías realizadas en algunas pacientes de la comunidad antes mencionada
- **Recolección de la información:** Consulta bibliográfica de acuerdo al tema a investigar, concentrando la información obtenida en fichas de trabajo para la elaboración del marco teórico.
- **La obtención de datos:** Se aplicó una cédula de entrevista, además de realizar el papanicolau a las mujeres en estudio, los datos obtenidos fueron concentrados en tarjetas para dicho fin.
- **Presentación de la información:** Cuadros.
- **Análisis a través de la confrontación del marco teórico y la experiencia,** sugerencias y conclusiones.

VARIABLES

- Antecedentes Gineco-Obstetricos:

INDICADORES

- a) I.V.S.A.
- b) Gestas
- c) Período Intergenesico
- d) Paras
- e) Abortos

- Edad:

INDICADORES

- a) De 15 a 20 años
- b) 21 a 25 años
- c) 26 a 30 años
- d) 31 a 35 años
- e) 36 a más

- Hábitos después de la defecación:

a) Técnica de limpiado

- Aseo de atrás hacia adelante.
- Aseo de adelante hacia atrás.

- Agua que utilizan para baño y lavado de ropa

- a) Rio
- b) Barranca
- c) Depósito
- d) Manantial
- e) Otros

- Hábitos higiénicos:

INDICADORES

a) Frecuencia de baño y cambio de ropa interior:

- Diario
- Cada tercer día
- Una vez a la semana

b) Tipo de baño:

- Regadera
- Tina
- Otros

c) Material de ropa interior:

- Algodón
- Lirra
- Nylon

- **Signos y síntomas de una cervico vaginitis:**

INDICADORES

a) Características del flujo:

- Transparente sin olor
- Verde con espuma fétido
- Blanco lechoso con olor a queso
- Achocolatado fétido

b) Molestias para orinar

- Disuria
- Poliuria
- Prurito

- **Número de compañeros sexuales**

- a) Solo uno
- b) De 2 a 3
- c) 4 a 5
- d) 6 a más

- **Prueba para la detección oportuna del Cáncer Cervico-Uterino Papanicolau**

a) Conoce la prueba del cáncer

- SI
- NO
- Describa en que consiste

b) No. de veces en su vida que se lo ha practicado:

- Nunca
- Cada año
- Solo una
- 2 veces al año
- Otras: Especifique

1 MARCO TEORICO

ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA

Antecedentes.- En los últimos 50 años el Gobierno de la República ha realizado esfuerzos crecientes para atender a la población más desprotegida que generalmente habita en localidades pequeñas y alejadas, en virtud de que los asentamientos humanos dispersos del país dificultan la instalación de servicios de salud para satisfacer las necesidades de las comunidades rurales.

El 12.4% de la población total de México es analfabeta y de ésta la mayor proporción son mujeres.

La Secretaría de Salud tiene la responsabilidad de atender a la población abierta del País, la mayor parte de ella habita en áreas rurales, en localidades menores de 2,500 habitantes que se encuentran diseminadas en zonas geográficas de difícil acceso y por ello se le considera población rural dispersa.

Para atender a esta población, la SSA creó en 1985 la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC-SSA), como una herramienta para llevar servicios básicos de salud, entre ellos planificación familiar, para así procurar y mejorar el bienestar social.

Desde entonces se le encomendó a la Dirección General de Salud Reproductiva, la normatividad, seguimiento y evaluación de la EEC-SSA mediante una organización que está integrada por los siguientes niveles jerárquicos:

- a) Nacional o Central**
- b) Estatal**
- c) Jurisdiccional**
- d) Modular**
- e) Comunitario**

Concepto. - La EEC-SSA es un conjunto de servicios de atención primaria a la salud diseñada para coadyuvar a la satisfacción de las necesidades básicas de los habitantes de las comunidades rurales dispersas. La prestación de éstos servicios se realiza por una persona de la misma comunidad a quién se le denomina "Auxiliar de Salud" y se encuentra vinculada a los servicios formales de atención médica mediante la supervisión por parte de una enfermera que la visita periódicamente para proporcionarle apoyo técnico y capacitación.

El trabajo fundamental de la Auxiliar de Salud es:

- Proporcionar servicios de planificación familiar y atención primaria a la salud a la población rural.
- Lograr la participación solidaria de la comunidad en la satisfacción de sus necesidades de salud.
- Contribuir a formar una cultura a través de acciones educativas y preventivas.
- Mantener actualizado en censo nominal y el seguimiento de la vigilancia epidemiológica simplificada.
- Establecer coordinación con las autoridades locales para el desarrollo y realización de actividades comunitarias.

Estructura. - La EEC-SSA forma parte de la infraestructura de la SSA en el nivel jurisdiccional y constituye el componente comunitario de atención para la salud de la población abierta.

El personal dependiente del jefe o director de la Jurisdicción Sanitaria, el cual se vincula a través del o los coordinadores médicos jurisdiccionales de la EEC-SSA formando el enlace entre los servicios institucionales de atención médica y el componente comunitario.

La Jurisdicción Sanitaria tiene la responsabilidad de elaborar la programación local y la distribución de los insumos y materiales así como la ejecución, supervisión y evaluación de las actividades de la EEC-SSA en cada uno de los módulos de atención comunitaria.

Cada módulo se integra en promedio por 10 comunidades rurales dispersas, y queda a cargo de una enfermera supervisora de auxiliares de salud, quién tiene la responsabilidad de supervisar, capacitar y asesorar en servicio a la auxiliar de salud, así como dotarla de los recursos materiales para su trabajo.

La EEC-SSA se compone de auxiliares de salud, enfermeras supervisoras y coordinadores médicos jurisdiccionales.

El esquema operativo consiste en la interacción entre un coordinador médico jurisdiccional que conduce las actividades de cuatro enfermeras supervisoras y cada una de estas tiene a su cargo coordinar y apoyar el trabajo de 10 auxiliares de salud.

La auxiliar de salud representa la base de la estructura operativa de la EEC-SSA y es seleccionada y propuesta por el Comité de Salud de la propia comunidad.

La supervisora de auxiliares de salud es una enfermera que ha demostrado experiencia en el trabajo rural comunitario, principalmente en las áreas de capacitación y supervisión. La supervisora es el puente de unión entre las comunidades rurales y la estructura formal de servicio de la Jurisdicción Sanitaria. De su labor depende en buena medida el éxito de los programas de salud incorporados a la EEC-SSA.

El coordinador médico jurisdiccional es el soporte de la acción concentrada entre la EEC-SSA y la Jurisdicción Sanitaria, y a su vez es el responsable del seguimiento, control y realización de los programas distribuidos a través de la EEC-SSA.

En la actualidad la EEC-SSA cuenta con un coordinador nacional, 307 coordinadores médicos jurisdiccionales, 1,210 enfermeras supervisoras y 13,012 auxiliares de salud. En algunas Entidades Federativas se incrementa el número de personas de acuerdo a los recursos financieros adicionales que se consiguen localmente.

Funciones del coordinador médico jurisdiccional:

La incorporación del coordinador médico jurisdiccional representa un apoyo permanente para el personal operativo que labora en el ámbito comunitario y depende del jefe de la Jurisdicción Sanitaria.

Este médico tiene como principales características una preparación técnico-administrativa en servicios básicos de salud para cumplir en forma óptima con las actividades asignadas.

Sus funciones principales son: programar, coordinar, dirigir, capacitar, supervisar, informar y evaluar las actividades en los componentes comunitario e institucional en el ámbito jurisdiccional.

Funciones de la Supervisora de Auxiliares de Salud:

Esta representa el enlace entre la auxiliar de salud y los servicios institucionales, fortaleciendo de esta forma la cobertura de servicios de salud a la población rural. La supervisora de auxiliares de salud se ha definido como el personal de enfermería a nivel general, técnico auxiliar, con experiencia en trabajo de campo en lo que se refiere a la atención materno-infantil y planificación familiar. Además con habilidades de supervisión y capacitación que le permitan desarrollar las actividades que se realizan en las localidades bajo su responsabilidad.

Funciones de la Auxiliar de Salud:

Es la persona que suministra los servicios básicos de salud y promueve medidas que mejoran las condiciones sanitarias.

Actividades.- La EEC-SSA es una estrategia para llevar los servicios básicos de salud a las comunidades rurales, se puede considerar como un instrumento para aplicar los programas prioritarios de la EEC-SSA.

Para definir el universo de acción de la EEC-SSA en cada comunidad, la auxiliar de salud y la enfermera supervisora efectúan anualmente el recuento de los habitantes de la localidad y su agrupamiento por edades, sexo, escolaridad, no. de parejas, familias y mujeres embarazadas, asimismo hacen la descripción gráfica de la distribución de las viviendas, los edificios públicos, accidentes geográficos y otros puntos de interés.

También se marcan los hogares de las mujeres embarazadas y de los niños con esquemas incompletos de vacunación, de las usuarias de planificación familiar, de los ancianos y personas enfermas o incapacitadas.

El censo y el croquis de la población sirven de base para hacer el plan de trabajo para la ejecución de las actividades de la auxiliar de salud y la supervisora.

La participación de las auxiliares de salud y las supervisoras ha sido determinante para la integración del censo nominal del programa de vacunación universal, en el que se registran todas las mujeres en edad fértil y los menores de 5 años según la dosis de vacunas, para así facilitar la cobertura. La EEC-SSA también constituye uno de los eslabones del Sistema de Vigilancia Epidemiológica simplificada, instrumento que permite detectar oportunamente los riesgos para la salud, mediante un registro sencillo de notificación de los casos de enfermedad.

Las principales actividades que se realizan en la EEC-SSA se pueden considerar como sigue:

Atención primaria de salud en comunidades rurales

- Inmunizaciones
- Agua limpia
- Nutrición adecuada
- Lactancia materna
- Planificación familiar
- Prevención de enfermedades diarreicas
- Control de infecciones respiratorias agudas

La atención a adultos, consiste en efectuar:

- a) La detección y vigilancia de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio
- b) Atención de los casos de morbilidad general
- c) Planificación familiar
- d) Primeros auxilios y curación de heridas
- e) Aplicación de toxoide tetánico
- f) Referencia de pacientes

La atención a menores de cinco años incluye:

- a) Atención al recién nacido
- b) Vigilancia y control del niño sano
- c) Promoción de medidas para evitar las diarreas y el uso de hidratación oral
- d) Promoción y aplicación de inmunizaciones
- e) Prevención y control de las infecciones respiratorias agudas
- f) Somatometría

La atención general comprende:

- a) Sesiones educativas para la promoción y fomento de la salud
- b) Saneamiento básico (letrización y potabilización del agua)
- c) Promoción de acciones sociales para mejorar las condiciones de salud

Para lograr la participación comunitaria, la supervisora y la auxiliar de salud realizan de manera sistemática entrevistas, visitas domiciliarias y sesiones educativas con el apoyo didáctico correspondiente a las características culturales y tradicionales de cada localidad.

Capacitación.- Constituye una de las actividades fundamentales ya que mediante ellas se proporciona la información técnica básica para desarrollar las habilidades necesarias para la prestación de servicios y así mejorar la calidad de la atención.¹

Es así que la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia preocupada porque el egresado de la Licenciatura en Enfermería lleve a la práctica los conocimientos adquiridos durante su formación como profesionales en el área de la salud, donde le sea posible tomar decisiones para la prestación de servicios y atención a la comunidad más necesitada y desprotegida de los servicios formales de salud, y que al mismo tiempo brinde la capacitación en sus distintas modalidades a las auxiliares de salud de las diferentes comunidades.

Lo anterior en acuerdo al convenio que suscribieron la ENEO-UNAM y la Dirección General de Salud Reproductiva -SSA, en donde el pasante realiza su Servicio Social en el área rural comunitaria en poblaciones dispersas, brinda capacitación a las auxiliares de salud, llevando a la práctica los conocimientos adquiridos durante su formación académica, por otra parte la Dirección General de Salud Reproductiva (DGSR), ofrece al pasante las condiciones propicias para el buen desarrollo de las actividades durante el año de Servicio Social.

¹ SSA DGPF. Estrategía de Extensión de Cobertura. Pp. 1-31.

Para lograr la participación comunitaria, la supervisora y la auxiliar de salud realizan de manera sistemática entrevistas, visitas domiciliarias y sesiones educativas con el apoyo didáctico correspondiente a las características culturales y tradicionales de cada localidad.

Capacitación.- Constituye una de las actividades fundamentales ya que mediante ellas se proporciona la información técnica básica para desarrollar las habilidades necesarias para la prestación de servicios y así mejorar la calidad de la atención.¹

Es así que la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia preocupada porque el egresado de la Licenciatura en Enfermería lleve a la práctica los conocimientos adquiridos durante su formación como profesionales en el área de la salud, donde le sea posible tomar decisiones para la prestación de servicios y atención a la comunidad más necesitada y desprotegida de los servicios formales de salud, y que al mismo tiempo brinde la capacitación en sus distintas modalidades a las auxiliares de salud de las diferentes comunidades.

Lo anterior en acuerdo al convenio que suscribieron la ENEO-UNAM y la Dirección General de Salud Reproductiva -SSA, en donde el pasante realiza su Servicio Social en el área rural comunitaria en poblaciones dispersas, brinda capacitación a las auxiliares de salud, llevando a la práctica los conocimientos adquiridos durante su formación académica, por otra parte la Dirección General de Salud Reproductiva (DGSR), ofrece al pasante las condiciones propicias para el buen desarrollo de las actividades durante el año de Servicio Social.

¹ SSA DGPF. Estrategia de Extensión de Cobertura. Pp. 1-31.

INDICADORES DE MORBIMORTALIDAD DE CANCER CERVICO UTERINO EN LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS DURANTE 1992.

El avance en el desarrollo industrial de país, entre otras consecuencias ha traído consigo una expectativa más alta de vida.

La esperanza de vida ha mantenido un incremento constante, lo que ocasiona la mayor mortalidad en la población adulta. En este grupo de población las enfermedades crónicas tienen cada día más importancia representando el 41% de todas las defunciones registradas en 1992.

La mortalidad por tumores malignos ha aumentado considerablemente, la urbanización e industrialización causan cambios de estilos de vida que dan lugar al aumento de estos padecimientos. En el período comprendido entre los años 1938 a 1992 de una tasa de 20 por 100 mil habitantes alcanza una cifra de 51.8 y de un 24o. lugar. Como causa de muerte en general, llega en 1992 al 2o. lugar, con una tasa de 51.4.

Las localizaciones de pulmón, estómago, cuello uterino, mama y próstata constituyen el 45% de todas las muertes por cáncer, por lo tanto se requiere intensificar acciones preventivas mediante el control de los factores de riesgo y desarrollo de programas de detección oportuna.

Las actividades sobre prevención y control de cáncer se desarrollan como un programa prioritario en todo el sector salud, especialmente dirigidas a las localizaciones de cuello uterino y glándula mamaria a pesar de las acciones desarrolladas, estos cánceres persisten con tendencias ascendentes; en 1975 el cáncer de cuello uterino tenía una tasa de mortalidad del 17.1 por 100 mil mujeres de 25 años o más y el cáncer mamario de 8.4. Para 1992 alcanzan tasas de 22.9 y 13.5 respectivamente.

Las frecuencias de las defunciones por cáncer se incrementan con la edad, el cáncer cervico uterino y mamario ocupan el primero y el segundo lugar de muerte, a partir de los 20 años de edad.

Al analizar el comportamiento de la mortalidad por grupos etáreos se observa que en la mujer joven (15 a 44 años), la tendencia se ha mantenido estable con un ligero incremento de una tasa de 3.2 registrada en 1972 a 4.3 en 1990. En el grupo de mujeres adultas (mayores de 45 años) se presenta un incremento muy importante de 27.3 alcanza una tasa de 69.4 .

Por otra parte la magnitud del problema es diferente entre las Entidades Federativas del país; las Entidades que presentan mayor mortalidad son: Morelos, Yucatán, Colima, Veracruz, Campeche, Coahuila, Tamaulipas y Oaxaca para cáncer del cérvix; mientras que para el cáncer mamario son las Entidades de Distrito Federal, Nuevo León, Sonora, Jalisco, Chihuahua, Colima y Coahuila.²

² SSA. Programa Nacional de Prevención y control de Cáncer Cervico Uterino.
Pp. 1-2.

INDICADORES DE MORBIMORTALIDAD DE CANCER CERVICO UTERINO EN EL ESTADO DE GUERRERO DURANTE 1993.

El cáncer cervico uterino y mamario son las enfermedades malignas más frecuentes en la mujer Mexicana, son considerados como proceso de crecimiento anormal de las células que si no se detectan a tiempo provocan la muerte, sin embargo cuando se descubren en su inicio, es curable en un elevado número de casos.

Como en la gran mayoría de los padecimientos crónicos, el cáncer de la Matriz y el de Mama no presentan en su comienzo síntomas alarmantes y se les puede confundir con otra enfermedad frecuente en los órganos femeninos, tales como. inflamación, flujo, quistes, etc., cuando esto ocurre en aquellas mujeres mayores de 25 años, se debe sospechar en la posibilidad de que sea debido a un proceso maligno.

Para controlar esta situación, los Servicios Estatales de Salud a partir de 1979, iniciaron las actividades de detección y el diagnóstico rutinario del Carcinoma Cervico Uterino en los módulos de detección ubicados en el Centro de Salud "A" y Hospital General de Acapulco, contando estos centros de referencia con citotecnólogo.

En la actualidad las acciones preventivas y el diagnóstico rutinario del cáncer, se desarrollan en todas las unidades aplicativas y en seis módulos de detección, ubicados en las jurisdicciones de Iguala, Chilpancingo, Tecpan y Ometepec, Laboratorio Estatal de Salud Publica y Dirección Municipal de Salud de Acapulco, cada uno de ellos cuenta con personal Citotecnólogo y un Médico Citólogo en la Dirección General antes mencionada.

Con el propósito de cubrir las siete regiones del estado, a partir del presente año se incrementarán dos módulos más en las Jurisdicciones Sanitarias de Tierra Caliente y Montaña, haciendo un total de ocho módulos para brindar una mejor atención a la población femenina en riesgo.

En la entidad, el cáncer Cervico Uterino y Mamario constituye un problema importante de salud pública, que se refleja en las tasas de morbilidad y mortalidad durante los últimos 5 años, el número de casos de cáncer cervico uterino y displasias severas ha mostrado una tendencia ascendente, lo mismo que la mortalidad hasta 1990, disminuyendo esta última en 0.74 en 1991 (cuadro 1 y 2)

**MORBILIDAD POR CANCER CERVICO UTERINO Y DISPLASIAS SEVERAS
GUERRERO
1989-1993**

CUADRO No. 1

AÑO	No. DE CASOS DE CANCER CERVICO UTERINO		No. DE CASOS DE DISPLASIA SEVERA	
		TASA		TASA
1989	115	0.41	54	0.19
1990	137	0.48	100	0.35
1991	131	0.44	77	0.26
1992	150	0.46	109	0.33
1993	172	0.60	103	0.36

FUENTE: Formas DICC-22 "Informe mensual de los módulos de detección tasa por 1000 mujeres de 25 años y más."

**MORTALIDAD POR CANCER CERVICO UTERINO
GUERRERO
1987 - 1991**

CUADRO No. 2

AÑO	No. DE DEFUNCIONES DE CANCER CERVICO UTERINO	TASA
1987	88	3.24
1988	90	3.59
1989	111	4.33
1990	110	4.20
1991	94	3.46

FUENTE: SESA.- Unidad de Planeación tasa por 100 mil habitantes.

MORBILIDAD

Durante los últimos 5 años (1989-1993) se han detectado 705 casos positivos de cáncer cervico uterino y 443 displasias severas lo que corresponde al 0.4% y 0.3% respectivamente en relación a las 156 035 tomas de citología vaginal realizadas (cuadro no. 3).

Lo que significa que las acciones de promoción con respecto a la prevención, detección y control del padecimiento ha influido de una manera importante en la población en riesgo, ya que se observa que la proporción de los casos positivos y displasias severas es menor a la media nacional que es de 0.5%.

En 1993 se realizaron 49,542 tomas de citología vaginal, registrándose un índice de positividad de 0.4 y 0.3 por cáncer cervico uterino y displasia severa respectivamente.

**MORTALIDAD POR CANCER CERVICO UTERINO
GUERRERO
1987 - 1991**

CUADRO No. 2

AÑO	No. DE DEFUNCIONES DE CANCER CERVICO UTERINO	TASA
1987	88	3.24
1988	90	3.59
1989	111	4.33
1990	110	4.20
1991	94	3.46

FUENTE: SESA.- Unidad de Planeación tasa por 100 mil habitantes.

MORBILIDAD

Durante los últimos 5 años (1989-1993) se han detectado 705 casos positivos de cáncer cervico uterino y 443 displasias severas lo que corresponde al 0.4% y 0.3% respectivamente en relación a las 156 035 tomas de citología vaginal realizadas (cuadro no. 3).

Lo que significa que las acciones de promoción con respecto a la prevención, detección y control del padecimiento ha influido de una manera importante en la población en riesgo, ya que se observa que la proporción de los casos positivos y displasias severas es menor a la media nacional que es de 0.5%.

En 1993 se realizaron 49,542 tomas de citología vaginal, registrándose un índice de positividad de 0.4 y 0.3 por cáncer cervico uterino y displasia severa respectivamente.

**MORBILIDAD POR CANCER CERVICO UTERINO Y DISPLASIA SEVERA
GUERRERO
1989- 1993**

CUADRO No. 3

AÑO	1989	1990	1991	1992	1993	TOTAL
META	34,100	35,400	49,500	47,500	59,332	
CITOLOGÍAS REALIZADAS	22,518	28,248	32,022	32,705	40,542	156,035
%ALCANCE DE LA META	66.0	79.8	64.7	68.8	68.3	
CASOS DE CANCER	CASOS %	CASOS %	CASOS %	CASOS %	CASOS %	CASOS %
CERVICO UTERINO	115 0.5	137 0.5	131 0.4	150 0.4	172 0.4	705 0.4
CASOS DE DISPLASIA SEVERA	54 0.2	100 0.3	77 0.2	109 0.3	103 0.2	443 0.3

FUENTE: Forma DLCC-22 "Informes mensuales de los módulos de detección"

Durante 1993 dentro de la morbilidad general, el cáncer cervico uterino ocupa el 37o. lugar con 172 casos y 103 displasias severas lo que representa una tasa de 2.29 y 1.37 por 100 mil mujeres de 25 años y más, con una mayor incidencia de casos en el grupo de 60 y más años de edad, en donde se registró una tasa de 10.67. En el grupo de 60 y más años se observó la más alta tasa de displasias severas 3.47. (cuadro no. 4).

**CANCER CERVICO UTERINO Y DISPLASIA SEVERA
GUERRERO
1993**

CUADRO No. 4

GRUPO DE EDAD	POBLACION MUJERES DE 15 AÑOS Y MAS	CASOS DE CANCER CERVICO UTERINO	CASOS DE DISPLASIA SEVERA	
			TASA	TASA
25 AÑOS	29,882	1	0.03	0.27
25 - 44	35,571	73	2.05	1.91
45 - 59	5,545	55	9.92	2.34
60 y más	4,028	43	10.67	3.47
T O T A L	75,026	172	2.29	1.37

Efectuando un análisis por Jurisdicción Sanitaria del desarrollo del programa durante 1993, la mayor incidencia del padecimiento se observa en la Jurisdicción Sanitaria Costa Grande, seguida de la Dirección Municipal de Salud de Acapulco, Jurisdicción Sanitaria Norte, Centro, Montaña, Costa Chica y Tierra Caliente. (cuadro no. 5)

MORBILIDAD DE CANCER CERVICO UTERINO POR JURISDICCION SANITARIA
GUERRERO
1993

CUADRO No. 5

CITOLOGIAS VAGINALES			CANCER CERVICO UTERINO			
JURISDICCION SANITARIA	META	REALIZADAS	%	CASOS ESPERADOS	CASOS DESCUBIERTOS	%
01 TIERRA CALIENTE	5,039	5,888	116.8	25	8	32.0
02 NORTE	8,843	7,092	80.1	44	31	70.4
03 CENTRO	9,941	5,201	52.3	50	16	32.0
04 MONTAÑA	5,689	1,423	25.0	29	4	13.7
05 COSTA GRANDE	6,280	6,052	96.3	31	55	177.4
06 COSTA CHICA	5,680	3,049	53.6	29	5	17.2
07 ACAPULCO	17,860	10,446	58.4	89	53	59.5
TOTAL	59,332	39,151	65.9	297	172	57.9

FUENTE: "Formas DLCC-22" "Informes mensuales de los módulos de detección"

De acuerdo a las metas programadas para ese mismo año la jurisdicción de Tierra Caliente, Costa Grande y Norte rebaso el 80% de lo planeado, llegando prácticamente al 50% la Centro, Costa Chica y Acapulco, correspondiendo el menor logro a la Jurisdicción 04 Montaña.

MORTALIDAD

De acuerdo a estadísticas estatales, para 1991 los tumores malignos ocuparon el 4o. lugar dentro de las 20 principales causas de mortalidad general, entre ellos el 2o. lugar corresponde al tumor del cuello del útero con 94 defunciones y una tasa de 3.46 por 100 mil habitantes (cuadro no. 6) y dentro de los diferentes tipos de cáncer en la mujer, el del cuello del útero ocupó el 1er. lugar (cuadro no. 7).

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
DIRECCION DE PLANEACION

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
GUERRERO
1991

CUADRO No. 6

CAUSAS	No. DEFUNCIONES	TASA *
1) ACCIDENTES	1.205	44.37
- DE TRAFICO DE VEHICULO MOTOR	420	15.46
2) HOMICIDIO Y LESIONES INFRINGIDAS INTENCIONALMENTE POR OTRA PERSONA	1.006	37.84
3) ENFERMEDADES DEL CORAZON	890	32.77
- INFARTO DEL MIOCARDIO	328	12.08
4) TUMORES MALIGNOS	738	27.18
- DEL ESTOMAGO	121	4.46
- DEL UTERO	94	3.46
5) ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	687	25.80
6) DIABETES MELLITUS	458	16.87
7) ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR	438	16.13
8) NEUMONIA E INFLUENZA	301	11.08
9) DEFICIENCIAS DE LA NUTRICION	279	10.27
10) CIRROSIS Y OTRAS ENFERMEDADES CRONICAS DEL HIGADO	252	9.28
11) CIERTAS INFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	175	6.44
12) BRONQUITIS CRONICA Y LA NO ESPECIFICADA, ENFISEMA Y ASMA	156	5.74
13) NEFRITIS Y SINDROME NEFRITICO	140	5.16
14) TUBERCULOSIS PULMONAR	131	4.82
15) ANOMALIAS CONGENITAS	85	3.13
16) ANEMIAS	84	3.09
17) ULCERAS GASTRICA Y DUODENAL	71	2.61
18) SEPTICEMIA	46	1.69
19) SINDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL	40	1.47
20) EPILEPSIA	35	1.29
DISRITMIA CARDIACA	188	6.92
SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADO MORBOSOS MAL DEFINIDOS	309	11.38
LAS DEMAS CAUSAS	1.232	45.37
TOTAL DE TODAS LAS CAUSAS	8.946	329.42

* Tasa por 100 mil habitantes (2,715,601) población ajustada por el COESPO de acuerdo a las cifras censales de 1980 y preliminares de 1990.
FUENTE: SSP-INEGI Dirección General de Estadística, Departamento de Estadística.

TASA DE MORTALIDAD POR CANCER EN EL SEXO FEMENINO POR ORGANO AFECTADO
GUERRERO
1991

CUADRO No. 7

	No. DE DEFUNCIONES	TASA *
ENCEFALO	3	0.6
TUBERCULOSIS PULMONAR	15	3.0
MAMA	27	5.4
ESTOMAGO	44	8.8
VESICULA BILIAR	23	4.6
PANCREAS	13	2.6
OVARIO	8	1.6
CERVIX	109	21.9
LEUCEMIAS Y LINFOMAS	5	1.0

* Tasa por 100 mil mujeres de 25 años y más.

Casos positivos de cáncer cervico uterino en el Municipio de Chilapa de Alvarez, Gro., de enero de 1992 a mayo de 1994: 9 casos

- 6 casos de cáncer epidermoide In situ
- 2 casos de displasia severa
- 1 caso de cáncer epidermoide invasor ³

³ Servicios Estatales de Salud. Programa Estatal de Detección y Control de Cáncer Cervico Uterino y Mamario, Pp. 6-8.

ANATOMIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

Debido al tema que nos ocupa, en este apartado sólo se mencionarán las estructura óseas que constituyen la cavidad pélvica por representar esta el sostén del aparato reproductor femenino. Así como realizar un breve comentario de los genitales externos, sólo se analizarán detalladamente las estructuras internas como son el útero y el cérvix por ser estas últimas de mayor relevancia en el tema a tratar.

Para comprender la cavidad pelviana y el periné es necesario familiarizarse con los huesos que forman la pelvis.

Los huesos pelvianos son: dos coxales (inominados), considerados como parte de los miembros inferiores, el sacro y el coxis, que son parte de la columna vertebral.

Coxal: Los huesos coxales pueden dividirse en tres partes ileon, isquión y pubis, el ileon está situado en la porción superoexterna del hueso coxal, el isquión en la región posteroinferior y el pubis en la porción anteroinferior. Estos tres huesos juntos conforman el acetábulo, lugar donde se articula con la cabeza del fémur.

El pubis se articula con el ileon y el isquión.

Sacro y coxis: Las vértebras están fusionadas en un solo hueso denominado sacro, que se ensancha en la parte superior y es estrecho en la parte inferior.

Las vértebras coxígeas: En general están unidas, formando un solo hueso.

Articulaciones y ligamentos de la pelvis: El sacro se articula con la quinta vértebra lumbar, articulación lumbosacra; la articulación de los coxales en la región púbica (sífnisis del pubis) y la articulación del sacro con los dos coxales articulaciones sacro ilíacas, son las más importantes.

Sífnfisis púbrica: La sínfisis del pubis es una articulación cartilaginosa parcialmente móvil. Las superficies articuladas de cada hueso púbrico están cubiertas por cartilago hialino y entre esas dos superficies de cartílagos se interpone una lámina fibrocartilaginosa.

Articulación sacro iliaca: La importancia de la articulación sacro iliaca, se debe a que está diseñada para soportar grandes pesos. Esta articulación está formada por la unión del sacro y la porción iliaca de los huesos coxales.

Unión sacro coxígea: La articulación formada entre la superficie articular inferior del sacro y la base del coxís es la unión sacro coxígea, que es móvil, en algunos casos es de carácter sinovial, permitiendo considerables movimientos.

DESCRIPCION GENERAL

La pelvis es una cavidad con varios agujeros en la línea media, el suelo de este cuenco es el fondo de la pelvis (diafragma pelviano), que está constituido por musculos. La zona superior de este suelo o diafragma pelviano es la propia cavidad pelviana, la parte superior y posterior es el periné.

La cavidad pelviana nunca está vacía la parte que no está ocupada por los órganos pélvicos, contiene el colón signoides, el ciego y el ileon.

Los dos musculos elevadores del ano y coxígeos forman en cada lado el suelo de la pelvis y se le denomina diafragma pélvico.⁴

Los órganos de reproducción de la mujer, se clasifican de acuerdo a su situación interna o externa. Los órganos y la vagina intervienen en el coito; en los órganos internos se lleva a cabo la ovulación y proporcionan un lugar para la fertilización del óvulo.

⁴ Danforth N. David. Et. al. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Pp. 45-52.

ORGANOS GENITALES EXTERNOS

Las partes pudendas u órganos genitales externos, suelen designarse con el nombre de vulva que incluye todas las estructuras visibles externamente, desde el borde inferior del pubis hasta el perineo, esto es el monte de venus, labios mayores y menores, clítoris, vestibulo, himen, orificio uretral y diversas estructuras glandulares y vasculares.

El monte de venus:

Monte de venus o monte del pubis, es una pequeña elevación plana que se encuentra sobre la cara anterior de la sínfisis púbica, después de la pubertad su piel se reviste de pelo ensortijado, el vello pubiano, ocupa un espacio triangular cuya base corresponde al borde superior de la sínfisis y con algunos pelos que se extienden hacia abajo hasta la superficie externa de los labios mayores.

Labios mayores:

Existen dos pliegues redondeados de tejido adiposo cubiertos de piel y que se extienden hacia abajo y atrás a partir del monte del pubis; son los labios mayores.

Miden generalmente de 7 a 8 cm de longitud, de 2 a 3 cm de ancho y 1 a 1.5 cm de espesor. En la mujer nulípara, la cara interna es húmeda y se parece a una membrana mucosa, mientras que en las mujeres multiparas presentan un aspecto similar a la de la piel pero no está cubierta de pelo; contiene gran abundancia de glándulas sebáceas.

Por debajo de la piel hay una capa de tejido conjuntivo denso, rico en fibras elásticas y en tejido adiposo, pero sin elementos musculares. Por debajo de la piel existe una masa de grasa que proporciona volumen al labio.

Labios menores:

Cuando se separan los labios mayores, es posible ver dos pequeños pliegues de tejido; éstas estructuras son los labios menores o ninfas, que se unen al borde superior de la vulva. En la mujer nulípara están cubiertos por los labios mayores; en las mujeres multíparas es frecuente que los labios menores se proyecten por fuera de los mayores. Cada labio menor consta de una delgado pliegue de tejido que cuando se haya protegido por los labios mayores presenta un aspecto húmedo y rojizo similar al de una mucosa. Sin embargo está cubierto de epitelio estratificado en el que sobresalen numerosas papilas.

No tiene pelos pero si muchos folículos sebáceos y algunas glándulas sudoríparas; el interior de los pliegues labiales está formado por tejido conjuntivo rico en vasos sanguíneos y pobre en fibras musculares lisas, como las estructuras eréctiles son sumamente sensibles y están abundantemente provistos de diversas clases de terminaciones nerviosas.

Clítoris:

Es una estructura pequeña cilíndrica y eréctil, situada en el extremo anterior de la vulva y que sobresale entre las extremidades ramificadas de los labios menores, las cuales forman el prepucio y frenillo del clítoris; consta de glánde, un cuerpo y dos pilares.

El glánde está cubierto de epitelio estratificado, tiene terminaciones nerviosa y es, por lo tanto, extremadamente sensible al tacto; el clítoris es uno de los principales órganos erógenos de la mujer.

Vestíbulo:

El vestíbulo es una área en forma de almendra limitada por los labios menores, que se extienden desde el clítoris por arriba y hacia la horquilla por abajo.

El vestíbulo es la estructura femenina funcionalmente madura, habitualmente está perforada por seis aberturas: la uretra, la vagina, los conductos de las glándulas de Bartholini y los conductos de las glándulas parauretrales, también denominados conductos de Skene.

Las glándulas de Bartholini están localizadas por debajo del músculo constrictor de la vagina y algunas veces aparecen cubiertas en parte por los bulbos vestibulares; sus conductos miden de 1.5 a 2 cm de longitud, desembocan en ambos lados del vestíbulo inmediatamente por fuera del borde lateral el orificio de la vagina. Estas glándulas secretan material mucoso durante la excitación sexual.

Vagina:

Es el órgano de la copulación, y comienza con una abertura en los genitales externos por detrás de la uretra y por delante del recto. La abertura de la vagina en las mujeres vírgenes esta protegida por el himen: que son dos láminas de mucosa que se extiende desde las paredes laterales hacia la luz de la vagina. El himen puede adoptar la forma de una membrana completa, que debe romperse en la primera menstruación, puede tener una estructura cribiforme, o puede no existir. Tras su ruptura los fragmentos del himen permanecen como pequeños nódulos denominados caránculos himeneales.

La vagina se extiende desde el himen al cérvix uterino. Atraviesa una capa muscular en el periné, el diafragma urogenital, discurre a través del diafragma pélvico, pasando por los límites inferiores del músculo elevador del ano.

Como el cérvix se extiende por la cara anterior del límite superior de la vagina, la red anterior de los órganos más corta que la posterior, la red anterior mide 8 cm de largo mientras que la posterior mide de 9 a 10 cm. Los fondos de saco provocados por la proyección del cérvix en el interior de la vagina se llama fómix, apareciendo dos laterales uno anterior y otro posterior que es el más alejado y profundo, la parte posterosuperior de la vagina esta cubierta por peritoneo, pero la pared anterior no hace contacto con él.

La mucosa de la vagina, está compuesta por un epitelio escamoso estratificado; bajo el epitelio se encuentra una fina capa fibromuscular; habitualmente existe una capa circular interna y otra longitudinal externa de músculo liso. También se observa una fina capa de tejido conectivo que cubre la mucosa y la capa muscular, una de ellas rica en vasos sanguíneos y otra con algunos nódulos linfoides pequeños.

La capa mucosa y muscular están débilmente unidas al tejido conectivo subyacente.

El Ph de la secreción vaginal varía con la naturaleza de las hormonas ováricas secretadas y es de 4 a 5.⁵

⁵ Pritchard A. Jack. Et. al. Williams Obstetricia. Pp. 7-19.

La mucosa de la vagina, está compuesta por un epitelio escamoso estratificado; bajo el epitelio se encuentra una fina capa fibromuscular; habitualmente existe una capa circular interna y otra longitudinal externa de músculo liso. También se observa una fina capa de tejido conectivo que cubre la mucosa y la capa muscular, una de ellas rica en vasos sanguíneos y otra con algunos nódulos linfoides pequeños.

La capa mucosa y muscular están débilmente unidas al tejido conectivo subyacente.

El Ph de la secreción vaginal varía con la naturaleza de las hormonas ováricas secretadas y es de 4 a 5.⁵

⁵ Pritchard A. Jack. Et. al. Williams Obstetricia. Pp. 7-19.

ORGANOS GENITALES INTERNOS

Utero:

El útero es un órgano muscular cubierto en parte por el peritoneo o serosa. Su cavidad está revestida por el endometrio. Durante el embarazo, el útero sirve para recibir, implantar, retener y nutrir al óvulo fecundado, que se expulsa durante el parto.

Relaciones Anatómicas: El útero está situado en la cavidad pélvica, entre la vejiga anteriormente y el recto posteriormente; la porción inferior esto es el cuello se proyecta a la vagina.

Forma y Tamaño: El útero es una estructura periforme y aplanada y consta de dos partes desiguales; una porción triangular, el cuerpo (o corpus) y una porción inferior cilíndrica o fusiforme, esto es el cuello (o cérvix), la cara anterior el cuerpo es casi plana pero la cara posterior es claramente convexa, el borde superior convexo comprendido entre los puntos de inserción de las trompas, recibe el nombre de fundus o fondo uterino. Mide de 6 a 8 cm de longitud, 3 a 5 cm de anchura y 3 a 4 cm de grosor, su peso oscila entre los 40 y 70 grs.⁶

Visto el útero de perfil, nos encontramos con que no es recto por completo sino que está acodado el cuerpo sobre el cuello, es decir, está formando un ángulo de 140° y que se llama en anteflexión; no solamente está en anteflexión sino que tiene una ligera inclinación respecto al sacro y al pubis hacia adelante. Esta inclinación total del cuerpo y cuello se denomina anteversión; la situación normal del útero es pues en anteflexión anteversión formando un ángulo de 45° con la horizontal.⁷

El útero está ricamente vascularizado; las arterias uterinas son ramas de la iliaca interna, que se anastomosan con la arteria ovárica, la cual discurre a lo largo de la trompa.

Las venas forman un plexo que termina en la línea interna.

⁶ Pritchard A. Jack. Et. al. Williams Obstetricia. P. 13.

⁷ Bonilla Musoles F. Et. al. El Cuello Uterino y sus Enfermedades. P. 27.

Los nervios simpáticos surgen de los segmentos medulares T12 Y L1 y alcanzan el útero a través del plexo hipogástrico y de las arterias uterinas.

La inervación parasimpática se realiza mediante el nervio pélvico desde los segmentos segundo, tercero y cuarto sacros.

Se sabe que los linfáticos de este órgano circulan a lo largo del ligamento redondo para alcanzar los ganglios inguinales.⁸

Trompas Uterinas o Trompas de Falopio:

Las trompas de Falopio u oviductos se extienden desde los cuernos uterinos hasta un punto cercano a los ovarios, son los conductos a través de los cuales el óvulo alcanza la cavidad uterina.

Las trompas tienen de 8 a 14 cm de longitud, lo cubre el peritoneo y una mucosa tapiza su interior.

Cada trompa se divide en porción intersticial que está incluida en la pared muscular del útero.

El istmo, la porción estrecha de la trompa inmediata al útero, se va dilatando de manera gradual hasta formar la porción ensanchada o ampolla, el infundíbulo o extremidad finbriada es la abertura en forma de embudo de la extremidad distal de la trompa.

El grosor de la trompa es muy variable, la porción más estrecha del istmo tiene de 2 a 3 mm de diámetro y la porción más ancha de la ampolla de 5 a 8 mm.

En términos generales, la musculatura de la trompa está dispuesta en dos capas, la circular interna y la longitudinal externa; la musculatura tubárica experimenta constantemente contracciones rítmicas, cuya frecuencia varía con los períodos del ciclo menstrual.

* Danforth N. David. Et. al. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Pp. 57-58.

Las contracciones alcanzan el máximo de frecuencia e intensidad durante el transporte del óvulo.

La trompa está revestida por una mucosa, el epitelio de la mucosa está formado por una sola capa de células cilíndricas, algunas ciliadas y otras secretoras.

Ovarios:

Los ovarios son dos órganos con forma más o menos almendrada cuyas funciones principales son el desarrollo y expulsión del óvulo y la liberación de las hormonas: estrógenos y progesterona.

Durante el período fecundo de la vida miden de 2.5 cm de longitud, 1.5 a 3 cm de anchura y 0.6 a 1.5 de grosor.

La superficie externa del ovario es lisa de color blanco mate y a través de ella se transparentan varios folículos pequeños y claros a medida que la mujer envejece, la superficie ovárica se pliega y en las ancianas tiene un aspecto muy arrugado.⁹

⁹ Pritchard A. Jack. Et. al. Williams Obstetricia. Pp. 20-24.

FISIOLOGIA GENITAL FEMENINA

Las relaciones recíprocas entre el hipotálamo, hipófisis y el endometrio, se describen a continuación: el ovario se desarrolla y crece bajo la influencia de dos gonadotropinas hipofisarias, la hormona foliculo estimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH).

Los estrógenos producidos por el ovario, también incrementan el crecimiento ovárico, al igual que la respuesta ovárica a las gonadotropinas.

La mayor influencia de éstas dos gonadotropinas se produce sobre los folículos que contienen los óvulos; las finalidades de la elevación de la FSH son aparentemente la inducción de los receptores para la LH en las células de la granulosa, el incremento de la capacidad estrogénica de los folículos especialmente en la producción estrogénica y la formación de la cavidad antral, que conduce a la formación del folículo maduro. La elevación de los estrógenos en sangre procedentes del folículo, estimula la liberación de LH. El folículo maduro puede entonces reaccionar a la elevación súbita de la LH, mediante la ruptura y la expulsión del huevo en el momento de la ovulación. El folículo roto se transforma en un cuerpo lúteo que produce progesterona y estrógenos y tienen una vida limitada. La naturaleza cíclica de la función ovárica es tal que muchos menos folículos se desarrollan cada mes bajo la influencia de la secreción cíclica de la FSH y LH hipofisarias durante la denominada fase folicular, que dura unos 14 días. La súbita liberación de LH hipofisaria en la corriente circulatoria origina la ruptura de un solo folículo con la formación de un cuerpo lúteo único que tiene vida media de aproximadamente 12 a 13 días. Los folículos que no han ovulado regresan en un proceso denominado atresia.

El ciclo se repite después de cada mes con una duración media total de 28 días para la fase folicular del cuerpo lúteo (luteal) y de regresión cuando el cuerpo lúteo regresa y se suprimen sus hormonas, se produce la descamación del endometrio (menstruación).

La glándula hipofisiaria no tiene una capacidad innata, para sintetizar o liberar gonadotropinas, pero está bajo la influencia del hipotálamo, al que está unido por el tallo hipofisiario. El hipotálamo contiene neuronas productoras hormonales que liberan hormonas hipofisiotrópicas específicas en la circulación portal que discurre desde el hipotálamo hasta la hipófisis, las hormonas hipofisiotrópicas (factores de liberación) estimulan la producción y liberación de las gonadotropinas hipofisiarias.¹⁰

CICLO BIFASICO

Cuando el óvulo no ha sido fecundado, al involucionar el cuerpo amarillo, ya que no es necesario, la mucosa endometrial preparada para la anidación se desintegra (menstruación) y comienza un nuevo ciclo. Se denomina bifásico al ciclo infértil porque consta de una primera fase folicular o estrogénica, la cual es seguida después de la ovulación por la segunda fase, luteínica o gestacional dominada por el cuerpo amarillo.

Ciclo ovárico:

En la mujer adulta, la capa cortical del ovario alberga numerosos folículos en distintos estadios evolutivos. La mayoría de ellos terminarán involucionando (atresia folicular), otros los menos completarán su maduración.

Para llegar a su madurez el folículo primordial, constituido por un ovocito rodeado de epitelio cúbico monoestratificado, recibe impulsos de crecimiento que lo van transformando con rapidez.

Las células cúbicas se hacen cilíndricas dando origen a las células de la granulosa, que se ordenan en tres o cuatro capas; y se forma así el folículo primario, de unos 0.3 mm de diámetro de modo que el folículo queda constituido por el ovocito rodeado por las células granulosas, cuyos elementos más periféricos, asientan sobre una membrana basal por fuera de la cual se diferenciarán las tecas.

¹⁰ Danforth N. David. Et. al. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Pp. 20-24.

El antro foliular con un contenido líquido; las células granulosas en torno del ovocito producen una sustancia hialina que lo envuelve, la zona pelucida, alrededor de este foliulo secundario, el estroma adyacente diferencia las tecas internas y externas; la primera está constituida por células fusiformes de citoplasma claro cargado de lipoides, con una abundante red de capilares sanguíneos que llegan hasta la capa granulosa sin traspasarla; la teca externa está formada por células conjuntivas y numerosas fibrillas que le confieren resistencia.

Completando su crecimiento, el foliulo maduro aumenta de volumen por acumulación de líquido foliular y presenta el aspecto de una vesícula de 10 a 20 mm de diámetro (foliulo de Graff).

Después de la ovulación se produce una hemorragia intrafoliular y el pequeño orificio de ruptura se oblitera con un tapón de plasma coagulado y luego se cicatriza.

En la ovulación se distinguen clásicamente las siguientes etapas:

- 1) Proliferación o hiperemia: Inmediatamente después de la ruptura foliular se observa proliferación de las células granulosas y congestión de las tecas.
- 2) Vascularización: Los capilares de la teca interna proliferan y penetran entre las células granulosas constituyendo una verdadera glándula endocrina de tipo reticular, con sus células dispuestas en cordones separados por capilares.
- 3) Maduración: La granulosa ya vascularizada forma una membrana ondulada que adquiere progresivamente más espesor sus células se hacen cuboides, su citoplasma aumenta y se carga de lípidos, transformándose en granulosoluteínicas; entre ellas se observan algunas células más pequeñas, de citoplasma más oscuro.

4) Involución o regresión: Las células luteínicas involucionan en la parte central del cuerpo amarillo, se encuentra una cantidad variable de material fibrinoso; cuerpo blanco producto de la involución del cuerpo amarillo.

Ciclo tubario:

El peristaltismo tubario está estrechamente relacionado con la incresión hormonal del ovario. Es fácil comprobar que la máxima actividad contráctil se produce bajo la influencia estrogénica, registrándose en el momento ovulatorio un ritmo de 5 a 8 contracciones por minuto mientras que antes y después de la menstruación su frecuencia se reduce a la mitad y disminuye su intensidad.

Las células ciliadas del epitelio tubario, al comienzo del ciclo son relativamente bajas por la influencia de los estrógenos llegan a duplicar su altura en las proximidades de la ovulación.

Ciclo uterino:

Las modificaciones más importantes se producen en el endometrio, se observan en el moco cervical, expresión de la actividad de las glándulas del endocervix y en forma menos ostensible en el miometrio.

Ciclo endometrial:

Bajo la acción sucesiva de estrógenos y progesterona producidas por el ovario, la mucosa endometrial experimenta cambios cíclicos en su estrato funcional.¹¹

Endometrio:

El endometrio está formado por epitelio y lámina propia, que contienen glándulas tubulosas simples que se ramifican en ocasiones al miometrio.

¹¹ Gori M. Roberto. Et. al. Ginecología. Pp. 67-71.

El epitelio secreta glucoproteínas (moco), sus células son cilíndricas y algunas presentan cilios.

Bajo la acción de las hormonas ováricas (estrógenos y progesterona) producidas por estímulo de la adenohipófisis, el endometrio experimenta modificaciones estructurales cíclicas, que constituyen el ciclo menstrual. La maduración del ciclo menstrual es variable, pero frecuentemente cada ciclo se completa de 28 días.

El ciclo menstrual comienza el día en que aparece el flujo sanguíneo, la sangre que se elimina por la vagina proviene del endometrio, el cual es parcialmente destruido y eliminado junto con la sangre que se extravasa de los vasos rotos.

La fase menstrual va del 1° al 4° día del ciclo.

La fase proliferativa del 5° al 14° día del ciclo.

La fase secretora del 15° al 28° día del ciclo.

Fase proliferativa: Después de la fase menstrual, el endometrio queda reducido a una pequeña banda de tejido conjuntivo, la parte profunda del endometrio que no se destruye en la menstruación se llama capa basal, mientras que la porción que se destruye y renueva en cada ciclo se denomina capa funcional.

La fase proliferativa coincide con el desarrollo de los folículos ováricos y con la producción de estrógenos, siendo llamada también fase estrogénica.

Fase Secretora: Esta fase se inicia después de la ovulación y depende de la formación del cuerpo amarillo, que secreta progesterona; la progesterona estimula la secreción de las células glandulares, la fase secretora se denomina también progestacional.

Fase menstrual: Si no se produce la fertilización del óvulo expulsado por el ovario no hay anidación y sobreviene un descenso brusco de los niveles de estrógeno y progesterona en la sangre. En consecuencia el endometrio que estaba desarrollado por el estímulo de estas hormonas, entra en colapso, siendo parcialmente destruido, al final de la fase secretora se observa que las arterias espirales provocan isquemia por contracción de sus paredes la cual lleva a una necrosis del endometrio, ocurre entonces la destrucción del endometrio y rotura de vasos sanguíneos dando origen al flujo de sangre.¹²

¹² Carneiro J. Et. al. Histología Básica. Pp. 69-71.

CERVICO VAGINITIS

Las enfermedades vulvovaginales, son causa frecuente de las molestias manifestadas en la práctica ginecológica, y en su tratamiento tiene gran importancia una comprensión completa de la fisiología y la patología de las vías urinarias bajas.

La piel vulvar responde a la estimulación hormonal y proporciona un medio tibio y húmedo expuesto a la contaminación urinaria y fecal.

El primer síntoma de irritación vaginal es a menudo la vulvitis, la cual frecuentemente resulta del contacto con el exudado vaginal exacerbada a menudo por la ropa suprayacente de telas sintéticas que retienen calor y humedad.

Leucorrea:

Aunque el término leucorrea significa literalmente un exudado blanco el color puede variar de acuerdo con la causa.

El exudado vaginal en la mujer madura sexualmente se considera anormal si ocurre manchado de ropa, si el olor es desagradable o si la irritación impide la función.¹³

Flujo Vaginal:

Se denomina flujo vaginal al aumento patológico en cantidad de los exudados y trasudados que se originan en las vías genitales, fluyen al exterior y son reconocibles.

En condiciones fisiológicas, en la mujer adulta normal se observa en el examen ginecológico que la mayor parte de la vagina se encuentra húmeda. Este contenido vaginal no se exterioriza habitualmente.¹⁴

¹³ Benson C. Ralph. Et. al. Diagnóstico y Tratamiento Gineco Obstétrico. P. 189.

¹⁴ Gori M. Roberto. Et. al. Ginecología. P. 172.

Durante los años fértiles, el epitelio vaginal madura. Sin embargo el coito, los agentes anticonceptivos, las prácticas de higiene femenina y el uso de ropa ajustada no absorbente, que retienen el calor predisponen al desarrollo de infecciones vulvovaginales.

Patogenia:

El moco cervical, producido principalmente como respuesta a la estimulación estrogénica, es la fuente principal del líquido vaginal.

La mucosa vaginal normalmente no contiene glándulas; sin embargo se presenta trasudación de líquido como respuesta a la estimulación sexual. La estimulación por estrógenos ocasiona proliferación del epitelio escamoso estratificado de la vagina. Esto da como resultado la descamación de células, lo cual agrega restos celulares al líquido vaginal.

El mantenimiento del ambiente normal de la vagina depende en gran parte de los niveles de estrógenos endógenos, un PH ácido (de 3.5 a 4.0), y la presencia de lactobacilos (bacilos de Döderlein).

Cualquier alteración notable en la fisiología normal de la vagina predispone a la leucorrea sintomática debido a un cambio en la flora vaginal.¹⁵

La acidez de la vagina se debe a la acción de los bacilos de Döderlein, que normalmente existen en ella. La reacción ácida depende de la acción del ácido láctico producido por esos gérmenes sobre el glucógeno de las células del epitelio vaginal. Las células desprendidas, por la acción del bacilo de Döderlein, sufren citólisis y liberan el glucógeno y las enzimas que contienen en su interior. Tales enzimas son las encargadas de transformar el glucógeno en maltosa y dextrosa y luego en ácido láctico que es neutralizado por la acción del moco cervical que lleva al PH entre 4.8 y 5, desfavorable para otro germen que no sea Döderlein.

¹⁵ **Benson C. Ralph. Et. al. Diagnóstico y Tratamiento Gineco Obstétrico. P. 189.**

A nivel de cuello pueden ser distinguidos dos sectores separados por el tapón mucoso endocervical uno inferior, que presenta características de contaminación parecidas a las de la vagina, y otro superior, donde el moco es hialino sin leucocitos ni contaminación microbiana (aséptico).

Flujo fisiológico, pseudoflujo, secreción aumentada.

Existen circunstancias normales en las que se exterioriza una secreción que no debe considerarse patológica.

En el premenstruo el flujo es de origen cervico corporal y lo condiciona la hiperemia.

En el postmenstruo la alcalinización del medio vaginal por la sangre menstrual lo favorece.

En el Intermenstruo por la ovulación.

En el embarazo y el nacimiento.

En la premenarca, el flujo es blanco lechoso sin olor ni pruriginoso, acompañando a los otros signos de maduración sexual; estas secreciones deben ser consideradas fisiológicas.

Durante la madurez sexual generalmente se trata de un proceso infeccioso.

En la edad senil la disminución de la incesión estrogénica favorece las infecciones, pero hay que considerar la patología tumoral.

Las células de la mucosa y de la piel vaginal pierden glucógeno y la acidez vaginal declina, dando como resultado tejidos frágiles atróficos susceptibles a los traumatismos y a la infección. La frecuencia de cáncer de vagina y de la vulva aumenta con la edad hasta un máximo de alrededor de los 65 años.

Características del flujo:

El examen semiológico nos permite conocer algunas características del flujo que sirven para orientarnos acerca de su etiología.

Aspecto:

Espumoso: Cuando se presenta con burbujas es sospechoso de tricomonas.

Grumoso: La mezcla de detritos celulares y gérmenes es típica de moniliasis (aspecto de leche cuajada).

Cre moso: Mezcla de moco con pus abundante. Debe hacer sospechar que es causado por gérmenes inespecíficos o por gonococos.

Color:

Blanco: Flujo por trasudación o hipersecreción.

Verdoso: provocado por gérmenes que modifican los pigmentos como tricomonas principalmente.

Sanguinolento: Sospechoso de patología neoplásica.

Amarillento: Flujo con pus abundante.

Olor:

Espermático: En el moniliásico.

Fecaloide: En el tricomoniasis.

Fétido: Cuando hay tejidos esfacelados (cáncer) o ciertos cuerpos extraños.

Relación con la menstruación:

Sin ser categórico, por lo general el flujo premenstrual es moniliásico y el postmenstrual es tricomoniásico.

Clasificación del flujo:

Topográfica, vulvar, vaginal, cervical, endometrial y tubárico (excepcional).

Etiológica:

Microbiana, bacterias, monilias, protozoarios y virus.

Físicas:

Cuerpos extraños, dispositivos intrauterinos, vestidos ajustados, ropa interior de hilado sintético.

Químicas:

Jabones, desodorantes, sprays, jaleas espermaticidas.

Alérgicas:

Psiconeurovegetativas, hormonales.

Alteraciones locales:

Dermatológicas, tumorales.

Enfermedades sistemicas:

Diabetes, infecciones.

Higiene defectuosa o falta de higiene en la mujer o su compañero.

INFECCIONES ESPECIFICAS

TRICOMONIASIS

Síntomas y diagnóstico:

La principal manifestación de la vaginitis por tricomonas es la leucorrea, que muchas veces se acompaña de ardor y prurito vaginal. Obviamente también hay dispareunia.

Trichomona Vaginalis, es el único protozoo que se ha podido hallar en la vagina, es de forma oval y de volumen muy variable, en su extremo anterior presenta cuatro flagelos que le permiten movimiento.

En la exploración con espejo vaginal se observa una acumulación de secreción de color amarillo verdoso y espumosa en la porción declive del fondo de saco vaginal. La mucosa muestra enrojecimiento difuso y el fondo de saco posterior tiene aspecto granular que casi siempre es patognomónico. Se observan erosiones pequeñas en el epitelio vaginal y en el exocérvix, las llamadas manchas de fresa.

Las tricomoniasis tienden a empeorar inmediatamente después de la menstruación u ocasionalmente durante el embarazo.

Los labios se vuelven edematosos y dolorosos, pueden presentarse síntomas urinarios, sin embargo la disuria ardorosa se asocia más a menudo con vulvitis intensa, en especial si ha habido excoriación de la piel por rascado.

El diagnóstico se hace al identificar tricomonas en un frotis en fresco.

El contagio ocurre casi siempre por contacto sexual; de ahí que muchos autores consideren a la tricomoniasis como una enfermedad venérea.

Un alto porcentaje de hombres cuyas esposas sufren tricomoniasis son portadores del parásito.

Tratamiento:

Una medicación muy efectiva es proporcionada por un derivado del imidazol (flagyl, nalox, bexón) tricomoniacida activo por vía bucal y vaginal.

La posología en la mujer es de 500 mg por vía oral durante 10 a 20 días que se complementan en el mismo lapso por vía vaginal con un óvulo o tableta de 500 mg aplicado cada noche al acostarse.

Cabe destacar que el metronidazol provoca intolerancia al alcohol por lo cual debe proscribirse la ingestión de bebidas de esta naturaleza mientras dure el tratamiento.

Tricomonas se transmiten por vía sexual, así que el tratamiento es incompleto a menos que también se trate el compañero sexual de la paciente.

MONILIASIS O CANDIDIASIS

Los agentes causales son hongos; la mayoría de los que se encuentran en la vagina pertenecen al género *Candida Albicans*.

Con frecuencia se halla *Candida Albicans* en la flora vaginal como saprófita, en mujeres portadoras asintomáticas de manera que su presencia en el flujo no siempre implica que sea un agente etiológico; en cambio cuando las condiciones del medio se alteran suelen modificar su estado y se vuelven patógenas. La infección (Candidiasis o Moniliasis) es favorecida por factores predisponentes, de los cuales son de destacar la diabetes y la prediabetes, que aumentan el glucógeno vaginal; esta enfermedad debe ser investigada en casos de vulvitis rebeldes, así como la micosis en todas las diabéticas con síntomas vulvares.

Este tipo de inflamación vulvovaginal es frecuente en diabéticas y aumenta todavía más cuando el ambiente es rico en carbohidratos.

La terapia con antibióticos es un antecedente de suma importancia probablemente, la eliminación de otros gérmenes altera el equilibrio biológico y facilita la instalación de la micosis.

El uso de antibióticos sintéticos o locales facilita el crecimiento de este microorganismo debido a que la flora vaginal normal muchas veces es destruida por estos fármacos.

Se transmite por contacto sexual y también es posible el contagio por objetos contaminados.

Síntomas:

Esta enfermedad se caracteriza por una secreción que puede ser desde líquida hasta muy espesa y con características purulentas; hay prurito que puede ser intenso, irritación local y enrojecimiento de toda la mucosa vaginal o vulvovaginal.

Existe prurito vulvar intenso y continuo, con exacerbación en el premenstruo, ardor particularmente al contacto de la orina con los genitales externos inflamados (disuria vulvar de Gardner) por flujo que suele ser escaso, de color blanco, espeso y grumoso (aspecto de leche cuajada) , y con frecuencia por dispareunia.

Al examen se comprueba la vulva enrojecida y edematosa y la presencia de grumos blanco grisáceos.

Diagnóstico:

Se hace fácilmente por la sintomatología y las características del flujo y de las lesiones vulvovaginales descritas.

El diagnóstico puede ser confirmado por el examen microscópico del flujo.

Tratamiento:

La nistatina ha probado ser un antibiótico sumamente efectivo en el tratamiento de las micosis genitales.

Posología: Tabletas vaginales 100 mil unidades por tableta, una por noche durante 15 días; comprimidos orales 500 mil UI, 1 comprimido cada 8 horas durante 10 días; crema de uso externo para uso local.¹⁶

¹⁶ Gori M. Roberto. Et. al. Ginecología. Pp. 173-179.

INFECCIONES BACTERIANAS

La depleción de estrógenos por el envejecimiento, la ovariectomía o la radiación pélvica, ocasionan atrofia de la mucosa vaginal, reducción del contenido de glucógeno y disminución en la acidez del líquido vaginal.

Una mucosa vaginal delgada es susceptible a los traumatismos. La población bacteriana de la vagina cambia de lactobacilos predominantes a una flora mixta que consta principalmente de cocos patógenos.

Agente causal, signos y síntomas:

G. Vaginalis puede ser la causa más frecuente de infección vaginal bacteriana asintomática. No obstante se ha señalado que la infección pudiera ser una combinación más compleja de **G. Vaginalis** y bacterias anaerobias. La infección causada por este microorganismo se caracteriza por un flujo homogéneo, blanco grisáceo, fétido pero sin respuesta inflamatoria en los tejidos. La fetidez puede ser secundaria al sinergismo con bacterias anaerobias que producen aminas con olor característico.

La blenorragia es causada por **N. Gonorrhoeae**, en diplococo gramnegativo patógeno natural solo en humanos y constituye la enfermedad contagiosa por vía sexual.

La blenorragia en adolescentes y adultos es una enfermedad transmitida sexualmente, que al principio puede dar lugar a un proceso inflamatorio genital bajo, pero que en mujeres puede ser asintomático o no. Los sitios preferidos para la infección son el conducto cervical, la uretra, las glándulas parauretrales y el ano.

Las clamidias son microparásitos intracelulares obligados que **Chlamidia Trachomatis** produce el linfogranuloma venéreo, la conjuntivitis por inclusión, uretritis, cervicitis, proctitis, epididimitis y neumonía en recién nacidos.

El linfogranuloma venéreo se caracteriza por linfadenitis crónica, estenosis rectal, elefantiasis vulvar y cambios hipertróficos crónicos de la piel vulvar.

Tratamiento:

A G Vaginalis puede tratarse con medicamentos de administración oral, como ampicilina, cefalexina, cefradina y tetraciclina.

La sospecha de infección por C. Trachomatis es un diagnóstico de exclusión después de descartar otras posibilidades etiológicas. Debe tratarse a la paciente con tetraciclina o eritromicina 250 mg cuatro veces al día por vía oral durante 10 días.¹⁷

INFECCIONES POR VIRUS

Los procesos inflamatorios que afectan a la vagina pueden asociarse con la presencia de microorganismos tales como cocobacterias, monilias y tricomonas. Algunas veces en presencia de tricomonas las células epiteliales muestran gran atipia.

En la presencia de una infección herpética; existen células multinucleadas y cambios nucleares degenerativos que incluyen un aspecto similar a l vidrio y la formación de inclusiones da un aspecto totalmente anormal a las células epiteliales afectadas. Las células epiteliales muestran gran cantidad de cambios degenertivos inespecíficos en presencia ya sea de tricomonas o de infección herpética viral, en especial cuando coexisten lo cual no es poco común y puede también incluir cambios que son característicos de la displasia cervical.

No sabemos si bajo condiciones patológicas el complejo receptor de estrógenos sirve como vehículo para transferir los ácidos nucleicos o proteínas derivadas del organismo patogénico de la superficie celular dentro del núcleo celular. Esto podría explicar la frecuente asociación de cáncer cervical, carcinoma in situ y otras anormalidades epiteliales con la infección herpética y con la infección por tricomonas.¹⁸

¹⁷ Benson C. Ralph. Et. al. Diagnóstico y Tratamiento Gineco Obstétrico. P. 193.

¹⁸ Rusell de Alvarez Ramón. Et. al. Texto de Ginecología. P. 53.

Infecciones virales: Los virus DNA que afectan el aparato genital en su parte distal producen síntomas, primero por afección de la piel vulvar. Son dos excepciones el virus del herpes y el papiloma virus; estos últimos causa de condilomas de la mucosa vaginal pueden lugar a confusión con displasia epitelial, los virus del herpes pueden causas ulceraciones o una masa necrótica exofítica que afecta al cuello uterino y a su vez produce flujo vaginal abundante.

El cérvix puede ser hipersensible a la manipulación y sangrar con facilidad. La lesión primaria dura de 2 a 6 semanas y se cura sin dejar cicatriz; las infecciones recurrentes pueden también producir lesiones cervicales.

El estudio citológico cervical puede mostrar células gigantes multinucleadas con inclusiones nucleares. Se están acumulando pruebas de que el virus del herpes está relacionado etiológicamente con el cáncer cervico uterino.

Los síntomas de la infección por virus herpes humano se debe a lesiones del introito vaginal o de la piel de la vulva y perineo.

No hay ningún tratamiento específico para infecciones virales genitales. Se discute el tratamiento sintomático.

Los papilomavirus humanos causan condilomas acuminados del cuello uterino, vagina, piel vulvar, perineo y región perianal. Son fácilmente identificables: los del cérvix y vagina pueden no detectarse a simple vista y confundirse citológicamente con neoplasias intraepiteliales cervicales o vaginales. Los virus se transmiten en forma sexual, afectan al mismo grupo etáreo que otras enfermedades venéreas e infectan a ambos integrantes de la pareja.

La vaginitis condilomatosa da lugar a una superficie vaginal más bien rugosa, que muestra proyecciones blanquecinas en la mucosa vaginal de color rosado.

Los coilocitos son células superficiales o intermedias caracterizadas por una cavidad perinuclear que se tiñe pobremente, se dice que no son patognomónicos de la infección por papilomavirus humano.

La principal diferencia histológica entre displasia y condiloma es la dirección de progreso de la atipia celular.

En la displasia las células afectadas se dirigen a la superficie en tanto que los cambios del condiloma evolucionan de la superficie epitelial interior en dirección a la membrana basal.

Los síntomas más frecuentes de los condilomas floridos son el flujo vaginal y el prurito. Además puede presentarse en ocasiones una hemorragia postcoito; por lo general es afectado todo el aparato genital en su porción distal por lesiones subclínicas o manifiestas siempre que se encuentren estas en la vulva.

Tratamiento:

Los condilomas del cérvix y vagina pueden tratarse mediante medicamentos caústicos locales, los condilomas vaginales son difíciles de tratar pues generalmente son múltiples, la mucosa absorbe fácilmente los medicamentos aplicados en la vagina y en tanto el recto como la vejiga pueden ser dañados por tratamientos vigorosos.

La extirpación quirúrgica por lo general es difícil dado que puede haber lesiones pequeñas múltiples fácilmente identificables. Se han utilizado la extirpación local, la electrocoagulación la criocirugía y la vaporización con láser más bióxido de carbono. Este último en la actualidad es el tratamiento de elección.

Se ha preparado una vacuna autógena y administrado a pacientes con lesiones floridas con buenos resultados. Debido a que el papilomavirus humano puede tener un potencial oncogénico, el médico puede oponerse a administrar este preparado viral como vacuna.

En resumen, no hay tratamiento específico para los condilomas acuminados.

Cuerpos Extraños:

Los cuerpos extraños frecuentemente provocan leucorrea e infección en las niñas preadolescentes, puede ser que se coloquen papel, algodón y otros materiales en la vagina que al permanecer ahí dan lugar a una infección secundaria.

En las mujeres adultas un tapón olvidado o un dispositivo intrauterino pueden causar leucorrea fétida. Por lo regular, es diagnóstico puede hacerse mediante examen pélvico.

El tratamiento consiste en la extirpación total del cuerpo extraño por lo general, es suficiente el tratamiento local con una crema vaginal de estrógenos conjugados; en la parte alta de la vagina, se aplica la mitad de un aplicador completo todas las noches durante 7 días. A veces se administran antibióticos generales específicos, para tratar la ulceración de la vagina.

Una adecuada medida de protección consiste en la administración de una penicilina resistente a B-lactamasa, en pacientes que no sean alérgicas al medicamento.¹⁹

¹⁹ Benson C. Ralph. Et. al. Diagnóstico y Tratamiento Gineco Obstétrico. Pp. 193-197.

HIGIENE PERSONAL

Medidas Profilácticas:

La prevención es en gran parte una cuestión de educación de la paciente. Debe instruirse a la adolescente acerca de la higiene femenina; debe explicarse el papel de las duchas y de los rociadores de higiene femenina.

Las consecuencias inmediatas y a largo plazo de la exposición a enfermedades transmitidas sexualmente deben constituir parte de los programas educativos de todos los adolescentes.

Medidas Generales:

- Debe evitarse el coito hasta terminar el tratamiento o bien utilizar el preservativo si hay recidivas frecuentes de la infección.
- Debe tratarse al compañero sexual si se repite la infección.
- El prurito vulvar asociado se puede tratar con aplicaciones locales de loción de corticosteroides o cremas no oleosas.

La utilización de talcos o almidón puede prevenir o aliviar las rozaduras.²⁰

Medidas Locales Inespecíficas:

- a) Lavado de la región vulvoperineal con agua tibia y jabones suaves.
- b) Secado sin frotar.

²⁰ Benson C. Ralph. Et. al. Diagnóstico y Tratamiento Gineco Obstétrico. P. 196.

- c) Uso de ropa interior de algodón o similares evitando la de material sintético, además de no utilizar ropa demasiado entallada.
- d) Luego de las deposiciones fecales, la higiene de la región se hará de adelante hacia atrás.
- e) Las duchas ocasionales con una solución diluida de vinagre (60 ml de vinagre blanco por 1 lt de agua tibia) pueden mejorar la sensación de bienestar de la paciente. Es poco frecuente que provoque irritación. El abuso de duchas a menudo aumenta la secreción de moco y complica el problema.
- f) Baño diario y cambio de ropa interior.²¹

²¹ Gori M. Roberto. Et. al. Ginecología. P. 178.

CITOLOGIA VAGINAL EXFOLIATIVA

PAPANICOLAU

El principio de la citología exfoliativa consiste en el estudio microscópico de las células descamadas espontáneamente, o por rascado suave, que se acumulan principalmente en el fondo de saco vaginal.

Fisiológicamente las capas más superficiales del epitelio poliestratificado del cuello uterino y vagina sufren una descamación constante, cuya intensidad, tipo celular y forma de la misma está en dependencia de la acción hormonal existente.

El cérvix y la vagina como órganos receptores hormonales manifiestan el estado hormonal del ovario; permite así la citología un diagnóstico hormonal y de sus alteraciones.

Por la mayor descamación celular y menor adhesividad de las células neoplásicas permite un diagnóstico precoz del cáncer genital.

Las células descamadas se acumulan junto con las secreciones del cérvix, cavidad uterina y trasudados de la vagina; leucocitos, histiocitos, linfocitos, etc. que constantemente atraviesan la mucosa vaginal y una flora vaginal propia más o menos abundante. Todos estos elementos se identifican en las extensiones y permiten una tercera posibilidad diagnóstica (menos fiel): el diagnóstico bacteriológico.²²

El citodiagnóstico es el estudio microscópico de las células exfoliadas de la mucosa cervico vaginal.

La renovación de los epitelios es un proceso continuo que ocasiona el desprendimiento de las células de sus capas más superficiales, esto ocurre en los epitelios normales como en los patológicos.

²² Bonilla Musoles F. Et. al. El Cuello Uterino y sus Enfermedades. P. 139.

El citodiagnóstico del cáncer se basa en la identificación de anomalías estructurales importantes, principalmente aquellas que afectan a los núcleos de las células descamadas de distintas porciones del aparato genital femenino.

El más común es el carcinoma de las células escamosas del cérvix uterino y sus precursores: Displasia y Carcinoma In Situ; estas neoplasias son hormonodependientes, por lo tanto la expresión morfológica de la diferenciación celular representa un área común de interés en la valoración citohormonal, así como el citodiagnóstico del cáncer.

Esta impresión se apoya mediante el hallazgo de una actividad estrogénica alta en asociación con el carcinoma In Situ encontrada por Rubio y por una disminución de los estrógenos en los casos que exista carcinoma cervical invasor encontrada por Terenius.

Historia: A Papanicolau (1883-1962) debemos el desarrollo y la difusión hasta alcanzar a ser el método de diagnóstico precoz del cáncer genital más indispensable.

Coloración:

La técnica policroma de papanicolau a base de un colorante nuclear (la hematoxilina de Harris) y dos colorantes citoplasmáticos (la naranja G y el EA obtenido a partir del verde luz, marrón Bismarck y eosina).

Con ellas se obtiene una estupenda diferenciación de la cromatina y de los colorantes citoplasmáticos, lo que permite su empleo en el diagnóstico cancerológico y hormonal.

La técnica de tinción policroma de papanicolau se basa en el empleo de una solución acuosa de hematoxilina seguida por soluciones salinas de naranja G, café Bismarck y amarillo de eosina.

Se emplea rutinariamente debido a que preserva aquellos detalles nucleares estructurales en los que se basa la mayor parte de los criterios celulares de malignidad y además provee características nucleares y citoplasmáticas contrastantes con la transparencia citoplasmática. La coloración citoplasmática diferencial que ayuda mucho en la valoración de la actividad hormonal.

Un colorante de papanicolau satisfactorio muestra un buen rango de tonos rosas, naranja, morado y azul. La intensidad de la cianofilia citoplasmáticas son buenos indicadores del grado de diferenciación de las células epiteliales escamosas y es útil en la identificación de los tipos histológicos de los neoplasmas.²³

TECNICA PARA LA TOMA DE LA MUESTRA PARA ESTUDIO CITOLOGICO DE PAPANICOLAU

La técnica del frotis del papacicolau es relativamente barata, indolora y precisa para el diagnóstico de displasia cervical y cáncer.

Como tal, es ideal en el diagnóstico de grandes grupos para descubrir una neoplasia cervical asintomática temprana.

Sin importar el procedimiento utilizado, es necesario recordar varios principios:

- 1) La técnica para obtener la muestra debe ser óptima a fin de lograr las células que proporcionan la información más precisa del trastorno en investigación.
- 2) La muestra debe fijarse inmediata y adecuadamente para permitir la mejor interpretación.
- 3) Es necesario informar al citopatólogo de cualquier hallazgo o historia clínica poco comunes, así como señalarle cualquier pregunta o precaución específica.

²³ Gori M. Roberto. Et. al. Ginecología. Pp. 112-115.

La toma de muestras de exudado cervico uterino tiene como propósitos:

- Obtener del exo y endocérvix y del fondo de saco posterior de la vagina una muestra de exudado para examen citológico.
- Indagar otros procesos patológicos y en su caso canalizar a las enfermas al ginecólogo.

Los procedimientos para hacer la toma son:

- a) Una enfermera adiestrada hará la toma de las muestras a toda mujer que acuda al servicio para este propósito, y que llena los siguientes requisitos: que tenga 18 años o más de edad, que no haya tenido relaciones sexuales por lo menos 24 horas antes de la toma de citología, que no se haya hecho lavado, irrigación o aseo vaginal cuando menos 24 horas antes del examen, que no se haya puesto pomadas, óvulos u otro tipo de medicamentos o sustancias en el tracto vaginal por lo menos 24 horas antes de la toma de la citología, que no esté menstruando.

NOTA: Si asiste durante su menstruación deberá ser citada, 5 días después de que esta haya terminado; si la paciente tiene hemorragias o presenta sangrado, deberá hacerse la toma el día que asista, si la paciente es virgen no se tomará la citología vaginal salvo indicación médica y sólo se hará una toma del introito vaginal; durante el embarazo se tomará la muestra en cualquier etapa de éste. En mujeres puerperas o postaborto, se tomará en cuanto se halla terminado el sangrado.

- b) Se prepara a la consultante explicándole el objeto del examen a realizar.
- c) Se verifican y anotan los datos de identificación en la forma correspondiente.

- d) Se prepara un espejo vaginal seco de tamaño adecuado para la exploración (grande, mediano o chico), de acuerdo con las condiciones del tracto vaginal.
- e) La enfermera se provee de una lámina portaobjetos nueva y guantes estériles.
- f) En uno de los extremos de la lámina se anotarán los datos: número progresivo del registro que corresponda, e iniciales del apellido paterno, materno y nombres de la paciente.
- g) Se coloca a la mujer en posición ginecológica, procurando que los glúteos queden en la orilla próxima de la mesa, lo que facilita la exposición de la vulva.
- h) La enfermera se coloca los guantes y toma el espejo cerrado que se introduce en la vagina, con el mango hacia la izquierda de la enfermera, luego se gira hacia la derecha y entonces se abre hasta que proporcione perfecta visualidad del cérvix.
- i) Se fija la apertura de las valvas dando vueltas al tornillo dispuesto para ese fin.
- j) Se introduce el abatelenguas y se raspa suave y cuidadosamente en forma circular de izquierda a derecha para obtener un poco de exudado del cérvix. En caso de que la vagina contenga escasa o nula secreción se utilizará un aplicador previamente humedecido en agua estéril y se seguirá la misma técnica.
- k) Inmediatamente después se deposita en el centro de la lámina portaobjetos, haciendo movimientos rotatorios suaves de derecha a izquierda para extenderlo.
- l) Con el otro extremo del abatelenguas se toma un poco de exudado de fondo posterior, el cual se deposita sobre la lámina portaobjetos, en el otro extremos empleando la misma técnica.

- m) Se fijan inmediatamente los especímenes con el atomizador a una distancia de aproximadamente 25 cm o en su defecto en alcohol de 96°.
- n) Se afloja el tornillo del espejo vaginal y se cierra un poco girándolo a la izquierda luego se retira y se le deposita en la solución jabonosa. Se lavan los guantes cuando todavía están puestos y luego se retiran.
- o) Terminado el examen se indica a la paciente que se vista.
- p) Se hace el lavado de manos.
- q) Se da cita a la persona para informarle de los resultados del examen efectuado y se procede al arreglo de la mesa ginecológica para la toma siguiente, colocando un campo de papel estrasa para cada paciente.
- r) Se lava con cepillo y jabón líquido el espejo utilizado y se esteriliza en la forma convencional.
- s) En servicios foráneos que no cuenten con laboratorios en la localidad, se protegerán las láminas portaobjetos con una envoltura de papel y las enviarán al laboratorio, adjuntando las formas correspondientes.²⁴

²⁴ Flores Fernández Verónica. Et. al. Procesos Inflamatorios del Cérvis. Pp. 113-115.

CITOLOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO NORMAL

Tipos Celulares:

Epitelio escamoso estratificado de la vagina y el exocérvix.

Las células eocinófilas superficiales son células grandes poligonales con núcleos pequeños y oscuros (pignóticos) un citoplasma que por lo general se tiñe de rosa, o anaranjado con la tinción policroma de papanicolau. Ocasionalmente pueden aparecer gránulos que se suponen son de origen nuclear en el citoplasma de estas células.²⁵

Células basales o germinales:

Forman una hilera celular que reposa directamente en la membrana basal y presentan una forma redondeada u oval.

No se desprenden nunca en condiciones normales, sino por erosiones, traumatismos o marcadas atrofas. En tal caso presentan alteraciones que confieren cierto valor diagnóstico a su hallazgo.

El citoplasma es bastante denso y cianófilo pudiendo contener vacuolas de distinto tamaño, que en ocasiones desplazan al núcleo y confieren a las células una imagen de anillo de sello.²⁶

Estas células de la capa basa o parabasal aparecen en los frotis cuando faltan o escasean los factores directrices de su maduración (estrógenos, progestágenos, corticoides) o cuando existe una inflamación.

Células Intermedias:

Las células intermedias, son células grandes poligonales u ovales con núcleos vesiculares y un citoplasma que tiende a teñirse de distintos tonos de azul a verde.

²⁵ **Rusell de Alvarez Ramón. Et. al. Texto de Ginecología. P. 45.**

²⁶ **Mateu Aragonez José Maria. Et. al. Cáncer de Utero. P. 168.**

Corresponden a la capa designada como estrato espinoso, pero en los frotis se presenta con contornos lisos y bien definidos, sin rastro alguno de puentes intercelulares.

Representan el elemento más constante y más numerosos de los frotis cervico vaginales, y en ellas se observan transformaciones citoquímicas en relación con influencias hormonales.²⁷

Células superficiales:

Son células de mayor tamaño que se encuentran en las extensiones normales y pueden ser de dos tipos:

- a) Células cariopignóticas o escamosas no cornificadas.- Se caracterizan por poseer un citoplasma muy delgado, verdadera escama y un núcleo pignótico. Son células grandes y planas.
- b) Células escamosas anucleadas.- Son células superficiales sin núcleo visible y citoplasma delgado, eocinófilo poligonal en el que a veces persiste un fantasma nuclear bajo la forma de una zona clara redondeada en el centro o conserva granos de cromatina.

Células Metaplásicas o de Transición:

Proceden de epitelios en proceso de reparación o regeneración -tan frecuentes en el cuello uterino- y se caracterizan por su inmadurez pueden confundirse con las llamadas células malignas del tercer tipo de Graham y con las células pavimentosas de ciertos estados atróficos.

²⁷ Bonilla Musoles F. Et. al. El Cuello Uterino y sus Enfermedades. P. 142.

Citología de la inflamación:

La manifestación primaria de toda inflamación es la aparición de leucocitos polinucleares en gran cantidad, tanta que en ocasiones pueden llegar a ocultar las células epiteliales y oscurecer los detalles nucleares.

El denso infiltrado inflamatorio puede también contener linfocitos y células plasmática, especialmente en casos de inflamaciones crónicas. Estas alteraciones son especialmente visibles en las infecciones por tricomonas.²⁸

Las regiones genitales inflamadas entrañan habitualmente modificaciones de la imagen epitelial, expresión de un proceso de degeneración celular por el hecho de vivir estas en un medio inflamatorio, sobre todo las células jóvenes, como signo de una proliferación epitelial activada por estímulos inflamatorios.²⁹

Las reacciones celulares que forman parte del proceso inflamatorio pueden reconocerse en las células descamadas de los tejidos. Por lo tanto las células epiteliales pueden mostrar cambios degenerativos como núcleos parcialmente disueltos sin estructura o desintegrados.

En las células cilíndricas pueden observarse núcleos grandes con una red predominante de cromatina y grandes núcleos como parte de un proceso regenerativo relacionado con la cicatrización.

La presencia de metaplasia escamosa no se limita a las entidades inflamatorias y ocurre en respuesta al estímulo hormonal así como a la avitaminosis A.

Ya que el epitelio necrótico o degenerado puede descamarse, exponiendo el estroma conectivo tisular, a las células del exudado inflamatorio, gran cantidad de polimorfonucleares linfocitos, células plasmáticas e histiocitos aparecen en los frotis en los que existe una reacción inflamatoria. Esto sucede en la cervicitis, en las vaginitis y en la endometritis ocasionalmente se observan células epiteloides e histiocitos gigantes multinucleados.³⁰

²⁸ Mateu Aragonés José María. Et. al. Cáncer de Utero. Pp. 169-171.

²⁹ Bonilla Musoles F. Et. al. El Cuello Uterino y sus Enfermedades. P. 147.

³⁰ Rusell Ramón de Alvarez. Et. al. Texto de Ginecología. Pp. 52-53.

LAS DISPLASIAS DEL CUELLO UTERINO

Citología de las Displasias:

Con el nombre de displasias (del griego desorden y formar) se conocen un numeroso grupo de lesiones caracterizadas fundamentalmente por un trastorno de la maduración celular, asociado en mayor o menor grado a las alteraciones de la estratificación y a la diferenciación celulares.

- Cuando la modificación estructural conserva la morfología nuclear, la displasia se cataloga de leve a moderada.
- Cuando la proliferación celular es irregular y las alteraciones nucleares son muy marcadas, el cuadro histológico es muy sospechoso y la displasia se califica de grave.

Fundamentalmente, las células displásicas se caracterizan por grados variables de diferenciación citoplásmica, mientras que los núcleos suelen ser anormalmente voluminosos y mas o menos discarióticos. Además las displasias se acompañan de un buen número de casos de fenómenos de para o hiperqueratosis.

Puesto que la alteración fundamental de las displasias es un trastorno de la maduración, parece lógico pensar que las células descamadas no deberían presentar alteraciones importantes. No obstante, de acuerdo a la intensidad de las lesiones histopatológicas, pueden reconocerse anómalas en las células exfoliadas. La citología displásica es aquella citología representada por anomalías celulares sin evidencia de malignidad y caracterizada por un aumento de las células inmaduras y de diferenciación anormal.³¹

De acuerdo a la clasificación universalmente aceptada las displasias se consideran de la siguiente manera:

³¹ Mateu Aragonez José María, Et. al. Cáncer de Utero. Pp. 108-190.

Displasia leve o ligera.- Es el grado más benigno de displasia y el trastorno queda limitado a la mitad interna del epitelio, pudiendo incluir o no la capa basal.

Desde el punto de vista histológico, está caracterizada por:

- a) Diferenciación normal o ligeramente retardada.
- b) Estratificación normal.
- c) Trastornos de la maduración.
 - 1) Retardada (citoplásmica), con forma celular redondeada, tamaño algo mayor que el normal, carga glucogénica muy disminuida o ausente.
 - 2) Anormalidad, con núcleos de forma ligeramente irregular, aumento de tamaño cromatina gruesa y ligera hiperromasia.

Displasia moderada.- Expresa ya una alteración estructural de mayor importancia con aumento significativo de la actividad mitótica y estados hiperplásicos más o menos acentuados. El trastorno se limita en general a la mitad interna del epitelio y se caracteriza por:

- a) Diferenciación retardada, no destacándose la formación de puentes intercelulares en la zona displásica.
- b) Estratificación bastante conservada.
- c) Trastornos de la maduración más acentuados que en la displasia leve.
 - 1) Células con características de inmadurez y aspecto de empalizada.
 - 2) Anomalías nucleares marcadas y presencia de mitosis típicas.

Displasia leve o ligera.- Es el grado más benigno de displasia y el trastorno queda limitado a la mitad interna del epitelio, pudiendo incluir o no la capa basal.

Desde el punto de vista histológico, está caracterizada por:

- a) Diferenciación normal o ligeramente retardada.
- b) Estratificación normal.
- c) Trastornos de la maduración.
 - 1) Retardada (citoplásmica), con forma celular redondeada, tamaño algo mayor que el normal, carga glucogénica muy disminuida o ausente.
 - 2) Anormalidad, con núcleos de forma ligeramente irregular, aumento de tamaño cromatina gruesa y ligera hiper cromasia.

Displasia moderada.- Expresa ya una alteración estructural de mayor importancia con aumento significativo de la actividad mitótica y estados hiperplásicos más o menos acentuados. El trastorno se limita en general a la mitad interna del epitelio y se caracteriza por:

- a) Diferenciación retardada, no destacándose la formación de puentes intercelulares en la zona displásica.
- b) Estratificación bastante conservada.
- c) Trastornos de la maduración más acentuados que en la displasia leve.
 - 1) Células con características de inmadurez y aspecto de empalizada.
 - 2) Anomalías nucleares marcadas y presencia de mitosis típicas.

Las anomalías asientan en las células superficiales e intermedias, las cuales se presentan aisladas o en pequeños grupos. Los núcleos, algo aumentados de tamaño determinan un aumento moderado de la relación núcleo citoplasma; la cromatina es finamente reticular y ordenada, con cromocentros pequeños y uniformes, bandas de cromatina pálida mientras que los nucléolos son pequeños o se hayan ausentes.

La binucleación /multinucleación es poco significativa.

Displasia grave o severa.- El trastorno afecta ya casi todo el espesor del epitelio y las imágenes de atipia celular y epitelial son muy potentes. Las características principales de esta lesión son:

- a) Diferenciación epidermoide muy tardía o ausente.
- b) Estratificación asimismo tardía o ausente.
- c) Trastornos de la maduración muy marcados.
 - 1) Las células ovaladas o incluso fusiformes, con escaso citoplasma que forma solo un anillo alrededor del núcleo.
 - 2) Núcleos voluminosos, ricos en cromatina, irregulares y dispuestos verticalmente respecto a la membrana basal, excepto en las capas más superficiales.
 - 3) Frecuentemente mitosis, generalmente en la mitad interior del epitelio, muchas veces anormales.

Se trata por tanto, de un epitelio altamente atípico que es muy difícil diferenciar de un Carcinoma In Situ. Pero no es todavía esta lesión, puesto que no hay invasión de todo el espesor del epitelio por células malignas, sino sólo por células displásicas.

La distinción entre esta displasia grave y el Carcinoma In Situ debe basarse en la valoración de la importancia de las alteraciones morfológicas y en el grado de diferenciación de los elementos epiteliales.

Atipias citológicas malignas:

- Criterios citológicos de malignidad.

Las modificaciones de mayor trascendencia son:

- a) Anisonucleosis, especialmente en los grupos celulares.**
- b) Hiperchromatismo e irregularidades en la distribución de la cromatina.**
- c) Angulaciones abruptas y dureza del contorno nuclear.**
- d) Desproporción de la relación núcleo/citoplasma y núcleo/nucléolos.**
- e) Compresión y moldeado de los núcleos.**

CARCINOMA INTRAEPITELIAL

Sinonimia:

Se trata de un proceso que ha recibido muy diversas designaciones, como son: Epitelio Canceroplástico, Epitelio Atípico no invasor, Carcinoma Preinvasor, Carcinoma Intraepitelial, Carcinoma In Situ.

Consideramos que todas ellas son sinónimas. Cualquiera que sea la designación que se prefiera, es menester tener presentes aun cuando algunas de ellas lleven el vocablo carcinoma se trata siempre y en realidad de un carcinoma muy particular que se diferencia de los carcinomas clásicos, porque todavía no tiene propiedades invasoras ni da lugar a metástasis linfáticas o hemáticas.

Etiología:

No se conoce con precisión, y aun cuando en la actualidad tiende a aceptarse cada vez más que se trata de la acción de un virus (el Herpes Virus Tipo II), no hay dudas que en su etiología intervienen, ya que en forma directa o a través de las displasias, factores coadyuvantes o favorecedores, sean mecánicos o inflamatorios locales.

Tampoco puede desconocerse la influencia de factores raciales y socioeconómicos.

Clasificación:

Los carcinomas intraepiteliales se clasifican en varios subgrupos, según cual sea su disposición estructural y el comportamiento de la membrana basal con el estroma subyacente.

Se clasifican en cinco grupos:

- 1) **Sustitución simple.**- Se trata de un epitelio atípico idéntico al de los carcinomas invasores. Esta formado por muchas células con grandes núcleos ovales o alargados, con mucha cromatina; las mitosis suelen ser numerosas y muchas de ellas anormales (tripolares, el protoplasma es escaso y no existe ninguna tendencia a disponerse más o menos ordenadamente en capas).
- 2) **Sustitución libre expansivo.**- El epitelio tiene las características de que las glándulas rellenas se distienden en el límite con el estroma, aunque neto es ondulado. El epitelio, por hiperproliferación, tiene una altura mayor que el normal y los procesos intrapapilares son más gruesos.
- 3) **Comienzo de invasión de la estroma.**
- 4) **Infiltración reticular.**- Este cuarto grupo no se distingue del carcinoma invasor clásico, sino por su menor volumen, que no sobrepasa el de un grano de arroz o de una lenteja; la diferencia con aquel sólo es cuantitativa, cualitativamente son idénticos.
- 5) **Infiltración masiva.**- Desde el punto de vista histoquímico los hallazgos son idénticos a los del carcinoma invasor: ausencia de glucógeno u de polisacáridos, aumento del ARN y de ciertas enzimas, tales como la fosfatasa ácida, la deshidrogenasa y la glucoronidasa.

CARCINOMA INVASOR.

Carcinoma epidermoide; la característica fundamental de este carcinoma es la invasión del estroma y el alcance de los vasos linfáticos y sanguíneos, punto de partida de las propagaciones a distancia y de las metástasis lejanas.

Pero tanto el epitelio displásico como el Carcinoma In Situ pueden ser el punto de partida de una invasión; el crecimiento invasor siempre se halla en relación con un epitelio atípico. Después de una intensa proliferación y del correspondiente crecimiento hacia la profundidad, se forman finalmente unos tumores muy pequeños o focos carcinomatosos.

El carcinoma epidermoide presenta ya nidos o cordones de células atípicas que infiltran el estroma subyacente de forma irregular y anárquica, y las características morfológicas de estas células determinan el grado de diferenciación del carcinoma.

En el sistema nacional de salud, la citología cervico vaginal se informa de la siguiente manera:

- Negativo a cáncer (células normales)
- Negativo a cáncer con proceso inflamatorio (células con alteraciones inflamatorias)
- Imagen de infección viral (IVPH)
- Displasia leve (NIC.I), moderada (NIC.II), severa o grave (NIC.III), células atípicas.
- Positivo a cáncer; células atípicas malignas, cáncer epidermoide In Situ, microinvasor e invasor, adenocarcinoma endocervical y endometrial.
- Inadecuado para diagnóstico.³²

³² Secretaría de Salud. Manual Normas y Procedimientos. P. 24

Interpretación de hallazgos citológicos:

Resultado	Interpretación
- Negativo a cáncer	- Células normales sin alteraciones.
- Negativo a cáncer con proceso inflamatorio.	- Presencia de bacterias, parásitos, hongos imagen viral, proceso inflamatorio por agentes químicos, físicos y hormonales.
- Displasia leve	- Alteraciones atípicas en las células de la capa superficial del epitelio.
- Displasia moderada	- Alteraciones atípicas en las células intermedias y parabasales.
- Displasia severa	- Alteraciones atípicas (discariosis y disqueratosis) en todas las capas del epitelio escamoso o cilíndrico.
- Positivo a cáncer In Situ microinvasor	- Se observan células atípicas con anisocitosis en todas las capas del epitelio escamoso o cilíndrico.
- Positivo a cáncer invasor	- Se observan células atípicas y pleomorfismo marcado.

Procedimientos diagnósticos:

- Colposcopia.
- Prueba de Schiller.
- Biopsia.
- Conización cervical.

Después de que la citología descubre la lesión, los procesos que precisan el diagnóstico son la colposcopia, prueba de Schiller y la conización cervical.

Para fines prácticos en la clínica diaria, la prueba de Schiller es de buena ayuda para el diagnóstico aunque sin la precisión de la colposcopia.

La prueba consiste en la aplicación de solución de lugol al cérvix, normalmente se tiñe de color café oscuro; si el epitelio tiene alguna lesión que altere el contenido del glucógeno de las células, aparecen zonas no teñidas, estas son las sospechosas y de ahí se toma la biopsia; desde luego que no todas las áreas Schiller positivo (no teñidas) son neoplásicas pero si toda neoplasia se manifiesta por Schiller positivo. Si no hay yodo negativas se toma biopsia del endocérvix.

Conización:

La conización cervical es un procedimiento quirúrgico que requiere anestesia y hospitalización por 12 a 24 horas. Su efectividad diagnóstica es casi del cien por ciento en algunos casos la conización se hace con fines terapéuticos.

Consiste en la resección de un segmento conforme del cérvix, de tamaño variable según las características del cérvix: en las mujeres jóvenes la base es más ancha y el corte en el endocérvix no debe llegar al orificio interno para no provocar insuficiencia istmico-cervical en el caso de embarazo.

En la perimenopáusicas el cérvix está más o menos atrófico, así que la base del cono es menor y mayor la resección del endocérvix.

Indicaciones de la conización Diagnóstica:

- Sin colposcopia:

- 1) Citología sospechosa o positiva con biopsias negativas.**
- 2) Biopsia con NIC.III, o carcinoma microinvasor con colposcopia.**

- Con colposcopia

1) Biopsia con NIC y colposcopia no satisfactoria.

Clasificación del Carcinoma Cérvico Uterino

ETAPA	CARACTERISTICAS
0	- Carcinoma In Situ - NIC III.
IA1	- Invasión microscópica no mayor de 3 mm.
IA2	- Invasión microscópica de 3 a 4 mm de profundidad y no más de 7 mm de diámetro.
IB	- Invasión de más de 5 mm o menos con permeación linfática.
IIA	- Tumor que invade cérvix y vagina hasta tercio medio.
IIB	- Tumor con invasión a parametrio sin llegar a la pelvis.
IIIA	- Invasión hasta tercio medio inferior de la vagina.
IIIB	- Invasión del parametrio hasta la pelvis.
IV	- Invasión de la mucosa del recto o vejiga y metástasis fuera de la pelvis.

TRATAMIENTOS

Tratamiento de la etapa 0

Condiciones	Tratamiento
Con colposcopio	- Criocirugía
Enferma joven, paridad no satisfecha	- Láser
Sin colposcopio	
Enferma joven paridad no satisfecha	- Conización cervical
Cualquier edad y paridad, recurrencia después de tratamiento conservador	- Histerectomía simple extrafacial

La criocirugía: Congelación del cérvix y la fulguración el cérvix con láser o eléctrica, son procedimientos conservadores llamados ambulatorios porque se hacen en el consultorio, aunque si la fulguración es profunda, se requiere anestesia y hospitalización.

Tiene la ventaja de que conservan el órgano; con equipo adecuado bien seleccionado, los casos mediante colposcopia y en manos expertas se obtienen hasta el 95% de curaciones.

Cuando hay paridad satisfecha, sin riesgo mayor o se trata de recurrencias después de tratamiento conservador, el tratamiento de elección es la histerectomía extrafacial con o sin ooforectomía, según la edad de la enferma.

Tratamiento quirúrgico del carcinoma cervico uterino etapa I

Etapa IA1.- Menos de 1 mm de invasión

Conización

Histerectomía simple

Etapa IA2.- De 1 a 3 mm de invasión

Sin IELV* Histerectomía simple

Con IELV* Histerectomía radical tipo III

Etapa II2.- De 3 a 5 mm de invasión

T. menor de 1 cm Histerectomía ampliada tipo II

T. mayor de 1 cm Histerectomía radical tipo III

Etapa IB.- Más de 5 mm de invasión

Histerectomía radical tipo III

* IELV: Invasión de los espacios linfocelulares.³³

³³ Secretaría de Salud. "Programa Nacional de Prevención y Control del Cáncer Cervico Uterino y Mamario. Pp. 40-44.

2 RESULTADOS

2 RESULTADOS

DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDADES DE LA POBLACION EN ESTUDIO

CUADRO No. 1

A continuación se presenta la información que se obtuvo a partir del análisis de los datos de esta investigación que lleva por título: Factores que Interactúan en la Presencia de Cervico Vaginitis en Mujeres en Edad Fértil y V.S.A., en la comunidad del Amate Amarillo de Chilapa de Alvarez, Gro. en la que:

Una de las características más sobresalientes de la población en estudio son los grupos etáreos que con mayor frecuencia se presentan.

Se observa que la mayor parte de las mujeres en estudio se encuentra un grupo de edad que oscila entre los 16 y 35 años; comprobando así que un elevado porcentaje de la población (el 73.7%) femenina es joven.

Debido a las características propias de la población rural comunitaria, con respecto al comportamiento que adoptan frecuentemente las jóvenes entre los 15 y 18 años es contraer matrimonio o bien vivir en pareja, esto se debe entre otros factores condicionantes a: imitación de lo que hacen sus amigas o compañeras de escuela, la familia, esta induce a que la jovencita establezca una relación de noviazgo, condicionándola psicológicamente para que haga finalmente lo que sus mayores le dicen, sin saber realmente lo que significa iniciar una vida en pareja.

Además de ser una población susceptible a padecer cualquier alteración del aparato reproductor, ya que este no se encuentra lo suficientemente maduro para iniciar la vida sexual. (Ver Cuadro No. 1 pág. 70)

**DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDADES
DE LA POBLACION EN ESTUDIO**

CUADRO No. 1

EDAD	F.O.	%
16 - 20	4	13.49%
21 - 25	6	20%
26 - 30	10	33.3%
31 - 35	3	10%
36 - 40	2	6.7%
41 - 45	1	3.3%
46- más	4	13.3%
TOTAL	30	100%

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a las mujeres en edad fértil y V.S.A. de la comunidad del Amate Amarillo de Chilapa de Alvarez, Gro., junio - agosto 1994.

**EDAD ACTUAL DE LA POBLACION EN ESTUDIO
ASOCIADO AL NUMERO DE HIJOS**

CUADRO No. 2

La asociación de las variables; Número de hijos con la edad actual de las pacientes estudiadas traen consigo los siguientes resultados: en el grupo de edades de 26 a 30 años se observan el 33.3%, del mismo el 16.7% es para 3 o 4 hijos, el 10% para 5 o 6 hijos; en el rango etáreo de 21 a 25 años tiene el 20% del total, de éste el 13.3% corresponden a mujeres que tienen de 1 a 2 hijos e igual porcentaje se observa para el grupo de edad de 16 a 20 años, estas tienen de 1 a 2 hijos; el 10% de la población, en el grupo de edades comprendido entre los 31 y 35 años el que se presenta con mayor frecuencia es el de 3 y 4 hijos.

De acuerdo a los datos obtenidos se deduce que:

A mayor edad mayor número de hijos, si bien es cierto que hay mujeres que tienen de uno a dos hijos se encuentran entre los 16 y 20 años; las de 30 años de 3 a 6 hijos; no olvidando a las mujeres perimenopáusicas (40-46 años), en las que su sistema reproductor cursa con algún grado de atrofia que por si mismos provocan con los embarazos; agregandose un factor más que consiste en un inicio de vida sexual a temprana edad; es por ello que ésta se considera población de alto riesgo para el desarrollo de alguna enfermedad del aparato reproductor. (Ver Cuadro No. 2 pág 72).

**EDAD ACTUAL DE LA POBLACION EN ESTUDIO
ASOCIADO AL NUMERO DE HIJOS**

CUADRO No. 2

EDAD ACTUAL DE LA POBLACION EN ESTUDIO	0	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 8	9 - 10	11-12	TOTAL
16 - 20		4 13.3%						4 13.3%
21 - 25		4 13.4%	2 6.6%					6 20%
26 - 30		1 3.3%	5 16.7%	3 10%		1 3.2%		10 33.3%
31 - 35			2 6.7%	1 3.3%				3 10%
36 - 40					1 3.3%	1 3.3%		2 6.7
41 - 45	1 3.3%							1 3.3%
46 - más				1 3.4%	1 3.3%		2 6.6%	4 13.3%
TOTAL	1 3.3%	9 30%	9 30%	5 16.7%	2 6.7%	2 6.6%	2 6.6%	30 100%

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

**I.V.S.A. EN RELACION AL RESULTADO DE LA CITOLOGIA
VAGINAL EXFOLIATIVA DE LAS MUJERES EN ESTUDIO**

CUADRO No.3

La relación que se observa en las variables: Inicio de vida sexual y resultado de la citología vaginal exfoliativa se encuentra que el grupo de edad en el cual se observa mayor frecuencia es de 16 a 20 años representando el 60%, con un 20% para negativo II y el 40% para negativo III y siguiendo en orden descendente tenemos que el grupo de 11 a 15 años tiene el 33.4%, 23.4% para negativo II Y 10% para negativo III.

Si se toma en cuenta que son mujeres que a temprana edad iniciaron su vida sexual, además de cursar con procesos inflamatorios de grado III; de acuerdo a la bibliografía se comprueba que representa un factor de riesgo debido a que los procesos inflamatorios cervico vaginales crónicos específicos o inespecíficos progresan a displasias, provocando así procesos de malignización como en Carcinoma In Situ que es la neoplasia más frecuente en la población femenina.

Dadas las características de la población en estudio se observó que su modo de vida es, casarse o tener una pareja entre los 15 y 18 años, esto explica en parte que las pacientes cursen actualmente con procesos inflamatorios de grado III principalmente. (Ver Cuadro No.3 pág. 74).

**I.V.S.A. EN RELACION AL RESULTADO DE LA CITOLOGIA
VAGINAL EXFOLIATIVA DE LAS MUJERES EN ESTUDIO**

CUADRO No. 3

I.V.S.A.	Negativo con proceso inflamatorio II	Negativo con proceso inflamatorio III	TOTAL
11 - 15	7 - 23.4%	3 - 10%	10 - 33.4%
16 - 20	6 - 20%	12 - 40%	18 - 60%
21 - 25		1 - 3.3%	1 - 3.3%
26 - 30			
31 - más		1 - 3.3%	1 - 3.3%
TOTAL	13 - 43.3%	17 - 56.7%	30 - 100%

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

**I.V.S.A. EN RELACION AL NUMERO DE VECES
QUE SE HAN REALIZADO EL PAPANICOLAU
LAS MUJERES EN ESTUDIO**

CUADRO No. 4

A continuación se describen los resultados de las variables: Inicio de vida sexual y número de veces que la población estudiada se ha realizado el Papanicolau. por grupo de edades en el rubro de 16 a 20 años con el 50% de población que nunca se ha realizado la citología vaginal continuando en orden decreciente en el grupo de edad de 11 a 15 años con el 26.8%, el 10% de las pacientes en el grupo de 11 a 15 años se ha realizado solo una vez la prueba del Papanicolau, de 16 a 20 años el 33%, correspondiendo la misma cifra para el grupo de 21 a 25 años.

Del total de la población en estudio el 80% nunca se ha realizado el Papanicolau, el 16.7% se lo ha realizado solo una ocasión y finalmente el 3.3% se lo realiza cada año.

El alto porcentaje de las pacientes que nunca se han practicado el Papanicolau se debe a las características propias de la población.

Principalmente a la ignorancia sobre la existencia de la prueba para la detección oportuna del cáncer cervico uterino. Además de jugar un papel importante la opinión de terceras personas (como lo son la suegra o mamá de las pacientes), quienes se oponen a que se realicen el papanicolau, ya se por vergüenza o mal información que se maneja dentro de la misma comunidad ya que argumentan que otras personas de su localidad se han realizado la citología y debido a ésta se enferman de cáncer o bien dicen sentir molestias que no existían antes de la prueba.

Se trata de una población que tiene inicio de vida sexual a temprana edad. La ignorancia o mal información que existe sobre el problema; en ellas se conjugan dos factores de riesgo para desarrollar cáncer cervico uterino. (Ver Cuadro No. 4 pág. 76)

**I.V.S.A. EN RELACION AL NUMERO DE VECES
QUE SE HAN REALIZADO EL PAPANICOLAU
LAS MUJERES EN ESTUDIO**

CUADRO No. 4

I.V.S.A	NUNCA	SOLO UNA	CADA AÑO	DOS VECES AL AÑO	TOTAL
11 - 15	8 - 26.8%	3 - 10%	1 - 3.3%		12 - 40.1%
16 - 20	15 - 50%	1 - 3.3%			16 - 53.3%
21 - 25		1 - 3.3%			1 - 3.3%
26 - 30					
31 - más	1 - 3.3%				1 - 3.3%
TOTAL	24 - 80%	5 - 16.7%	1 - 3.3 %		30 - 100%

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

**RESULTADO DEL PAPANICOLAU ASOCIADO
AL NUMERO DE VECES QUE SE HAN REALIZADO
LA CITOLOGIA VAGINAL EXFOLIATIVA
EN LA POBLACION EN ESTUDIO**

CUADRO No. 5

Las alteraciones inflamatorias del área cervico vaginal en diferentes etapas, son procesos que afectan a una gran parte de la población femenina en edad fértil. Esta situación es sumamente alarmante si se observa que de las variables: Resultado del Papanicolau en función del número de veces que se han realizado la citología vaginal exfoliativa.

En el rubro de nunca se obtuvo un 43.3% con negativo III y un 36.7% para negativo II representando así el 80% del total de la población en estudio, en la variable en que solo una vez se han practicado el examen arriba mencionado, el 10% corresponde a negativo II y el 6.7 corresponde al negativo III; representando el 16.7 del total, el 3.3 restante es para negativo III con frecuencia de cada año.

Por tanto la población padece grados variables de procesos inflamatorios, estos pueden progresar a displasias o procesos celulares atípicos del epitelio cervico vaginal.

La regeneración atípica del tejido epitelial originado por traumatismos frecuentes (durante la relación sexual o coito) de esta área se agrega otro factor: No cursar con sintomatología aguda o bien presentar síntomas vagos, razón por la cual no le toman la importancia que se debe para realizarse el Papanicolau y con el tiempo desarrollar un cáncer cervico uterino.

Aún cuando hay pacientes que se han realizado la citología vaginal exfoliativa solo una vez en su vida o bien se lo practican cada año continúan cursando con procesos inflamatorios de tipo III; se pensaría que en ellas disminuirían el grado de procesos inflamatorios pero de acuerdo a los datos obtenidos (que alguna vez se han realizado el Papanicolau), se puede afirmar que no necesariamente se cumple con esa condición en la población en estudio. (Ver Cuadro No. 5 pág. 78)

**RESULTADO DEL PAPANICOLAU ASOCIADO
AL NUMERO DE VECES QUE SE HAN REALIZADO
LA CITOLOGIA VAGINAL EXFOLIATIVA
EN LA POBLACION EN ESTUDIO**

CUADRO No. 5

RESULTADO DEL PAPANICOLAU	NUNCA	SOLO UNA	CADA AÑO	DOS VECES AL AÑO	TOTAL
NEGATIVO II	11 - 36.7%	3 - 10%			14 - 46.7%
NEGATIVO III	13 - 43.3%	2 - 6.7%	1 - 3.3%		16 - 53.3%
TOTAL	24 - 80%	5 - 16.7%	1 - 3.3%		30 - 100%

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

EDAD ACTUAL DE LAS PACIENTES
Y RESULTADO DEL PAPANICOLAU

CUADRO No. 6

La edad actual de las pacientes en estudio y el resultado del Papanicolau, muestra que en el rubro de 26 a 30 años con un 33.3%, del cual el 16.8% corresponde a negativo II. El 20% de 21 a 25 años con un 10% para negativo II y con el mismo porcentaje para negativo III.

De 16 a 20 años se tiene el 13.3%, 10% para negativo II y 3.3 para negativo III. En el intervalo de 31 a 35 años representa el 10%, 6.7 para negativo III y el 3.3% para negativo II.

De esto se puede afirmar que todas las pacientes en estudio cursan con procesos inflamatorios; de las que se encuentran en el grupo de edad de 16 a 35 años que equivale al 76.6% de la población estudiada son mujeres jóvenes que padecen alteraciones inflamatorias del epitelio cervico vaginal. De acuerdo a la revisión bibliográfica realizada, el tiempo que transcurre en degenerarse las células epiteliales hasta transformarse en displasias o neoplasias no rebasan los 10 años; por lo tanto de no ser tratadas llegarán a la cuarta década de la vida con algún grado de proceso cancerígeno del aparato reproductor femenino. (Ver Cuadro No. 6 pág. 80)

**EDAD ACTUAL DE LAS PACIENTES
Y RESULTADO DEL PAPANICOLAU**

CUADRO No. 6

EDAD ACTUAL	NEGATIVO II	NEGATIVO III	TOTAL
16 - 20	1 - 3.3%	3 - 10%	4 - 13.3%
21 - 25	3 - 10%	3 - 10%	6 - 20%
26 - 30	5 - 16.8%	5 - 16.7%	10 - 33.3%
31 - 35	1 - 3.3%	2 - 6.7%	3 - 10%
36 - 40	1 - 3.3%	1 - 3.3%	2 - 6.8%
41 - 45		1 - 3.3%	1 - 3.3%
46 - más	3 - 10%	1 - 3.3%	4 - 13.3%
TOTAL	14 - 46.7%	16 - 53.3%	30 - 100%

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

**NUMERO DE HIJOS DE LA POBLACION
EN ESTUDIO EN RELACION AL RESULTADO
DE LA CITOLOGIA VAGINAL EXFOLIATIVA**

CUADRO No. 7

La información obtenida a partir de las variables: Número de hijos y resultado de la citología vaginal exfoliativa se presenta de la siguiente manera, las mujeres que tienen de 0 a 3 hijos representan el 40% de la población total estudiada; de la cual el 30% es para negativo III y el 10% para negativo II.

De 4 a 6 hijos, de este el 20% es para el negativo II correspondiendo el mismo porcentaje a negativo III.

En el rubro de 7 a 10 hijos representa el 13.3, con un 10% para negativo II y 3.3 para negativo III.

En el intervalo de 11 y más hijos es el 6.7% con un negativo II.

Llama la atención el hecho de que las mujeres que menos hijos tienen son las que mayor frecuencia de procesos inflamatorios presentan.

Paradójicamente a lo consultado en la bibliografía en la que se menciona que un factor de riesgo para el desarrollo del cáncer cervico uterino es el hecho de ser múltipara o gran múltipara; pero el comportamiento de los procesos inflamatorios de las mujeres en estudio afecta con mayor frecuencia a las pacientes que han tenido de 0 a 6 hijos. (Ver Cuadro No. 7 pág No. 82)

**NUMERO DE HIJOS DE LA POBLACION
EN ESTUDIO EN RELACION AL RESULTADO
DE LA CITOLOGIA VAGINAL EXFOLIATIVA**

CUADRO No. 7

No. DE HIJOS	NEGATIVO II	NEGATIVO III	TOTAL
0 - 3	3 - 10%	9 - 30%	12 - 40%
4 - 6	6 - 20%	6 - 20%	12 - 40%
7 - 10	3 - 10%	1 - 3.3%	4 - 13.3%
11 - más	2 - 6.7%		2 - 6.7%
TOTAL	14 - 46.7%	16 - 53.3%	30 - 100%

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

NUMERO DE GESTAS DE LAS MUJERES EN ESTUDIO EN RELACION AL RESULTADO DEL PAPANICOLAU

CUADRO No. 8

La inflamación crónica del cérvix, los cambios celulares y epiteliales atípicos que se realizan en esa zona, donde el paso de lo benigno a lo maligno es gradual y tiene lugar de manera casi imperceptible.

Lo arriba mencionado es posible comprobarlo con la información que a continuación se expone: El número de gestas y el resultado de la citología vaginal exfoliativa de la población en estudio es de 0 a 3 gestas corresponde el 40%, 10% para negativo II y 30% para negativo III, de 4 a 6 gestas representa el 40% del cual el 20% pertenece al negativo II y el mismo porcentaje corresponde a negativo III.

De 7 a 10 gestas le pertenece el 13.3%, el 10% es para negativo II y el 3.3.% para negativo III, 11 y más gestas le pertenece el 6.7% con negativo II.

De las mujeres en estudio se puede inferir que a menor número de gestas mayor es el proceso inflamatorio que presentan.

Por otra parte de acuerdo a la revisión bibliográfica realizada; en la que se afirma que uno de los principales factores de riesgo para la aparición y el desarrollo de cualquier alteración del aparato reproductor femenino es precisamente la multiparidad; sucediendo totalmente lo contrario en la población estudiada.

(Ver Cuadro No. 8 pág No. 84)

**NUMERO DE GESTAS DE LAS MUJERES EN ESTUDIO
EN RELACION AL RESULTADO DEL PAPANICOLAU**

CUADRO No. 8

No. DE GESTAS	NEGATIVO II	NEGATIVO III	TOTAL
0 - 3	3 - 10%	9 - 30%	12 - 40%
4 - 6	6 - 20%	6 - 20%	12 - 40%
7 - 10	3 - 10%	1 - 3.3%	4 - 13.3%
11 - más	2 - 6.7%		2 - 6.7%
TOTAL	14 - 46.7%	16 - 53.3%	30 - 100%

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

**PERIODO INTERGENESICO DE LA POBLACION EN ESTUDIO
ASOCIADO AL RESULTADO DEL PAPANICOLAU**

CUADRO No. 9

En lo que se refiere a las variables: Período intergenesico y resultado del Papanicolau de las mujeres en estudio; en el rubro de la variable no existe en donde le corresponde el 16.7%, 10.02% del total solo han tenido un hijo, el 4.38% corresponde a mujeres que no han tenido hijos.

De dos a tres años le pertenece el 43.3%, el 26.7% para negativo II y 16.7% para negativo III.

De menos de un año corresponde el 36.7% de este el 20% es para negativo II y el 16.7% para negativo III.

De 4 y más representa el 3.3% con negativo III.

Por lo tanto se puede decir que en el período intergenesico de menos de un año a tres se presentan casos de procesos inflamatorios principalmente de tipo III y con menor frecuencia los de tipo II.

Esto se puede explicar pues a consecuencia de periodos intergenesicos cortos no hay una regeneración y recuperación completa del aparato reproductor femenino cuando nuevamente la paciente se encuentra embarazada dando lugar a una regeneración atípica de las capas más superficiales del epitelio poliestratificado del cuello uterino y vagina. (Ver Cuadro No. 9 pág. 86).

**PERIODO INTERGENESICO DE LA POBLACION EN ESTUDIO
ASOCIADO AL RESULTADO DEL PAPANICOLAU**

CUADRO No. 9

PERIODO INTERGENESICO	NEGATIVO II	NEGATIVO III	TOTAL
NO EXISTE		5 - 16.7%	5 - 16.7%
MENOS DE UN AÑO A UN AÑO	6 - 20%	5 - 16.7%	11 - 36.7%
DOS A TRES AÑOS	8 - 26.7%	5 - 16.7%	13 - 43.3%
CUATRO A MAS		1 - 3.3%	1 - 3.3%
TOTAL	14 - 46.7%	16 - 53.3%	30 - 100%

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

**LUGAR DE DONDE SE DISPONE EL AGUA PARA EL
LAVADO DE ROPA Y BAÑO EN RELACION AL
RESULTADO DEL PAPANICOLAU**

CUADRO No. 10

El lugar de donde se dispone el agua para el lavado de ropa y baño, en función al resultado de la citología vaginal exfoliativa se distribuye de la siguiente manera:

En el rubro de manantial le corresponde el 53.4% donde el 30% es para negativo III y el 23.4% a negativo II.

A depósito, que lo constituye un pozo en el domicilio de las mujeres en estudio le pertenece el 33.3% del cual el 20% es para negativo II y el 13.3% para negativo III.

Y por último en orden de frecuencia se establece para río o barranca con un 13.3% de este el 10% es para negativo III y el 3.3% para negativo II. Por lo antes mencionado, se puede decir que la mayor parte de la población dispone de agua de manantial por lo que en este rubro existe una mayor frecuencia de procesos inflamatorios de tipo III y en segundo término de grado II, no pasando por alto que el rubro de río o barranca en donde el negativo III ocupa el primer lugar.

En lo referente a depósito la mayor incidencia lo ocupa el negativo II.

Por los resultados observados podemos inferir que el agua del río es utilizada con menor frecuencia por la población estudiada; debido a que el agua se encuentra altamente contaminada por desechos orgánicos humanos, animales y productos inorgánicos situación que provoca la presencia de dermatitis al contacto con el agua del río.

El agua de los manantiales se encuentra cercada por bardas de concreto y algunos se encuentran cubiertos por material similar; además de clorar el agua esporádicamente sin la periodicidad que se debe, aún así la presencia de procesos inflamatorios es mayor para negativo III, en los depósitos sucede algo similar ocupando de igual manera el primer lugar el negativo II.

En general se puede decir que el agua utilizada para el lavado de ropa y baño no cumple con las características adecuadas de potabilidad para dicho fin.

Si a este factor se agrega la ignorancia y apatía que prevalece en la población en general para solucionar este problema, y que el centro de salud no abastece de cloro a las autoridades de la comunidad, ellas no hacen nada para conseguir este producto argumentando que es obligación del centro de salud cubrir esa necesidad. (Ver Cuadro No. 10 pág. 89)

**LUGAR DE DONDE SE DISPONE EL AGUA PARA EL
LAVADO DE ROPA Y BAÑO EN RELACION AL
RESULTADO DEL PAPANICOLAU**

CUADRO No. 10

LUGAR DE DONDE SE DISPONE EL AGUA	NEGATIVO II	NEGATIVO III	TOTAL
RIO O BARRANCA	1 - 3.3%	3 - 10%	4 - 13.3%
MANANTIAL	7 - 23.4%	9 - 30%	16 - 53.4%
DEPOSITO	6 - 20%	4 - 13.3%	10 - 33.3%
TOTAL	14 - 46.7%	16 - 53.3%	30 - 100%

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

FRECUENCIA DE BAÑO DE LAS MUJERES EN ESTUDIO EN RELACION AL RESULTADO DEL PAPANICOLAU

CUADRO No. 11

A continuación se analizarán los resultados obtenidos entre las variables: frecuencia de baño y resultado del papanicolau, la mayor incidencia lo ocupa el rubro de cada tercer día con un 73.4% de éste el 36.7% es para negativo II y la misma cantidad corresponde a negativo III; en orden descendente continua el 23.3% con el rubro de diario, el 13.3% pertenece a negativo III y el 10% para negativo II, por último se encuentra una vez a la semana con el 3.3% para negativo III.

De acuerdo a la información obtenida se puede afirmar que a menor frecuencia de baño mayor es la frecuencia de procesos inflamatorios, prevaleciendo una mayor incidencia de grado III.

Los hábitos higiénicos tienen una relación directamente proporcional a la presencia de procesos inflamatorios de grados variables (II y III).

Cabe mencionar que las mujeres se realizan un tipo de baño rudimentario con las siguientes características:

En recipientes de diversos materiales (plástico, lámina, etc.) en los que suelen almacenar el agua que proviene de diferentes sitios. Inician el aseo de cabeza a pies; por acción mecánica de arrastre del agua, se lleva los desechos orgánicos corporales (sudor, mugre, etc.), la calidad del baño no es óptima ya que el agua no tiene un tratamiento de potabilización previo a su uso. Además el lavado que se realiza en el área genital es deficiente por considerarse una zona en donde la higiene no tiene importancia.

Por lo tanto se puede decir que estos factores contribuyen al desarrollo de displasias en grados variables hasta mutar en cáncer cervico uterino. (Ver Cuadro No. 11 pág. 91)

**FRECUENCIA DE BAÑO DE LAS MUJERES EN ESTUDIO
EN RELACION AL RESULTADO DEL PAPANICOLAU**

CUADRO No. 11

FRECUENCIA DE BAÑO	NEGATIVO II	NEGATIVO III	TOTAL
DIARIO	3 - 10%	4 - 13.3%	7 - 23.3%
CADA TERCER DIA	11 - 36.7%	11 - 36.7%	22 - 73.4%
UNA VEZ A LA SEMANA		1 - 3.3%	1 - 3.3%
TOTAL	14 - 46.7%	16 - 53.3%	30 - 100%

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

**FRECUENCIA DEL CAMBIO DE ROPA INTERIOR
DE LAS PACIENTES EN ESTUDIO ASOCIADO AL
RESULTADO DE LA CITOLOGIA VAGINAL EXFOLIATIVA**

CUADRO No. 12

El cambio de ropa interior y el resultado de la citología vaginal exfoliativa; traen como resultados: el mayor porcentaje le corresponde al rubro cambio de ropa cada tercer día con el 56.7%, de este el 30% es para negativo III y el 26.7% para negativo con proceso inflamatorio II.

Para el intervalo diario corresponde el 40%, del cual el 20% es para negativo III y el mismo porcentaje para el negativo II.

Por último una vez a la semana con el 3.3% con negativo III.

La mayor parte de la población se realiza cambio de ropa interior cada tercer día y existen mujeres que llevan a cabo dicho cambio una vez a la semana; ese evidente que las pacientes que practican hábitos higiénicos deficientes cursan con procesos inflamatorios de distintos grados (II y III).

Encontrándose altamente predisuestas a desarrollar procesos atípicos severos del epitelio cervico vaginal, provocado entre otras causas por la deficiente higiene corporal. (Ver Cuadro No. 12 pág. 93)

**FRECUENCIA DEL CAMBIO DE ROPA INTERIOR
DE LAS PACIENTES EN ESTUDIO ASOCIADO AL
RESULTADO DE LA CITOLOGIA VAGINAL EXFOLIATIVA**

CUADRO No. 12

CAMBIO DE ROPA INTERIOR	NEGATIVO II	NEGATIVO III	TOTAL
DIARIO	6 - 20%	6 - 20%	12 - 40%
CADA TERCER DIA	8 - 26.7%	9 - 30%	17 - 56.7%
UNA VEZ A LA SEMANA		1 - 3.3%	1 - 3.3%
TOTAL	14 - 46.7%	16 - 53.3%	30 - 100%

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

**MATERIAL DEL QUE ESTA CONSTITUIDA LA ROPA
INTERIOR DE LA POBLACION EN ESTUDIO EN RELACION
AL RESULTADO DEL PAPANICOLAU**

CUADRO No. 13

La información obtenida a partir del resultado de la citología vaginal exfoliativa y el material del que está constituida la ropa interior de la población en estudio. El 40% del total de las pacientes utilizan ropa elaborada a base fibra sintética (nylon), el 23.3% corresponde a negativo II y el 16.7% a negativo III, continuando en orden de frecuencia, también es de fibra sintética la llamada likra con un 36.7%, de este el 20% es para negativo III y el 16.7 para negativo II. El algodón es el material que utilizan en último lugar, correspondiendo a este el 23.3%, de él el 16.7% es para negativo III y el 6.7% para negativo II.

El 76.7% de la población total en estudio, utiliza materiales de fibra sintética. Los inconvenientes de estos materiales son: retener la humedad y guardar el calor, lo que provoca un medio de cultivo ideal para la proliferación de agentes patógenos de la región cervico vaginal, concretamente del epitelio que lo reviste, dando lugar a una inflamación de tipo II o III.

Esta situación se agudiza por la ideología de las mujeres en estudio hacia la preferencia por telas sintéticas; se origina a partir de propaganda y mal información por algunas personas de la comunidad.

Al observar detenidamente los resultados de estas variables, específicamente en el rubro de ropa interior hecha de nylon y en el intervalo de prendas elaboradas a base de algodón se obtienen los mismos porcentajes en ambos rubros (16.7%), perteneciendo cada uno de estos a procesos inflamatorios de tipo III.

Por lo antes mencionado, es posible afirmar, que en ésta población no se cumple la condición que se menciona en la bibliografía acerca del uso de ropa interior constituida por fibras sintéticas, es un factor que contribuye a la presencia de infecciones cervico vaginales. (Ver Cuadro No.13 pág. 95)

**MATERIAL DEL QUE ESTA CONSTITUIDA LA ROPA
INTERIOR DE LA POBLACION EN ESTUDIO EN RELACION
AL RESULTADO DEL PAPANICOLAU**

CUADRO No. 13

MATERIAL DE LA ROPA INTERIOR	NEGATIVO II	NEGATIVO III	TOTAL
ALGODON	2 - 6.7%	5 - 16.7%	7 - 23.3%
LIKRA	5 - 16.7%	6 - 20%	11 - 36.7%
NYLON	7 - 23.3%	5 - 16.7%	12 - 40%
TOTAL	14 - 46.7%	16 - 53.3%	30 - 100%

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

**CARACTERISTICAS DEL FLUJO VAGINAL DE LAS
MUJERES EN ESTUDIO EN RELACION AL RESULTADO
DE LA CITOLOGIA VAGINAL EXFOLIATIVA**

CUADRO No. 14

Las características del flujo vaginal y el resultado del papanicolau arroja los siguientes datos: en el rubro donde las características es transparente y sin olor corresponde el 43.3% de la población total en estudio, de este el 23.3% es para negativo II y el 20% para negativo II.

Siguiendo en orden de frecuencia, en el rubro de blanco lechoso con olor a queso, se observa un 36.7% del cual el 20% es para negativo III y el 16.7% es para negativo II.

Por último en donde no han observado alguna alteración con el 6.7% de ésta el 3.3% es para negativo II correspondiendo la misma cantidad para negativo III.

Considerando lo antes mencionado las pacientes en estudio en la mayor parte de las situaciones no refieren los signos y síntomas que en la realidad presentan.

Esto es comprobable:

- a) A la exploración con el espejo en el momento de la toma del papanicolau, se observan cuellos edematosos hiperémicos y ulcerados con abundantes secreciones, por lo que necesariamente cursaron con síntomas que no manifestaban a la hora de aplicar la cédula de entrevista.
- b) Los resultados del papanicolau, demuestran procesos inflamatorios de distintos grados preferentemente de grado III.

Esto se debe en gran medida a la ignorancia sobre las características fisiológicas o patológicas de las secreciones vaginales. Además por vergüenza a que una persona extraña realice cuestionamientos de índole muy personal.

En el momento de entregar los resultados de las citologías y tratamientos a las pacientes en estudio, manifestaron no haber referido las molestias que presentaron por temor a; que nunca se habían realizado este examen y menos aún les habían hecho ese tipo de preguntas, pero se mostraron interesadas en el resultado del papanicolau.

Por otra parte un aspecto importante a considerar es la información obtenida de la bibliografía; en donde se menciona que en lo concerniente a los síntomas ellos son por demás escasos y muy a menudo no existe ninguno, pueden existir pequeñas erosiones que provocan discretas hemorragias acíclicas casi siempre traumáticas.

La pérdida sanguínea provocada, se transforma en espontánea solo con el progreso de la afección cuando el carcinoma intraepitelial se transforma en macrocarcinoma.

Por lo tanto no se encuentra presente una sintomatología aguda en la población debido a dos causas principales:

- a) Las mujeres desconocen las características fisiológicas cíclicas del flujo vaginal.
- b) En la mayor parte de los casos de cáncer cervico uterino no existe sintomatología; estos solo se presentan cuando el carcinoma se ha tomado invasor.

(Ver Cuadro No. 14 pág. 98)

**CARACTERISTICAS DEL FLUJO VAGINAL DE LAS
MUJERES EN ESTUDIO EN RELACION AL RESULTADO
DE LA CITOLOGIA VAGINAL EXFOLIATIVA**

CUADRO No. 14

CARACTERISTICAS DEL FLUJO VAGINAL	NEGATIVO II	NEGATIVO III	TOTAL
NO HAN OBSERVADO ALGUNA ALTERACION	1 - 3.3%	1 - 3.3%	2 - 6.7%
TRANSPARENTE SIN OLOR	6 - 20%	7 - 23.3%	13 - 43.3%
VERDE CON ESPUMA FETIDO	1 - 3.3%	3 - 10%	4 - 13.3%
BLANCO LECHOSO CON OLOR A QUESO	5 - 16.7%	6 - 20%	11 - 36.7%
TOTAL	13 - 43.3%	17 - 56.7%	30 - 100%

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

**ALTERACIONES DE TIPO URINARIO
DE LA POBLACION EN ESTUDIO ASOCIADO
AL RESULTADO DEL PAPANICOLAU**

CUADRO No. 15

Las alteraciones de tipo urinario y el resultado de la citología vaginal exfoliativa proporciona la siguiente información: las pacientes que cursan aparentemente asintomáticas representan el 86.7% del total de la población en estudio, de este el 46.7% padecen procesos inflamatorios de tipo II y el 40% negativo III.

El 6.7% presenta prurito, el 3.3% poliuria e igual porcentaje presentan dos síntomas a la vez (disuria y prurito).

Por lo tanto se observa que la mayor parte de las pacientes no se dan cuenta o bien ignoran el comportamiento normal de su organismo; por esta razón refieren no presentar ningún síntoma de alteraciones del sistema urinario.

Además la mayor parte de la población cursa con procesos inflamatorios de grado II o III que en poco tiempo se transformarán en atipias celulares severas.

Un aspecto que llama la atención es que de las pacientes que refirieron síntomas de trastornos de tipo urinario, todas ellas aparecen con procesos inflamatorios de tipo III.

Nos podemos dar cuenta que solo el 13.3% de la población en estudio refirió algún trastorno del sistema urinario, esta cifra en comparación al rubro donde aparentemente se encuentran asintomáticas apenas representa la tercera parte, con lo cual se comprueba que las pacientes cursan con síntomas que por diversas razones no externaron al realizar el interrogatorio. (Ver Cuadro No. 15 pág. 100)

**ALTERACIONES DE TIPO URINARIO
DE LA POBLACION EN ESTUDIO ASOCIADO
AL RESULTADO DEL PAPANICOLAU**

CUADRO No. 15

ALTERACIONES DE TIPO URINARIO	NEGATIVO II	NEGATIVO III	TOTAL
SIN SINTOMAS APARENTES	14 - 46.7%	12 - 40%	26 - 86.7%
DISURIA			
POLIURIA		1 - 3.3%	1 - 3.3%
PRURITO		2 - 6.7%	2 - 6.7%
DISURIA Y PRURITO		1 - 3.3%	1 - 3.3%
TOTAL	14 - 46.7%	16 - 53.3%	30 - 100%

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

HABITOS HIGIENICOS DEL AREA PERINEAL DESPUES DE LA DEFECACION DE LAS PACIENTES EN ESTUDIO EN RELACION AL RESULTADO DE LA CITOLOGIA VAGINAL EXFOLIATIVA

CUADRO No. 16

La asociación de las variables: hábitos higiénicos de la región perineal después de la defecación de la población en estudio y el resultado del papanicolau, da como resultado que el mayor porcentaje lo ocupa el rubro de aseo perineal de la región posterior a la anterior con un 63.3% de este el 36.7% corresponde a negativo III y el 26.6 pertenece a negativo II.

Siguiendo en orden descendente, el rubro de aseo de la región perineal de la parte anterior hacia la posterior, representa el 36.7% del cual el 20% es para negativo II y el 16.7% para negativo III.

De acuerdo a la información obtenida es posible deducir dos grandes factores de riesgo:

a) La anatomía de la vulva en donde se encuentran situados dos orificios importantes el vesical y el vaginal. Dado que las pacientes se realizan un aseo de la región posterior a la anterior, lejos de efectuar un aseo adecuado únicamente están propiciando la contaminación de la vulva y vagina, por acción mecánica de arrastre de los microorganismos, ya que la flora normal del aparato digestivo terminal (recto), está constituida por enterobacterias principalmente E. Colli., que puede infectar tanto al meato urinario como al vaginal; propiciando de esta manera infecciones del sistema urinario.

Debido a que la uretra es muy corta, infecta casi inmediatamente a la vejiga. En la vagina provoca procesos irritativos o inflamatorios de diversos grados.

b) Situación que se exagera con la ideología y educación de las pacientes en estudio ya que no le dan importancia a las características que deben tener para realizarse el aseo del área perineal posterior a la defecación. (Ver Cuadro No. 16 pág. 102)

**HABITOS HIGIENICOS DEL AREA PERINEAL
DESPUES DE LA DEFECACION DE LAS PACIENTES
EN ESTUDIO EN RELACION AL RESULTADO
DE LA CITOLOGIA VAGINAL EXFOLIATIVA**

CUADRO No. 16

HABITOS HIGIENICOS	NEGATIVO II	NEGATIVO III	TOTAL
NO SE REALIZA NINGUN TIPO DE ASEO			
ASEO DE ADELANTE HACIA ATRAS	6 - 20%	5 - 16.7%	11 - 36.7%
ASEO DE ATRAS HACIA ADELANTE	8 - 26.6%	11 - 36.7%	19 - 63.3%
TOTAL	14 - 46.6%	16 - 53.4%	30 - 100%

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

**PRINCIPALES AGENTES CAUSALES DE PROCESOS
INFLAMATORIOS DE LA POBLACION EN ESTUDIO
CON RESPECTO AL RESULTADO DEL PAPANICOLAU**

CUADRO No. 17

Los resultados obtenidos de las variables agente causal de los procesos inflamatorios en relación al resultado de la citología vaginal es la siguiente:
El 80% de los procesos inflamatorios son causados por bacilos, el 46.7% Es para negativo II y el 33.3% para negativo III.

El 13.3% son los cocos (bacterias), constituyendo el negativo III.
La infección mixta (bacterias y tricomonas) representan el 6.7% con negativo III.

Los procesos inflamatorios de tipo III, son los que ocupan el primer lugar en incidencia de la población en estudio.

La información obtenida del personal del laboratorio en donde se realizó la lectura de las citologías vaginales de las mujeres en estudio fue:

Que de acuerdo a la morfología celular observada en las tinciones ellas reportan flora cocoide o flora baciloide en relación a la que predomine en las diferentes preparaciones.

Esta interpretación no quiere decir que sean los bacilos los que actuen como agente causal de procesos inflamatorios; lo que sucede es que se observan "CITOLOGIAS SUCIAS" por infiltrados celulares de leucocitos, polimorfonucleares, sangre, restos de espermatozoides por lo que se torna difícil su lectura; pudiéndose solo reportar la morfología de las células que predominan a la observación microscópica.

Con lo anterior se refleja que la infección más frecuente en la población es producida por ciertas bacterias que acorde a la bibliografía fundamenta que Gardnerella Vaginalis puede ser la causa más frecuente de infección vaginal bacteriana asintomática.

Por otra parte no fue posible observarlas en las citologías por las características muy peculiares que estas presentan. (Ver Cuadro No. 17 pág. 105)

**PRINCIPALES AGENTES CAUSALES DE PROCESOS
INFLAMATORIOS DE LA POBLACION EN ESTUDIO
CON RESPECTO AL RESULTADO DEL PAPANICOLAU**

CUADRO No. 17

AGENTE CAUSAL	NEGATIVO II	NEGATIVO III	TOTAL
BACILOS	14 - 46.7%	10 - 33.3%	24 - 80%
BACTERIAS (COCOS)		4 - 13.3%	4 - 13.3%
TRICOMONAS Y BACTERIAS		2 - 6.7%	2 - 6.7%
TOTAL	14 - 46.7%	16 - 53.3%	30 - 100%

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA PRUEBA DEL
CANCER DE LAS PACIENTES EN ESTUDIO CON RESPECTO
AL NUMERO DE VECES QUE SE HAN PRACTICADO
LA CITOLOGIA VAGINAL EXFOLIATIVA**

CUADRO No. 18

El nivel de conocimientos sobre la prueba del cáncer cervico uterino y el número de veces que se han practicado la citología vaginal exfoliativa, se obtiene la siguiente información: se observa que para el rubro donde no conocen el papanicolau corresponde un 83.3% de la población total, de ésta el 76.7% nunca se ha realizado la prueba antes citada y el 6.7% solo se lo ha realizado una vez.

Según los datos obtenidos son pocas las que conocen la prueba del papanicolau y su utilidad.

El Papanicolau es el principal medio de diagnóstico para:

- a) Descubrir una neoplasia cervical asintomática temprana.**
- b) Procesos inflamatorios.**
- c) Actividad hormonal (valor estrogénico o valor citohormonal)**
- d) Infecciones por protozoarios, bacterias, hongos y virus.**

Es un método de diagnóstico que para la población femenina en general es gratuito.

No requiere alta tecnología para su lectura. (Ver Cuadro No. 18 pág. 107)

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA PRUEBA DEL
CANCER DE LAS PACIENTES EN ESTUDIO CON RESPECTO
AL NUMERO DE VECES QUE SE HAN PRACTICADO
LA CITOLOGIA VAGINAL EXFOLIATIVA**

CUADRO No. 18

CONOCE LA PRUEBA DEL CANCER	NUNCA	SOLO UNA	CADA AÑO	DOS VECES AL AÑO	TOTAL
SI	1 - 3.3%	3 - 10%	1 - 3.3%		5 - 16.7%
NO	23 - 76.7%	2 - 6.7%			25 - 83.3%
TOTAL	24 - 80%	5 - 16.7%	1 - 3.3%		30 - 100%

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

**NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES
DE LA POBLACION EN ESTUDIO EN RELACION
AL RESULTADO DEL PAPANICOLAU**

CUADRO No. 19

El número de compañeros sexuales en función del resultado del papanicolau proporciona la siguiente información: el 90% de la población en estudio solo ha tenido un compañero sexual, el 46.7% es para negativo III y el 43.3% para negativo II.

En el intervalo de dos a tres compañeros con el 10% donde el 6.6% corresponde al negativo III.

Por los datos observados, la mayoría de las pacientes en estudio solo han tenido un compañero sexual, presentándose con mayor frecuencia los procesos inflamatorios de tipo III; se puede afirmar que el número de compañeros sexuales no es un factor determinante pero si los hábitos de los compañeros sexuales de ellas, ya que estos individuos con frecuencia presentan migración y no solo tienen una compañera sexual.

Representando un grave problema de promiscuidad e higiene que pueden propiciar la infección de su compañera permanente. (Ver Cuadro No. 19 pág. 109)

**NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES
DE LA POBLACION EN ESTUDIO EN RELACION
AL RESULTADO DEL PAPANICOLAU**

CUADRO No. 19

NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES	NEGATIVO II	NEGATIVO III	TOTAL
SOLO 1	13 - 43.3%	14 - 46.7%	27 - 90%
2 - 3	1 - 3.4%	2 - 6.6%	3 - 10%
4 - 5			
6 - más			
TOTAL	14 - 46.7%	16 - 53.3%	30 - 100%

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

3 CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

El tema sobre el cual se realizó la presente investigación tiene por título:

FACTORES QUE INTERACTUAN EN LA PRESENCIA DE CERVICO VAGINITIS EN MUJERES EN EDAD FERTIL Y V.S.A. EN LA COMUNIDAD DEL AMATE AMARILLO DE CHILAPA DE ALVAREZ, GRO.

Los objetivos planteados al inicio fueron:

Objetivo General:

Detectar los factores que interactúan en la presencia de Cervico-Vaginitis en mujeres en edad fértil y vida sexual activa de la comunidad del Amate Amarillo de Chilapa de Alvarez, Gro.

Objetivos Específicos:

- a) Detectar la presencia de Cervico-Vaginitis de las mujeres en estudio.**
- b) Identificar los hábitos higiénicos de las mujeres en estudio.**
- c) Determinar si conocen los signos y síntomas de una Cervico-Vaginitis.**
- d) Detectar el número de compañeros sexuales de las mujeres en estudio.**
- e) Valorar si conocen la prueba de Papanicolau y con que frecuencia se realizan el estudio antes mencionado.**
- f) Identificar el principal agente causal de la Cervico-Vaginitis de la población en estudio.**

METODOLOGIA

- **Tipo de investigación:** Transversal observacional descriptiva.
- **Universo de trabajo:** Mujeres en edad fértil y V.S.A., de la comunidad del Amate Amarillo de Chilapa de Alvarez, Gro.
- **Muestra:** 30 mujeres en edad fértil y V.S.A., de la comunidad del Amate Amarillo de Chilapa de Alvarez, Gro., haciendo especial énfasis en aquellas mujeres que cursen con antecedentes de haber padecido cervico vaginitis, tomando como referencia los resultados obtenidos con anterioridad de las citologías realizadas en algunas pacientes de la comunidad antes mencionada
- **Recolección de la información:** Consulta bibliográfica de acuerdo al tema a investigar, concentrando la información obtenida en fichas de trabajo para la elaboración del marco teórico.
- **La obtención de datos:** Se aplicó una cédula de entrevista, además de realizar el papanicolau a las mujeres en estudio, los datos obtenidos fueron concentrados en tarjetas para dicho fin.
- **Presentación de la información:** Cuadros.
- **Análisis, sugerencias y conclusiones.**

Los resultados a los que se llegaron en esta investigación son los siguientes:

- Se trata de población femenina joven, en edad reproductiva tienen un inicio de vida sexual a temprana edad entre los 11 y 20 años.
- Son mujeres multíparas que en promedio tienen de 3 a 6 hijos con períodos intergenesicos breves, esto es menos de uno a tres años.

- El 80% de la población total en estudio nunca se ha realizado el papanicolau porque desconoce su existencia y utilidad.
- Son pacientes que en la actualidad cursan con procesos inflamatorios en diversos grados: el 46.7% con negativo II y el 53.3% con procesos inflamatorios de grado III, que dan lugar a una regeneración celular atípica de la región cervico vaginal. Provocando la aparición de metaplasias o displasias y en breve período de tiempo el carcinoma de cuello uterino.
- Hábitos higiénicos:

Las características de la potabilidad del agua, no son las óptimas ya que proviene del río y éste se encuentra altamente contaminado por desechos animales, humanos y productos inorgánicos situación que provoca la presencia de dermatitis al contacto con el agua del río, por otra parte el agua de los manantiales se encuentra cercada por bardas de concreto y algunos se encuentran cubiertos permitiendo con esto la contaminación de la misma.

Se lleva a cabo la cloración del agua esporádicamente sin la periodicidad que se debe por lo tanto el agua utilizada para el lavado de ropa y baño no cumple con las características de potabilidad para dicho fin.

El baño que se realizan las pacientes no es adecuado debido a que almacenan el agua en recipientes fabricados de diversos materiales (plástico, lámina, etc.) que no asean antes de ser utilizados, en los cuales suelen almacenar el agua que proviene de diferentes sitios.

Inician el aseo en dirección cefalocaudal; por acción mecánica de arrastre del agua, se llevan los desechos orgánicos corporales (sudor, mugre, tierra, etc.)

La calidad del baño no es óptima ya que el agua no tiene un tratamiento de potabilización previo a su uso.

El lavado que se realiza en el área genital es deficiente por considerarse una zona en la cual la higiene no tiene importancia.

- La mayor parte de la población en estudio realizan el cambio de ropa interior con una frecuencia de cada tercer día existiendo pacientes que llevan a cabo dicho cambio una vez a la semana.

Es evidente que los hábitos higiénicos tienen una relación directamente proporcional a la presencia y procesos inflamatorios de grados variables II y III.

La ropa interior que se utiliza por esta población tanto las prendas elaboradas a base de fibras sintéticas o algodón se obtuvieron los mismos porcentajes (16.7%).

Perteneciendo cada uno de ellos a procesos inflamatorios de tipo III por lo antes mencionado es posible afirmar que en estas pacientes no se cumple la condición que se menciona en la bibliografía, acerca del uso de ropa interior constituida por fibra sintética, es un factor que contribuye a la presencia de infecciones cervico vaginales.

- La mayor parte de las mujeres en estudio no refieren los síntomas que en la realidad presentan, esto es comprobable por medio de:
 - a) A la exploración con el espejo en el momento de la toma del papanicolau, se observan cuellos edematosos hiperémicos y ulcerados con abundantes secreciones, por lo que necesariamente cursaron con síntomas que no manifestaban a la hora de aplicar la cédula de entrevista.

b) Los resultados del papanicolau, demuestran procesos inflamatorios de distintos grados preferentemente de grado III.

Esto se debe en gran medida a la ignorancia que sobre las características fisiológicas o patológicas de las secreciones vaginales. Además por vergüenza a que una persona extraña realice cuestionamientos de índole muy personal.

Otro aspecto importante a considerar es la información obtenida de la bibliografía; en donde se menciona que en lo concerniente a los síntomas del cáncer cervico uterino, ellos son por demás escasos.

Por lo tanto no se encuentra presente una sintomatología aguda en la población debido a dos causas principales:

- a) Las mujeres desconocen las características fisiológicas cíclicas del flujo vaginal.**
 - b) En la mayor parte de los casos de cáncer cervico uterino no existe sintomatología; estos solo se presentan cuando el carcinoma se ha tomado invasor.**
- Dado que las pacientes se realizan un aseo de la región perianal del área posterior a la anterior; lejos de efectuar un aseo adecuado únicamente están propiciando la contaminación de la vulva y vagina provocando procesos irritativos e inflamatorios de diversos grados, situación que se exagera con la ideología y educación de las pacientes en estudio, porque no le dan la importancia a las características que deben observar para realizar el aseo del área perineal posterior a la defecación.**

Es de llamar la atención que los procesos inflamatorios de tipo III causados por bacilos; ocupan el primer lugar en incidencia en la población en estudio.

La información obtenida del personal del laboratorio en donde se realizó la lectura de las citologías vaginales de las mujeres en estudio fue:

Que de acuerdo a la morfología celular observada en las tinciones ellas reportan flora cocoide o flora baciloide en relación a la que predomine en las diferentes preparaciones.

Esta interpretación no quiere decir que sean los bacilos los que actúen como agente causal de procesos inflamatorios; lo que sucede es que se observan "CITOLOGIAS SUCIAS" por infiltrados celulares de leucocitos, polimorfonucleares, sangre, restos de espermatozoides por lo que torna difícil su lectura; pudiéndose solo reportar la morfología de las células que predominan a la observación microscópica.

- El 90% de las pacientes en estudio solo han tenido un compañero sexual, presentándose con mayor frecuencia los procesos inflamatorios de tipo III.

Por tanto es posible afirmar que el número de compañeros sexuales no es un factor determinante para el desarrollo de patologías del aparato reproductor femenino; pero sí lo son los hábitos de los compañeros de ellas.

Ya que estos individuos con frecuencia presentan migración y no solo tienen una compañera sexual. Representando un grave problema de promiscuidad e higiene que puede propiciar la infección a su compañera permanente; considerándose por esto el cáncer cervicouterino como una enfermedad venérea.

Todos los objetivos planteados previamente fueron alcanzados y los resultados son inquietantes, ya que, no se esperaba que el 100% de las pacientes que se incluyeron en el estudio padecieran procesos inflamatorios de tipo II o III. Además de encontrarse en la más completa ignorancia y no están conscientes de la magnitud de su problema.

A esta situación se suma otro aspecto importante el miedo de estas pacientes de que una persona extraña realice una observación del área cervico vaginal.

Otro aspecto que llama la atención es lo que sucede con algunas variables (multiparidad y uso de ropa interior hecha a base de fibras sintéticas), que se daban como ciertas según bibliografía, pero el comportamiento en la población aparecen como falsas.

4 ALTERNATIVAS DE SOLUCION

ALTERNATIVAS DE SOLUCION

- Llevar a cabo acciones de salud pública del primer nivel de atención .
- Concientizar a la población a través de pláticas de educación para la salud:
 - a) Potabilización del agua
 - b) Paternidad responsable
 - c) Sexualidad y adolescencia
 - d) Hábitos higiénicos
 - e) Embarazo, parto y puerperio
 - f) Planificación familiar y métodos anticonceptivos
 - g) Cáncer cervico uterino y papanicolau
- Campañas de prevención y control del cáncer cervico uterino a través de los medios masivos de comunicación (radio y televisión).
- Distribuir y colocar propaganda (folletos y carteles) en los lugares donde existe mayor afluencia de personas.
 - a) Iglesia
 - b) Escuela
 - c) Comisaria
 - d) Tiendas
 - e) Auxiliar de Salud
 - f) Partera
 - g) Molino
- Una vez hecha la labor de convencimiento y sensibilizado a la población, realizar el papanicolau por lo menos una vez al año a todas las mujeres con V.S.A., sin importar la edad.

- Realizar el seguimiento de las pacientes que cursen con algún tipo de alteración.
- Exponer la problemática ante las autoridades del H. Ayuntamiento así como la instalación de una planta potabilizadora de agua que dote a estas comunidades.
- Que la Secretaría de Salud asigne una dotación adecuada de insumos a las unidades aplicativas del primer nivel principalmente.
- Proporcionar el equipo necesario para la toma de las citologías.
- Incrementar el personal asignado al programa de D.O.C.
- Capacitar adecuadamente al personal de salud para la toma de las citologías.
- Otorgar y no desviar el presupuesto asignado a este programa.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Benson C. Ralph.
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO GINECO OBSTETRICO.
El Manual Moderno
México, D.F., 1986
1190 pp.
- 2.- Bonilla Musoles F.
EL CUELLO UTERINO Y SUS ENFERMEDADES.
Jims
Barcelona, España, 1978
632 pp.
- 3.- Botella Lluís José.
PATOLOGIA OBSTETRICA.
Científico Médica
Barcelona, España, 1981
765 pp.
- 4.- Calatroni J. Carlos.
GINECOLOGIA.
Médica Panamericana
Buenos Aires, Argentina, 1986
487 pp.
- 5.- Camporato R. Mario.
GINECOLOGIA EN ESQUEMAS.
El Ateneo
Buenos Aires, Argentina, 1990
307 pp.

- 6.- Danforth N. David.
TRATADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA.
Interamericana
México, D.F., 1987
1284 pp.
- 7.- Dewhurst C.J.
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA PARA POSTGRADUADOS.
Salvat
Barcelona, España, 1970
708 pp.
- 8.- Flores Fernández Verónica.
RELACION ENTRE METODOS ANTICONCEPTIVOS (HORMONALES, PRESERVATIVOS Y DISPOSITIVO INTRAUTERINO) EMBARAZOS PREVIOS, FRECUENCIA DEL COITO, HABITOS HIGIENICOS Y LA PRESENCIA DE PROCESOS INFLAMATORIOS DEL CERVIX, DETECTADOS A TRAVES DE LA CITOLOGIA VAGINAL EN MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA DE LA JURISDICCION SANITARIA No. 4 PATZCUARO, MICH. 1991
Tesis profesional
México, D.F., 1992
212 pp.
- 9.- Gori M. Roberto.
GINECOLOGIA.
El Ateneo
Buenos Aires, Argentina, 1982
646 pp.

- 10.-Gusberg Frick.
CANCER GINECOLOGICO.
Panamericana
Buenos Aires, Argentina, 1971
644 pp.
- 11.-Howard W Jones III.
TRATADO DE GINECOLOGIA DE NOVACK.
Interamericana Mc. Graw Hill
México, D.F., 1988
794 pp.
- 12.-Junqueira L. E. y Carneiro.
HISTOLOGIA BASICA.
Salvat
Barcelona, España, 1978
442 pp.
- 13.-Ledger William J.
INFECCIONES EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA.
BACTERIOLOGIA Y CLINICA.
Médica Panamericana
Buenos Aires, Argentina, 1982
168 pp.
- 14.-Mateu Aragonéz José María.
CANCER DE UTERO. DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CARCINOMA
CERVICAL Y ENDOMETRIAL.
Jims
Barcelona, España, 1982
187 pp.

- 15.-Pritchard A. Jack, Et. al.
WILLIAMS OBSTETRICIA.
Salvat
México, D.F., 1992
900 pp.
- 16.-Rusell de Alvarez Ramón.
TEXTO DE GINECOLOGIA.
La Prensa Médica Mexicana
México, D.F., 1984
587 pp.
- 17.-Secretaría de Salud.
PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCION Y CONTROL DEL
CANCER CERVICO UTERINO Y MAMARIO.
México, D.F., 1992
52 pp.
- 18.-Secretaría de Salud.
MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE PREVENCION
DE LOS CANCERES CERVICO UTERINO Y MAMARIO.
México, D.F., 1990
36 pp.
- 19.-Servicios Estatales de Salud.
PROGRAMA ESTATAL DE DETECCION, TRATAMIENTO Y
CONTROL DEL CANCER CERVICO UTERINO Y MAMARIO.
Chilpancingo, Gro., 1994
29 pp.
- 20.-Secretaría de Salud.
ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA.
México, D.F., 1993
67 pp.

21.-Tortora y Anagnostakos.
PRINCIPIOS DE ANATOMIA Y FISILOGIA.
Harla
México, D.F., 1991
1125 pp.

5 ANEXO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
CEDULA DE ENTREVISTA PARA PROTOCOLO DE INVESTIGACION

1) Ficha de identificación:

Nombre: _____ Edad: _____

Domicilio: _____ Comunidad: _____

Ocupación: _____

2) A.G.O.

I.V.S.A. _____ Gestas: _____ Paras: _____

Abortos: _____ Período Intergenesico: _____

3) Hábitos Higiénicos.

- Frecuencia de baño:

Diario: _____ Cada 3er. día: _____ Una vez a la semana: _____

- Cambio de ropa interior:

Diario: _____ Cada 3er. día: _____ Una vez a la semana: _____

- Tipo de baño:

Regadera: _____ Tina: _____ Otros: _____

- Agua que utilizan para baño y lavado de ropa:

Río o Barranca: _____ Manantial: _____ Depósito: _____

- Material del ropa interior:

Algodón: _____ Likra: _____ Nylon: _____

- Hábitos después de la defecación:

No se realizan ningún tipo de aseo ()
Aseo de adelante hacia atrás ()
Aseo de atrás hacia adelante ()

4) Signos y Síntomas de una cervico vaginitis

- Características del flujo:

Transparente sin olor ()
Verde con espuma fétido ()
Blanco lechoso con olor a queso ()

- Alteraciones de tipo urinario:

Disuria ()
Poliuria ()
Prurito ()

5) Número de Compañeros Sexuales:

Solo uno ()
De 2 a 3 ()
De 4 a 5 ()
De 6 a más ()

6) Conoce la prueba del cáncer:

Sí ()
No ()

Describe en que consiste: _____

- Cuantas veces en su vida se lo ha practicado:

Nunca ()
Solo una ()
Cada año ()
Dos veces al año ()

Otras: _____
