



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
SEGÚN CONVENIO I.M.S.S.- UNAM.**



**Leucorrea y principales hallazgos citológicos en
pacientes que acudieron a la detección oportuna de cáncer
durante un lapso de 6 meses. En la UMF. No. 53 del
consultorio 6 TM del I.M.S.S**

Autora

**Dra. Ma. Esther González Álvarez.
R3 de Medicina Familiar.
UMF. No 53 Zapopan Jalisco.
I.M.S.S.**

ASESOR: Alberto Javier Gutiérrez Castillo
PROFESOR TITULAR : Priscila Mireya Jiménez Arias.



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.

ÍNDICE GENERAL.

I.-	TITULO.	1.
II.-	ÍNDICE GENERAL	2.
III.-	MARCO TEÓRICO.	3.
IV.-	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	32.
V.-	JUSTIFICACIÓN.....	33.
VI.-	OBJETIVOS.....	34.
	GENERAL	
	ESPECÍFICOS.	
VII. -	METODOLOGÍA.....	35.
	MATERIAL, MÉTODOS	
	CARACTERÍSTICAS DE ESTUDIO	
	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.	
	CRITERIOS DE NO EXCLUSIÓN.	
	CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.	
VIII. -	RESULTADOS.....	41.
	RECOLECCIÓN DE DATOS	
	MÉTODO PARA CAPTAR INFORMACIÓN.	
	RESULTADOS DE TABLAS Y GRAFICAS	
X.-	DISCUSIÓN.....	59
XI.-	CONCLUSIONES.....	66.
XII.-	RECOMENDACIONES.....	67.
XIV.-	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	69.
X.-	ANEXOS.....	74

MARCO TEORICO.

El recurso más importante en la lucha contra el cáncer del cuello de la matriz es un diagnóstico temprano, y tratamiento precoz de las lesiones epiteliales precursoras de cáncer, Cervicouterino. De los diferentes tipos de cáncer el de cervix, que es uno de los más frecuentes en nuestro país, gracias a los nuevos avances clínicos y de investigación en los últimos años han permitido disminuir el índice de las mujeres sospechosas.

A pesar de que no se conoce ningún método eficaz para la prevención de este tipo de cáncer, el examen Citológico cervical es un procedimiento sencillo, rápido que no causa molestias, de bajo costo, aplicable a grandes grupos y con grado de confiabilidad.

Es un documento institucional creado para la utilización de datos o antecedentes de las pacientes que acuden a que se les practique un examen, en donde se puede obtener datos que permiten diagnosticar oportunamente, un cáncer Cervicouterino, así como otros hallazgos histopatológicos que permite instituir un tratamiento curativo y preventivo.

Es un programa institucional a nivel nacional que contempla aquellas acciones encaminadas a detectar en forma temprana alteraciones celulares con tendencia a la malignidad Cervicouterina.

Los factores de riesgo que se toman en cuenta en un 95%, son la escolaridad, el tabaquismo, la edad de inicio de vida sexual activa, la edad del primer parto, el número de parejas sexuales, número de partos. El carcinoma de cervix es el primer tumor sólido en el cual se comprobó la participación viral, tiene una localización anatómica que ha permitido con precisión, definir los cambios celulares que eventualmente conducen a la malignidad, con degeneración a cambios neoplásicos, y que hace que esta patología sea la neoplasia mejor conocida en la actualidad.(1).

El cáncer Cervicouterino, ocupa unos de los primeros lugares de muerte por un tumor maligno en la mujer, hecho que debe de considerarse inaceptable, ya que el cáncer Cervicouterino se puede prevenir con la detección de las lesiones Premalignas (Displasias) , ya que al ser tratadas se interrumpen la historia natural de la enfermedad. La detección se efectúa mediante la prueba de Papanicolaou, (cita) que en la actualidad sigue siendo la intervención más adecuada para tamizar a la población.

El cáncer Cervico uterino es uno de los canceres más frecuentes, ocupando el segundo lugar en las mujeres de México y de todo el mundo.

El uso extendido de la citología CERVICOVAGINAL ha permitido el diagnostico temprano en la mayoría de los casos, un porcentaje muy importante se sigue diagnosticando en estadios avanzados.

SE REQUIERE

Coberturas mayores de mujeres en edad reproductiva, por lo que el programa debe de buscar intencionalmente a mujeres que nunca se han hecho la detección o con menos de tres años sin realizárselo.

El diagnóstico y tratamiento oportuno es lo que exige la estrecha coordinación entre el primero, segundo o tercer nivel de atención, y una rápida referencia en el proceso y atención. ⁽¹⁾

Objetivos del programa:

1. Incrementar la cobertura de la detección

2. Identificar las lesiones precursoras tempranas de cáncer

Cervicouterino y la relación con la leucorrea así como con los agentes causales.

3. Promover el diagnóstico y tratamiento oportuno para disminuir la morbilidad en las CERVICOVAGINITIS y cáncer de cervix. ⁽¹⁾.

Principales elementos de progreso clínico y de investigación

Que han contribuido a los avances recientes, pueden resumirse cronológicamente como sigue.

En el año de 1900 CULLEN, descubrió e ilustró por primera vez lo que le llamo Capa de epitelio superficial carcinomatoso.

En 1910 RUBIN, comunico dos casos de carcinoma incipiente del cervix, concluyendo que esta neoplasia del epitelio superficial, es la etapa más temprana del carcinoma escamoso del cervix. ⁽²⁾

A partir de 1927, HINSELMAN, desarrollo su técnica Colposcópica, que permitió por medio de la observación amplificada del cervix, la demostración de zonas de epitelio atípico en las cuales puede residir el cáncer en las fases iniciales.

En 1928 Papanicolaou , publico su comunicación preeliminar sobre el diagnostico citológico de cáncer, lo cual habría que refrendar después con amplia experiencia y métodos de tinción perfectamente en su monografía publicada en 1943 , cabe mencionar también que Papanicolaou se encuentra entre los primeros que desarrollaron una técnica citológico que permitió descubrir el ciclo celular vaginal de la mujer ⁽²⁾.

En este grupo de pioneros también se encuentra SCHILLE, que descubrió la técnica de impregnación del cervical con solución yodada a fin de descubrir las zonas yodo negativas que con frecuencia son asiento de lesiones a veces análogas. Así como también MEYER, el gran patólogo alemán que realizo trabajos con carcinoma temprano de cervix publicados en 1941. Se atribuye a BODERS, el haber acuñado en su comunicación en 1932 el término de carcinoma In Situ. ⁽²⁾.

El progreso de las últimas décadas tanto en conocimiento como Técnicas y metodología, permiten suponer teóricamente que el cáncer de cervix puede prevenirse, ya que esta enfermedad puede detectarse y curarse en las fases preclínicas y PRE-INVASOR.

Numerosos estudios clínicos, han confirmado que el carcinoma In Situ tienen su máxima frecuencia en edad menor que el cáncer invasor, que la mayoría incidencias de displasias ocurre también a una edad menor que corresponde al carcinoma In Situ. Estas observaciones clínicas y la aparente realidad de que existe una progresión morfológica de las atípicas celulares, pasando por la displasia benigna la moderada, la severa al carcinoma In Situ, sugieren una continuidad en la evolución de este proceso. De acuerdo con la revisión de BORONOW, sugiere que aproximadamente del 20 % al 50 % de las displasias cervicales regresan a la normalidad, mientras que del 1 al 20 % de displasias moderadas y hasta el 65.5 % de las displasias severas progresan a carcinoma In Situ. De datos clínicos derivados de este estudio los autores deducen que el índice de un grado de displasias al grado superior es constante y no depende de la edad y sugiere que la displasia progresan en forma continua y que conduce al carcinoma In Situ y posteriormente al carcinoma escamoso invasor por lo que se han propuesto abandonar la terminología artificial entre displasias y carcinoma In Situ. Puede subclasificarse en cuatro clases de acuerdo al grado de diferenciación. Correspondiendo a la clase I displasia benigna, Clase II, displasia moderada, clase III, displasia severa, clase IV, carcinoma In Situ.(3,4)

Por otra parte, en vista que el máximo de frecuencia en que se presenta el carcinoma In Situ corresponde a los 35-50 años de edad y para el cáncer invasor la incidencia se presenta entre los 45 y 50 años de edad, parece evidente que entre uno y otro hay un intervalo de 10 años, según autores como DUNN y MARTÍN (4).

Se comprende pues, que si la displasia progresa en la gran mayoría de los casos a carcinoma in situ y este puede evolucionar en un periodo más o menos largo a un carcinoma invasor, en el momento actual y en base a los estudios que se han comentado no hay justificaciones para esperar la evolución de una displasia, sino que esta debe ser tratada en cuanto sea detectada por el método que este indicado según el caso ⁽⁵⁾

Por otra parte, la leucorrea constituye un síntoma ginecológico que por que se presenta con mayor frecuencia y aparece por lo menos en un tercio de todas las pacientes ginecológicas , entendiéndose por Leucorrea a cualquier flujo vaginal , raramente es grave y suele acompañarse de infecciones simples del cervix, vagina, trompa, En condiciones normales todas las partes de la mucosa genital se mantienen húmedas, por las secreciones propias o por las que se origina en un segmento de un tanto más alto del conducto. Normalmente las secreciones no salen al exterior, aunque son pocas las mujeres relativamente que no hayan tenido en un momento u otro de su vida por lo menos un ligero flujo exterior, el flujo puede ser mas que un exceso de una secreción por lo más normal, estar formados por exudados normales producidos por lesiones patológicas situadas a cualquier nivel del conducto genital.

Hablando en el sentido estricto las secreciones vulvares , o se toman en cuenta por ser un órgano externo sin embargo dicha secreción puede llegar a formar parte de la leucorrea que aqueja a la enferma, la cual ignora de donde procede, además de las muchas glándulas sebáceas y sudoríparas que existen en la vulva, las glándulas bulbo vaginales y las de BARTHOLIN

forman parte de este órgano y desempeñan el papel de la lubricación secretando moco espeso viscoso y que cuando hay infección se produce secreción que puede ser purulenta . A pesar de que la vagina esta desprovista de glándulas, su superficie se mantiene húmeda gracias a la secreción de las glándulas cervicales y en grado menor trasudación de su propia superficie, dichas secreciones se mantienen ácidas por la formación de ácido láctico por el bacilo de Doderlein, y cuando hay inflamación o infección de la vagina se produce un exudado que puede ser muco purulento.

Las glándulas de la mucosas del cervix son la fuente principal de la secreción que normalmente existe en vagina, no es extraño por tanto, que constituye un punto de partida principal el derrame Leucorreico, la secreción normal se reduce a un moco viscoso cuya cantidad varia según las fases del ciclo menstrual, las estructuras histológicas del cervix en sus muchas invaginaciones glandulares le hacen propensas a la infección, ocasionando alteraciones patológicas en la secreción.

También es importante tener en cuenta que las mujeres embarazadas aumentan la secreción vaginal y en la mayoría de los casos, no tienen causa patológica y un factor que constituye a esto la mayor formación de moco por las glándulas cervicales.

El endometrio contiene innumerables glándulas, estas son inactivas hacia la fase post-ovulatorias, sin embargo se produce cierto grado de trasudación serosa que a veces puede aumentar de volumen a consecuencia de factores vasculares, endocrinos, endometriosis, miomas, pólipos,

carcinomas y otros tumores uterinos que no es raro que originen exudados sobre todo cuando se complican con infecciones o necrosis

Las trompas en ocasiones presentan leucorrea de origen tubarica sobre todo aquellos casos de salpingitis profunda en la cual un hidrosalpinx vacía periódicamente su contenido al útero.

Según N .J. FIUMARA y COLS, describieron a la leucorrea como la secreción de una cantidad de flujo mayor que el normal, que presenta características variadas que pueden relacionarse con el trastorno que lo provoca .Siendo las causas más frecuentes: (6,7)

DEFINICIONES.

El medico familiar nunca debe de olvidar que el prurito y el exudado vaginal son unos de los síntomas más molestos para las mujeres. Muchas pueden soportar una sintomatología ligera hasta que una exacerbación se convierte en problema, aunque la historia clínica y la exploración física tienen utilidad, y establecer el diagnostico por pruebas apropiadas.

LEUCORREA.

Aunque el termino de **Leucorrea** significa se le da el nombre a cualquier flujo, exudado o secreción blanca, el color puede varias de acuerdo a la etiología, La causa más frecuente es una infección vaginal.aunque encontramos otras causas,(menarquia, anticonceptivos orales, cuerpos extraños, sustancias químicas irritante o características de alguna

enfermedades) el diagnóstico se puede hacer sintomático, clínico, y el tratamiento puede ser, etiológico, y laboratorial esta secreción esta representada la flora vaginal normal y es posible encontrar estreptococos, enterococo, difteroides.

Rara vez puede ser grave, puede ó no acompañar de infecciones simples o complejas del cuello, vagina o trompas.

En condiciones normales todas las partes de las mucosas genitales se mantienen húmedas por las secreciones propias o que se originan en el segmento más alto del cervix, formados por secreción mucosas originada de la bóveda vaginal y la acumulación de las células epiteliales vaginales . en la mujer madura el exudado vaginal en que ocurre manchado de la ropa, mal olor, irritación y si le impide la función se le considera anormal. Puede ser producto de lesiones patológicas situadas a cualquier nivel del conducto genital ^(6,7).

CERVICITIS.

Es la inflamación del cuello uterino, puede ser aguda o crónica, y encontramos erosión endo y ectocervix y eversión (ectropión), las cervicitis pueden ser por causas bacterianas, micóticas, cuerpos extraños, virus, protozoarios y traumático. (8).

Muy frecuentemente, una infección es la causante de la cervicitis. Sin embargo en unos pocos casos se puede atribuir a una exposición química, o a un cuerpo extraño, como el pesario, un capuchón cervical, el dispositivo

intrauterino, el diafragma, puede ser también la alergia a espermaticidas, anticonceptivos, y, condones de látex.

La cervicitis es muy común, y afecta a más de la mitad de las mujeres en algún momento de la vida adulta. Un mayor riesgo está en el coito a temprana edad, con un comportamiento sexual de alto riesgo, con múltiples parejas sexuales y antecedentes de cervicitis crónica por largo plazo, que puede persistir, meses o años. Y puede ser factor desencadenante de dispareunía. (8, 9,10).

La infección, la más de las veces, suele ser de tipo benigno, y se puede localizar de forma crónica a nivel de cuello, que por lo general ha sufrido algún desgarro. Puede persistir en esta región durante muchos años, y generalmente el único síntoma que produce es la leucorrea constante^(10, 11,12.)

VAGINITIS.

Es la presencia de una infección o reacción a nivel vaginal. Es uno de los problemas más frecuentes que se presenta para resolver, pero como la histología de vagina varía con la edad, los síntomas pueden variar y la flora normal que encontramos en la vagina puede encontrarse desde estreptococos, estafilococos, bacilos de Doderlein, lactobacilos, y el síntoma más frecuente que se encuentra es la leucorrea, hay que descartar que durante el ciclo menstrual encontramos leucorrea dependiendo de la etapa en que se encuentre ya sea antes o después de la menstruación⁽¹³⁾.

CERVICOVAGINITIS

La secreción en forma de leucorrea, Por diferente etiología en la cuales encuentran síntomas en el cervix, como en la vagina en forma conjunta (14).

VULVOVAGINITIS.

Es la presencia de síntomas y secreción en región Vulvar y es importante no olvidar que el prurito y el exudado vaginal son de los síntomas más molestos para la mujer, y que es verdadero problema que se puede convertir en una urgencia sentida, se debe de establecer el mediante pruebas apropiadas, la causa pueden ser variables⁽¹³⁾

Debemos de tomar en cuenta las enfermedades vulvares, y que muchas enfermedades cutáneas se manifiestan con síntomas vaginales, la mayoría de ellas como dermatosis seborreica, soriasis, tiña, pediculosis, con características únicas y obvias, cuando el medico no encuentre tales características, debe de realizar estudios para establecer un diagnóstico certero.

Otras enfermedades vulvares que se deben de tomar en cuenta por los síntomas comunes que presentan como edema, prurito ardor y dolor son Vestibulitis, liquen escleroso, liquen simple crónico, liquen plano, (14).

DERMATOSIS POR CONTACTO Y QUÍMICOS.

Esta posibilidad pasa muchas veces desapercibida y por alto, en las pacientes con la vulvitis, cualquier agente tópico aplicado en el área genital,

(incluyendo el nonoxinol-9 y la goma de los preservativos). Puede actuar como alérgeno. El cuadro se caracteriza por enrojecimiento y tumefacción, de la vulva o por la mucosa vaginal que exuda un fluido claro, también es importante aclarar si el paciente recibe constantes irrigaciones esto da origen a la denudación que inflama y desprende la mucosa. (14).

FORMA DE LA DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER.

Es la forma del documento institucional creada para la recolección. (003-0019-01, Vigilancia Epidemiológica de Cáncer Cervico Uterino solicitud de Citología cervical).

Los datos, o los antecedentes de los pacientes que acuden a que se les practiquen un examen en donde se puede obtener datos que permitan diagnosticar oportunamente, el cáncer Cervico uterino, así como otros hallazgos histopatológicos que permiten instituir un tratamiento curativo y / o preventivo.(1,2)

DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CÉRVICO -UTERINO.

Es un programa institucional a nivel nacional que contempla acciones **aquellas** encaminadas a detectar en forma temprana alteraciones celulares con tendencia a la malignidad Cervicouterina. (1,2).

HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS.

Son todas aquellas características celulares anormales concentradas en las muestras Colpocitologicas designadas en la forma de detección de cáncer Cervico-uterino.

ATÍPIAS CELULARES.

Término utilizado para definir todas aquellas variaciones morfológicas de lo normal de células epiteliales o glandulares que en ocasiones están asociadas con agentes virales, bacterianos, parásitos etc., y que pueden llegar hasta la metaplasia:

HALLAZGOS ADICIONALES.

Se refiere a la presencia de: imagen de virus del papiloma herpes, virus del herpes, trichomonas, bacterias, hongos y otros. O en su caso ninguno a de los anteriores. Forma (003-0019-01). Anexo.

REACCIÓN INFLAMATORIA.

Término utilizado en citología Exfoliativa, para describir aquellos hallazgos caracterizadas por acumulo de leucocitos, exudado, deposito de fibrina, subdivididos en 4 según la cantidad encontrada:

ANTICONCEPTIVOS ORALES.

En algunos pacientes que se usan anticonceptivos orales, en los que predominan los estrógenos, la leucorrea que se presenta se puede considerar inocua. El exceso de moco cervical neutraliza la acidez de la vagina y la cambia de ácida a alcalina, el moco es claro adherente y de olor inofensivo. Se han señalados vaginitis por levaduras y trichomonas y se puede relacionar con la atrofia de la vagina que ocurre por los valores bajos de estrógenos y los cambios que hay en los carbohidratos. Estas vaginitis en muchas de las veces son rebeldes al tratamiento, y en ocasiones hay que suspender los anticonceptivos orales.⁽¹⁵⁾

En algunas ocasiones, la única causa de leucorrea es una erosión cervical con el empleo de anticonceptivos orales. Las hormonas contenidas en los anticonceptivos orales hacen que sea mayor la porción del endocervix expuesta al medio ambiente de la vagina, lo que provoca la irritación y exudación de la mucosa. La anomalía suele ser asintomático. Este diagnóstico se excluye si la paciente presenta síntomas. (16).

CUERPOS EXTRAÑOS.

Muy Frecuentemente la infección es la causa de la cervicitis. Sin embargo, en unos pocos casos se puede atribuir a una exposición química o a un cuerpo extraño, como un pesario, un capuchón cervical o un diafragma, y el DIU, la causa también puede ser una alergia a los espermaticidas, anticonceptivos locales, como óvulos, condones de látex puede producir

irritación de la piel en cualquiera de los miembros de la pareja, y se cree que es por alergia al látex debido al nonoxinol-9 o el octoxinol que son detergentes que inmovilizan a los espermatozoides.

En los casos que están involucrados objetos extraños, la infección sigue siendo con frecuencia la causa de la cervicitis, no obstante la presencia de un objeto extraño puede hacer que el cuello sea más susceptible a la infección.

Los beneficios de los espermicidas como el nonoxinol-9 reduce los riesgos de VAGINOSIS bacteriana, y de las enfermedades de transmisión sexual, en las que se incluye la infección por HIV, si se utiliza con un condón o un diafragma, pero sin embargo el nonoxinol-9 puede aumentar la alergia al látex cuando se utiliza con condones de ese material o con diafragmas. (17,18).

GONORREA.

La gonorrea es la enfermedad de transmisión sexual más reportada en los E.U.

La Gonorrea se puede presentar como cervicitis o vaginitis o ambas en niñas de edad prepúberes y en las fases tempranas de la enfermedad en las mujeres de edad fértil.

El flujo vaginal de la gonorrea es abundante profuso inoloro no irritante y de color blanco cremoso a amarillo, En los Estados Unidos de Norteamérica y en muchos otros países se considera epidémico. Después de haberse venido observando un incremento anual del 10% al 15 %.

La infección puede ser recurrente debido a los tratamientos incompletos, re-infecciones, infecciones por cepas resistentes, o coinfecciones con CHLAMYDIA TACHOMATIS hasta el 40 %.

Se identifican algunos factores de riesgo relacionados con el ejercicio de la prostitución, La prevalencia de infecciones de transmisión sexual en forma global es elevada, y la frecuencia del uso de condón es aceptable según los parámetros sociales y de vigilancia epidemiológica para el control de infecciones de transmisión sexual.

La cervicitis, en la fase aguda que se observa clínicamente, normalmente es causada por gonococo, y el aspecto del cuello aparece enrojecido congestionado y algo inflamado, y se observa por el conducto endo-cervical un exudado profuso y purulento, puede ser blanco o amarillo.

(19).

VAGINOSIS BACTERIANA.

Es el diagnóstico más frecuente en las pacientes, el 50 % de las mujeres con Vaginosis bacteriana son asintomáticas, antes utilizada para definir la entidad de VAGINOSIS inespecifica o causada por *Gardenella*, los cambios encontrados en las alteraciones de la Flora Bacteriana de Vagina, la pérdida o disminución de lactobacilos, y aumento del PH vaginal(más 4.5) a incrementado las bacterias anaerobias y aerobias múltiples llamada antes(*C. Vaginalis* y *HAEMOPHILUS Vaginalis*). La Vaginosis se trasmite por contacto sexual, y aunque de poca virulencia produce vaginitis. La enfermedad puede ser atípica y aun más complicada cuando este microorganismo coexiste con otros más virulentos. El olor a

pescado característico de la Vaginosis Bacteriana se debe a las bacterias anaerobias como (Bacteroides, Prevotella, estreptococos y especies de Mobiluncus y micoplasma genitales. Se puede sospechar en base al aspecto microscópico no de las células vaginales exfoliadas no teñidas en una preparación húmeda que parece contener muchas partículas pequeñas oscuras que en realidad son G. Vaginalis. Estas células indicadoras “son signos de presunción de la presencia de este microorganismo en caso de infección mixta. La tinción de Gram. Es otro método útil para establecer el diagnóstico de VAGINOSIS bacteriana. El diagnóstico de VAGINOSIS bacteriana por lo general se basa a los resultados clínicos, luego de excluir el resto de otras causas, el PH vaginal por lo común es de 5.0, a 6.0, cuando se agrega una gota de KOH a una alícuota de flujo vaginal a menudo se despierta un olor “a pescado” (prueba de “olfateo” o del “olor” positiva). El diagnóstico se puede establecer con tres de los siguientes **cuatro** criterios

Criterios clínicos para el diagnóstico de VAGINOSIS bacteriana.

- 1.- PH > de 4.5.
- 2.- Células “en clava” 33%
- 3.- KOH positiva.
- 4.- Flujo homogéneo. (20,21)

VAGINITIS ATRÓFICA

La vaginitis atrófica, es una causa común de síntomas vaginales en las mujeres menopausicas, la posibilidad de este diagnóstico se debe de considerar en la evaluación de diversos cuadros, la falta de estrógenos

produce un epitelio vaginal fino y células deficientes en los ácidos que proporcionan a la mujer, en edad prepúberes, lactantes y posmenopáusicas que carecen de la estimulación vaginal por estrógenos endógenos y de un ecosistema vaginal equilibrado, por lo tanto, la mucosa se erosiona y traumatiza con facilidad. Los síntomas pueden incluir falta de lubricación vaginal durante el coito, prurito, dispareunía con o sin exudados. Y el PH vagina es anormalmente elevado. Y la flora acidógena normal de la vagina es sustituida por una flora mixta. La mucosa vaginal se adelgaza y de este modo el epitelio es más sensible a la infección y a los traumatismos.

En la exploración, los pliegues aparecen aplanados y la mucosas de color rosa pálido, con falta de lubricación del cervix suele ser atrófico y muchas veces friable, la preparación húmeda es negativa, y la terapia hormonal sustitutiva representa un tratamiento de elección, de debe de recordar a la paciente la posibilidad de que aparezcan exudados vaginal es cuando las células maduran otra vez. (20).

TRICHOMONIASIS VAGINAL.

Esta infección es una de las causas más frecuentes de leucorrea, aproximadamente el 25 % de las mujeres norteamericanas son portadoras de trichomonas a veces sintomáticas. Por lo general, el parásito se trasmite por contacto sexual, aunque puede haber casos de transmisión no venérea, en lo particular en la preadolescencia.

Este microorganismo que tiene como único huésped conocido el ser humano, por lo regular este parásito, y coexiste con otros microorganismos transmitidos por contacto sexual, se encuentra de manera asintomático en las secreciones vaginales y cervicales de las mujeres y del líquido seminal en los hombres, por lo que reservorio puede ser el hombre o la mujer, alrededor del 1 de cada 5 mujeres desarrollan Trichomoniasis durante su vida, la incidencia no se relaciona con edad, ciclo, anticonceptivos, día del ciclo menstrual o la frecuencia de relaciones sexuales.

El microorganismo infecta de manera predominante vagina, uretra, endocervix y vejiga, lo que produce una multitud de síntomas en la mujer en edad reproductiva y los principales síntomas es flujo vaginal mal oliente, profuso, y varía en apariencia de acuerdo a la severidad de la inflamación y de la infección secundaria. El flujo se

Describe de 10 al 20 % de los pacientes sintomáticas presenta flujo espumoso y burbujeante, blanco acuoso a espeso, amarillo verdoso por la fermentación de CO₂. Pero se puede encontrar en cualquier color y textura. El parásito protozoario secreta una esotoxina muy irritante que produce lesión en las paredes de la vagina. A la exploración física la vulva y la mucosa vaginal pueden presentar color rojo intenso, con petequias cervicales y hemorragias subepitelial (“cervix en fresa”),(placas en frutilla), Puede provocar prurito intenso y dolor y muchas veces acompañado de polaquiuria a causa de una cistitis concomitante, el cervix puede estar muy comprometido y la sinusorragia a menudo se asocia con cervicitis por lo que resulta imprescindible un examen microscópico del exudado.

Además cuando la infección es severa puede haber eritema vaginal y vulvar, edema y excoriaciones, la paciente puede referir prurito, sensación de quemazón , disuria y dispareunía.

El diagnóstico puede confirmarse por el examen microscópico de una preparación en fresco. Se identifica del 80 a 90 %, y también puede identificarse en el frotis de Papanicolaou.

Es interesante destacar que la inmunofluorescencia directa con anticuerpos mononucleares diagnosticó el 86 % y que presenta un futuro promisorio como auxiliar para nuestros métodos diagnósticos actuales.

Debido al escaso valor predictivo positivo del hallazgo de trichomonas en los frotis de Papanicolaou, este diagnóstico debe de confirmarse por medio de cultivos y preparación húmeda.

Aunque es más Confiable el cultivo de secreción CERVICOVAGINAL (19, 20,21).

VAGINITIS CANDIDIASICA

Constituye una de las enfermedades más común y benigna del tracto genital inferior, la PREVALENCIA es mundial, pero por lo general se encuentra en los climas tropicales y subtropicales. En E.U. es la segunda causa de mayor incidencia después de la bacteriana, de VAGINOSIS sintomática, afecta cerca del 20 % de las mujeres la mayoría de los casos de la VAGINOSIS micotica es producida por CÁNDIDA; en 67a 95 % de las pacientes se aísla la CÁNDIDA Albicans, se identificaron cerca del 200 cepas de cándidas por año, la infección es frecuente en pacientes diabéticas,

mujeres embarazadas y bajo tratamiento y todas tienen la misma capacidad para colonizar vaginitis. Especialmente, *Torulopsis Glabrata* y otras especies diferentes de *C.ALBICANS*.

Son patógenas y pueden ser responsable de las infecciones micóticas, y estos microorganismos pueden ser responsables tanto de las recurrencia como de los fracasos del tratamiento. Así como de la transmisión como de su desimanación encontrándose en presencia de enfermedad sintomática.

La *Cándida Albicans* se identifica con mayor frecuencia en mujeres de edad fértil reproductiva se desconoce el por que es patógena en algunas mujeres y en otras no.

Los riesgos identificados son la toma reciente de Antibióticos, Diabetes mellitas, agentes Inmunosupresores y el Embarazo, en jóvenes con segundo y tercer grado de obesidad y las que toman anticonceptivos, además las mujeres que llevan prendas interiores ajustadas y firmes como consecuencia del aumento de la temperatura local y de la humedad y por la irritación directa es importante destacar que rara vez se aísla en mujeres antes de la menarca y en la menopausia por lo que siguiere la dependencia hormonal de esta infección.

El cuadro clásico son flujo espeso, blanco, como” queso cottage “que tienen grumos que semejan leche cortada, se caracteriza por prurito vaginal, enrojecimiento de las áreas vulvar y vaginal con edema y excoriaciones, en las superficies de los epitelios también puede haber placas adherentes elevadas, blancas o amarillas, el prurito intenso es el síntoma

más molesto a las mujeres y por lo regular es la queja más frecuente y puede impedir la actividad normal.

El diagnóstico es menor realizar en examen pélvico cuando presenta estos síntomas, el diagnóstico de la infección por *Cándida* se sospecha sobre los síntomas y el examen físico, y se puede hacer la toma de una muestra y observarse con un objetivo seco el hallazgo de pseudohifas y ramificaciones de los microorganismos pertenecientes a *Cándida*. Se le puede agregar a la muestra una gota de (KOH) al 10% destruye todas las células excepto los hongos. Esta concentración detecta casi el 80 % de *Cándida* en las pacientes infectadas. El método más confiable es el cultivo en el medio de Sabouraud y los cultivos en el medio de Nickerson también disponible y con sensibilidad de un 95 % el cultivo solo debe realizarse cuando hay una sospecha de clínica de una *Candidiasis* vaginal, y el examen microscópico es negativo.

Contra la creencia de muchos médicos y pacientes, las infecciones MICÓTICAS verdaderas quizás sean solo alrededor de la tercera parte de todas las infecciones vaginales. Que el 20 % de las mujeres son sintomáticas. Se puede hacer diagnóstico de laboratorio con una tinción de Gram, cultivos Y debe sospechar por las recaídas frecuentes. (21, 22, 23,24 31,33).

CÁNDIDA NO ALBICANS.

La Cándidiasis Vulvo - Vaginal es la patología más frecuente, se estima que por lo menos el 75% de las mujeres tienen un episodio durante la vida y entre 40- 50 % pueden tener dos o más, y en un 5% se puede presentar en una forma recurrente.

Es decir, se presentan 4 o más episodios clínicos por año.

La cándidiasis genital es un patología recurrente y frecuente en las mujeres, en el 5% se presenta en forma recurrente, y requiere de tratamiento más prolongado .El género Cándida presenta varias especies, las más frecuentes responsables de la cándidiasis vaginal, y Vulvovaginal, so.: Cándida Albinacans 71.91%, Cándida glabrata 11.80%, Cándida tropicales 7.87%.

Debemos de tener en cuenta que una leucorrea recurrente muco purulenta, nos podemos enfrentar ante una cervicitis tuberculosa, y que se puede contraer por medio de relaciones sexuales y se puede confundir la lesión con un carcinoma del cuello, el diagnóstico es difícil pues aún con una biopsia se puede confundir con una lesión maligna. (23, 24, 25, 26, 31,33).

GARDNERELLA VAGINALIS.

(Antes clasificado como Haemophilus Vaginalis o Corynebacterium vaginale) con frecuencia se aísla en el 90 % de las secreciones vaginales, actualmente se puede encontrar en el 40-50% de las mujeres normales sin signos ni síntomas de infección vaginal.

Este es un bacilo. Gram. Negativo, también es causa de leucorrea, de color blanco, de color acre, no muy abundante.

El microorganismo se localiza en la superficie de la vagina. Es importante asistir en la supervisión histológica periódica de la mujer, que hace algunas décadas se considero necesario a partir de los 35 años edad, se ha ido recomendando a las mujeres de edades menores y actualmente se aconseja que desde los 20 años de edad debe de ser vigilada si es o fue casada, o inicio con vida sexual activa a edad temprana, o en resumen desde que inicia su vida sexual activa.⁽²⁷⁾.

CERVICITIS POR CLAMIDIA.

(Chlamydia trachomatis, parásito obligado intracelular específico del ser humano) hasta el momento se han identificado 15 serotipos de clamidias asociadas con tres grupos principales de infección estos son, Linfogranuloma venéreo (LGV) producido por los serotipo L1, L2 y I3; tracoma ocular endémico Ba y C, y I enfermedades de transmisión sexual e infecciones perineales por los serotipos D a K , la clamidia depende de la célula del huésped para obtener energía y nutrientes ya que no contiene sistema enzimático capaces de genere ATP . Solo es capaz de una actividad metabólica limitada por lo consiguiente el microorganismo se le denomina “parásito energético “.

La infección por CHLAMYDIA se considera una Enfermedad de transmisión Sexual, en la actualidad la enfermedad más prevalerte en los EU. Se desconoce la incidencia verdadera de esta infección Y aunque no

produce vaginitis, El cervix es el sitio de mayor colonización por C. Trachomatis en la mujer lo cual produce endocervicitis los síntomas clínicos más específicos para la infección son, flujo purulento o mucoso, Sinusorragia y Vaginitis purulenta, puede haber una infección asintomática, no afecta las células escamosas y no se asocia por sí sola con vaginitis, se observan el cervix-erosionado, con exudado mucoso purulento, cervix edematoso congestionado y la posibilidad de encontrar hipertrofia del tejido cilíndrico endocervical (ectropión) la clamidia también asciende por la uretra por lo que produce uretritis tanto en hombre como en mujeres, puede ascender por las trompas provocando salpinguitis aguda y enfermedad pélvica inflamatoria. Vuelve a aparecer y está justificado el tratamiento empírico por la sospecha y donde por medios de cultivos los cuales pueden mostrar anticuerpos séricos tipo 2 en los casos bien declarados. (28, 31,32).

. VULVOVAGINITIS Y CERVICITIS HERPÉTICA.

EL HERPES GENITAL es considerada una infección de transmisión sexual puede ser causada por virus simple I o II, (HSV-I o HSV-II) es la causa más común de úlceras genitales el 85 % es debida al HSV-II y el 15% al HSV tipo I.

Los pacientes con infecciones por Herpes virus I pueden presentar solamente ardor externo y un exudado mínimo, sin ulceraciones externas o en el del cervix, y molestias recurrentes este diagnóstico es difícil de establecer al menos de que se realice un cultivo

La incidencia de la enfermedad sintomática es de 1 a 2 % de la población pero entre el 50 y el 80 % de los adultos presentan anticuerpos contra herpes virus

(HSV-1 o HSV-11) el herpes genital parece afectar con mayor frecuencia al grupo etéreo comprendido entre los 15 y 50 años de edad

La Vaginitis y la Vulvovaginitis herpética es una enfermedad recurrente de 3 a 4 veces más probables, luego de la infección por HSV-1, y es necesario subrayar que el 25 % de las recurrencias es asintomático, pero sin embargo es sabido que las personas asintomáticas eliminan virus infectados.

Clínicamente las infecciones genitales por HSV aparecen con tres manifestaciones clínicas distintas.

El primer episodio clínico de Herpes primario, el herpes no primario y el recurrente.

Primer episodio clínico de Herpes Primario.- la infección inicial del paciente sin anticuerpos circulantes contra(HSV-1; HSV11), las manifestaciones clínicas que, presenta el presenta son síntomas locales muy severos con lesiones dolorosas múltiples que progresan de vesículas a una fase ulcerativa, con adenopatías inguinales, y efectos sistémicos como fiebre, malestar general, mialgias cefalea, náuseas.

Primer episodio de herpes no primario.-es una infección que se presenta en pacientes con anticuerpos circulantes contra (HSV-1, HSV-11), las manifestaciones clínicas son similares a la del herpes recurrentes, con síntomas locales leves que duran unos pocos días en comparación con los

episodio primario, el número de lesiones es menor y las manifestaciones sistémicas de la enfermedad están ausentes. La duración de la excreción viral es más corta y la probabilidad de la excreción de (HSV) simultáneo del cervix es menor que en la enfermedad primaria.

Es probable que la mayoría de los casos de herpes genital no se presenten con las lesiones clásicas como vesículas o úlceras agrupadas dolorosas. Y es más probable que sufran úlceras genitales inespecíficas (29).

PAPILOMA VIRUS HUMANO.

Actualmente se observa que hay por lo menos 35 de los más de 100 tipos de (HPV) documentados que infectan el tracto genital, los tipos 6,11 causan verrugas externas e internas, visibles y puede ser que el virus no produzca síntomas al menos que el crecimiento de las verrugas sea lo suficientemente grande para originar un proceso exudativo. Mientras que los tipos 16, 18, 31,45, virus del Papiloma Humano se asocia normalmente con displasia cervical.

Se asocia en las lesiones epiteliales escamosas y cánceres escamosos del tracto genital.

Se debe hacer frecuentemente Papanicolaou, ninguna forma de tratamiento se ha demostrado que es superior que las demás o que es capaz de erradicar el virus.

El virus del papiloma humano (HPV). fue oficialmente declarado como carcinógeno para el humano en 1995 por la Organización Mundial de la Salud, no obstante lo anterior, de las mujeres infectadas HPV sólo un

pequeño grupo desarrollará cáncer, de ahí se desprende que además de las infecciones deben de coincidir diversos factores de riesgo para la transformación neoplásica del epitelio cervical infectado por HPV, unos involucra variantes del HPV, como los virus de alto riesgo predominantemente(HPV-16, HPV-18,HVP31 Y HPV 45) han sido así reconocidos como la principal causa de cáncer cervical y sus lesiones precursoras(19).

Hay evidencias epidemiológicas que mediante la detección e HPV sugieren que más del 50 % de los adultos sexualmente activos se infecto con uno o mas tipos de HPV. La transmisión es sexual, implica un contacto íntimo de la piel del tracto genital y parece exacerbarse por la humedad y la ruptura del epitelio.

Es importante mencionar que aunque la mayoría de las infecciones son asintomáticas hay dos síntomas y signos clínicos que son dignos de mencionar, son, sensación de ardor, dolor, sangrado, y es habitual la presencia de verrugas en múltiples sitios y de forma variada, pueden se condilomas acuminados, vesículas, pápulas, máculas, verrugas queratósicas puede tener resolución natural, persistir o exacerbarse. (29).

AMEBIASIS VULVAR.

La amebiasis genital causada por *Entamoeba Histolytica* es poco frecuente, en México, donde la enfermedad es endémica, nos puede presentar leucorrea abundante, ulceraciones, dolor, induración de los glúteos, fístula rectal, en la citología vaginal y biopsia de tejido se observa trofozoito, sin células neoplásicas, los antecedentes de las fístulas de largo tiempo de evolución, de medio socioeconómico bajo, mala higiene, y diabetes mellitus, son factores de riesgo asociados para la infección.(30).

IV. – PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Dado que la mayoría de las Participante de la UMF. No. 53 en ZAPOPAN que acuden a solicitar la toma de DOC. Presentan leucorrea, creo que es prudente establecer una guía de información oportuna para el medico familiar, adscrito a la consulta externa conozca la incidencia de hallazgos citológicos importantes, que se pudieran degenerar en patologías malignas y que gracias a la tecnología existente se podría prevenir.

¿Qué relación encontramos entre la leucorrea y los hallazgos citológicos en los reportes de los exámenes de DOC con los hallazgos de los cultivos Cervicovaginales realizados en las mujeres en edad fértil con vida sexual activa del consultorio 6 turno matutino de la UMF. No 53 en un lapso de 6 meses?

V. - JUSTIFICACION.

Al observar que en el año 2004, acudieron un número importante de mujeres derechohabientes al servicio de medicina preventiva a solicitar que les fuera practicado el examen de detección de Cáncer Cervico Uterino, en la UMF No. 53 de ZAPOPAN Jalisco, (en total se tomaron 6033 exámenes de DOC. De primera vez y 1639 subsiguiente, con un cifra final de resultados de 5,426 de citologías vaginales reportadas.), La presencia de leucorrea durante la toma de la muestra, la cual es un signo frecuente en las pacientes, y esto muchas veces, se presentan para solicitar que se les practique el examen de DOC.

Dentro de estos resultados de 2004 revisados, se reportaron los siguientes resultados con alteraciones citológicas (38 con NIC I, 6 con NIC II, 6 con NIC III, un caso de Cáncer in situ, un caso de Cáncer invasor, y 45 casos con Virus del Papiloma Humano.)

Gran parte de estas pacientes que acuden para realizarse el examen de DOC. CU. Presenta dicho signo (Leucorrea), por la cual se pretende encontrar una relación entre leucorrea y algunos hallazgos citológicos.

VI.- O B J E T I V O S.

GENERALES.

Relacionar la leucorrea y los hallazgos citológicos en los reportes de los exámenes de DOC con los hallazgos de los cultivos Cervicovaginales realizados en las mujeres en edad fértil con vida sexual activa del consultorio 6 turno matutino de la UMF. No. 53 en un lapso de 6 meses.

ESPECÍFICOS.

- 1.- Identificar y describir cuales son los hallazgos CITOLÓGICOS presentados y reportados en pacientes estudiadas.
- 2.- Identificar y describir los hallazgos clínicos en las pacientes estudiadas.
- 3.- Practicar estudio CERVICOVAGINAL en los casos que presenten leucorrea y analizar resultados

VII.- M E T O D O L O G I A.

DEFINICIÓN DEL UNIVERSO DE ESTUDIO.

Mujeres en edad de 16 de 60 años y más, con vida sexual activa que se presentaron a la toma de DOC. Y estén adscritos al consultorio 6 TM de la UMF # 53. I.M.S.S en Zapopan Jalisco, en un lapso de 6 meses, comprendido del 1 de julio al 31 de diciembre del 2005. (80 participantes).

TAMAÑO DE LA MUESTRA. - Se estudiara todo el Universo que acudió al examen de DOC: son 80 participantes

DISEÑO DEL ESTUDIO.

- **OBSERVACIONAL.** No se intervienen en las variables,
- **DESCRIPTIVO.** Se estudia solo una población
- **TRANSVERSAL.** Se hace una sola medición
- **RETROSPECTIVO.** El estudio se basa principalmente en fuentes diseñadas con otros fines (Forma NOM-014-SSA2- 1994)
- **PROSPECTIVO.** En los casos de reporte de leucorrea, se buscó a la paciente y se le solicitó un examen CERVICOVAGINAL.

DEFINICIÓN DEL GRUPO CONTROL (este estudio no requiere).

MÉTODO

PROCEDIMIENTO. El procedimiento de la toma de la muestra para llenar la forma NOM-014-SSA2- 1994 se hizo de acuerdo al Manual de Procedimientos para la Vigilancia, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento y Control del Cáncer Cervicouterino.(1).

Programas integrados de salud. Guía Técnica I.M.S.S. 2002. (,2).

MATERIAL. (Métodos y procedimiento) el recomendado por la Guía Técnica de Programas Integrados de salud detección de CÁNCER CERVICOUTERINO. (1,2). El necesario para tomar e interpretar los cultivos.

CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- 1.- Mujeres en edad de 16 - 60 Años.
- 2.- Mujeres con vida sexual activa.
- 3.- Mujeres a las que se les practico DOC.
- 4.-Mujeres adscritas al consultorio No 6 TM. UMF. 53
Zapopan Jal, I.M.S.S.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- 1- Posparto.
- 2- Posquirúrgico.
- 3- Las no aceptantes.

4- Mujeres que se practiquen DOC y no tengan resultado citopatológico confiable por una mala toma.

5.- Mujeres en las cuales no se identifico el cuello uterino (HISTERECTOMIZADAS).

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

1.- Mujeres que no cooperaron para realizarse su examen y que estuvieron muy tensas

2.- Las que no tengan completo su hoja de reporte de resultados de DOC CU (forma 003-0019-01 del I.M.S.S). (Anexo).

MÉTODO Y PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.

Se utilizo para captar la información el expediente clínico, tomando los resultados del DOC. (De la hoja vigilancia epidemiológica cáncer Cervico uterino en la solicitud de citología vaginal la forma 003-0019-01 del I.M.S.S) que fueron un total de 80 participantes. Así como los datos de cultivo de secreción vaginal, se tomó cultivo a 33 pacientes por que fueron las que acudieron a primero a consulta por leucorrea, se les dio Tratamiento y posteriormente se les indicó que acudieran a realizarse el DOC .En el caso exploración física en las ochenta participantes del consultorio 6 turno matutino. Se tomaron los datos de la forma de reporte de DOC: De la clínica de UMF no 53 de ZAPOPAN Jalisco. Del 1 de julio al 31 de diciembre del 2005. (32).

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

-La protección del participante. Se resguardo la confidencialidad de los datos de la muestra de nuestro trabajo.

-El respeto a los participantes de reconocer la capacidad y derechos de tomar sus propias decisiones y el respeto su autonomía.

- Justicia, ya que se les brindara igual trato y oportunidad de atención a las que acepten y las que no acepten.

-Beneficencia respetar sus decisiones y proteger los daños y procurar su, bienestar. Así como acrecentar los máximos beneficios y disminuir los daños posibles no dañar al participante ni exponerla a riesgos Ya que se requeriría de unos minutos de tiempo para la entrevista, y aceptar la realización de la toma de Papanicolaou para la detección oportuna de cáncer.

Se debe de considerar la proporción del riesgo, beneficios lo ideal es que los beneficios sean mayores.

Se considero la quinta revisión de la declaración de Helsinki (Edimburgo 2000). (35)

Revisado del Primer curso de bioética sobre la investigación en seres humanos en coordinación de investigación de la salud en los principios básicos de la ética de la investigación I.M.S.S 200

VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	MEDICIÓN
AGENTE CAUSAL	Tipo descrito por el resultado del DOC y por el cultivo.	INDEPENDIENTE NOMINAL	1.- HPV, 2.- Herpes virus 3.- Trichomonas 4.- Bacterias 5.- Hongos.
LESIÓN CLÍNICA	TIPO DE LESIÓN	INDEPENDIENTE NOMINAL	CLASIFICACIÓN 1.- Cuello aparentemente sano. 2.- Cuello anormal sin tumoración. 3.- cuello anormal con tumoración. 4.- Sagrado anormal del cuello uterino. 5.- Se observa ulceración del cuello uterino. 6.- Ectoprión. 7.- Leucorrea (color). 8.- Laceración del cuello uterino
HALLAZGOS CITOLÓGICOS	RESULTADOS DOC.	ORDINAL	1.--Negativo para cáncer. 2.- negativo con proceso inflamatorio (+, ++, +++). 3.- Displasia NIC I. 4.- Displasia Leve NIC II. 5.- Displasia grave NIC III. 6. - Ca. IN Situ (NIC III). 7. - Microinvasor. 8.- Invasor. 9.- adenocarcinoma 10.- maligno no Especificado.

LEUCORREA	Flujo o secreción vaginal	NOMINAL.	Presente o ausente
SÍNTOMAS	Sensación o hallazgo patológico o anormal que refiere el paciente	NOMINAL	1.- flujo. 2.- prurito. 3.- ardor. 4.- sangrado.
HALLAZGOS EXPLORACIÓN FÍSICA	Descripción de la lesión referida en el reporte	NOMINAL	1.- CUELLO SANO. 2.- CUELLO ANORMAL SIN TUMORACIÓN. 3.- CUELLO ANORMAL CON TUMORACIÓN. 4.- LEUCORREA

VIII.- RESULTADOS.

Se revisaron los resultados de los reportes citológicos en ochenta pacientes del consultorio 6 del turno matutino de la UMF. No. 53 de Zapopan, Jalisco I.M.S.S; y de cultivo de secreción vaginal en 33 casos siendo un 41% del total.

El total de casos revisados fueron 80 mujeres entre 16- 60 años de edad, predominando la edad entre los 25-54 años con el 77 %, (ver cuadro I, y grafica 1). Su estado civil era casada 69% casos (ver cuadro II y grafica 2).

Fueron 55 pacientes las que se realizaron el examen por primera vez o sea el 69% casos. (Ver cuadro III, grafica 3).

Con respecto a las condiciones ginecobstétricas se observó 20 con postmenopausia con dándonos el 25 % (ver cuadro IV y grafica

Sobre los métodos de planificación familiar en el momento de la toma se encontró que el 72 % utilizaban un método seguro, (ver cuadro V. Y grafica 5).

De la sintomatología que expresaron al momento de la toma de DOC predominó leucorrea en 51 pacientes dándonos un 64 % (ver cuadro VI. y tabla 6).

De los hallazgos al momento de la toma de la exploración física se observó un cuello, aparentemente sano en 48 pacientes mostrando un 59 % de la muestra (ver cuadro VII. y grafica 7).

La información que recibió la paciente en el momento de la toma de DOC acerca de si fue derivada o no con su médico familiar para recibir tratamiento y verificar los resultados de DOC fue de 65 % (ver cuadro VIII. gráfica 8)

Las características de la toma de la muestra en las 80 pacientes fue 100% por la presencia de células endocervicales y con Metaplasia en el 30 %, (ver cuadro No IX., grafica no 9).

El diagnóstico citológico de DOC fue: 8% Negativo para malignidad, negativo con proceso inflamatorio de 88 %, NIC 1 de 3 casos (ver cuadro No X. y grafica No 10).

Los hallazgos adicionales reportados en la DOC. Que se les realizó se observa que el 98 % presentaba bacterias, hongos en el 15 %, (ver tabla XI. Y grafica 11)

Los resultados de los cultivos de secreción CERVICOVAGINAL en 33 de los casos en estudio (41 %) predominó la presencia de bacterias en el 63 % c, (ver cuadro XII. y gráfica 12).

En la tabla XIII. Relacionamos la exploración física vs. Diagnóstico citológico de los hallazgos en el DOC encontrando el 56% cuello anormal sin tumoración negativo para cáncer, negativo con proceso inflamatorio en el 33 %, cuello anormal sin tumoración con NIC. 1 el 2 %, cuello normal con NIC. 1 el 1 %.

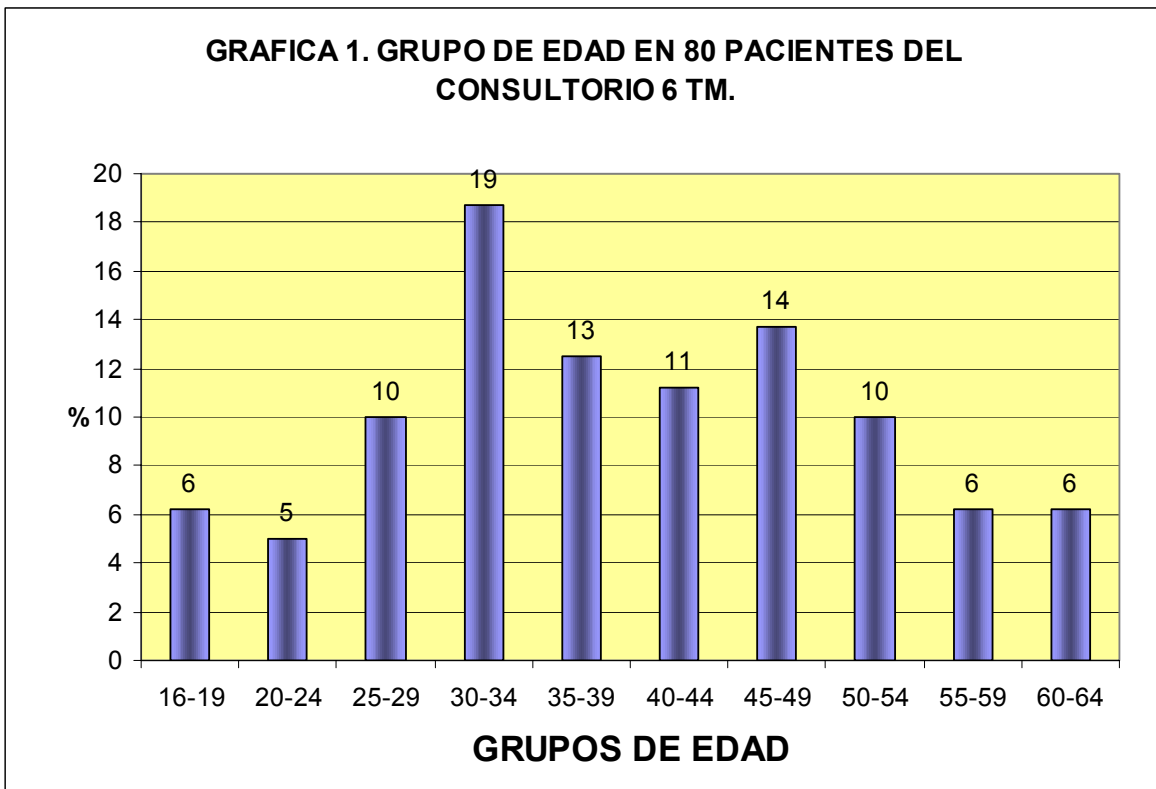
En la tabla XIV. Y en cuadro 14 mostramos síntomas referidos comparando con los hallazgos adicionales encontrando que el 69% con flujo y bacterias, con prurito y bacterias en el 24 %, con sangrado anormal con bacterias el 10%, y las asintomáticas en el 19 %.

En la tabla XV. Mostramos los síntomas referidos comparados con el diagnóstico citológico, reportando el 38% con flujo y negativo con proceso inflamatorio, con prurito en el 21 % con proceso inflamatorio, asintomáticas en e 21% con proceso inflamatorio, y sangrado anormal con proceso inflamatorio en el 11 %.

En la tabla XVI. Mostramos la exploración física contra los hallazgos adicionales en la DOC mostrando cuello normal con bacterias en el 61 %, cuello anormal sin tumoración en el 36 %.

CUADRO I.- GRUPO EDAD EN LOS 80 PACIENTES QUE SE REALIZARON DOC. DEL CONSULTORIO 6 TM DE LA CLÍNICA 53 I.M.S.S

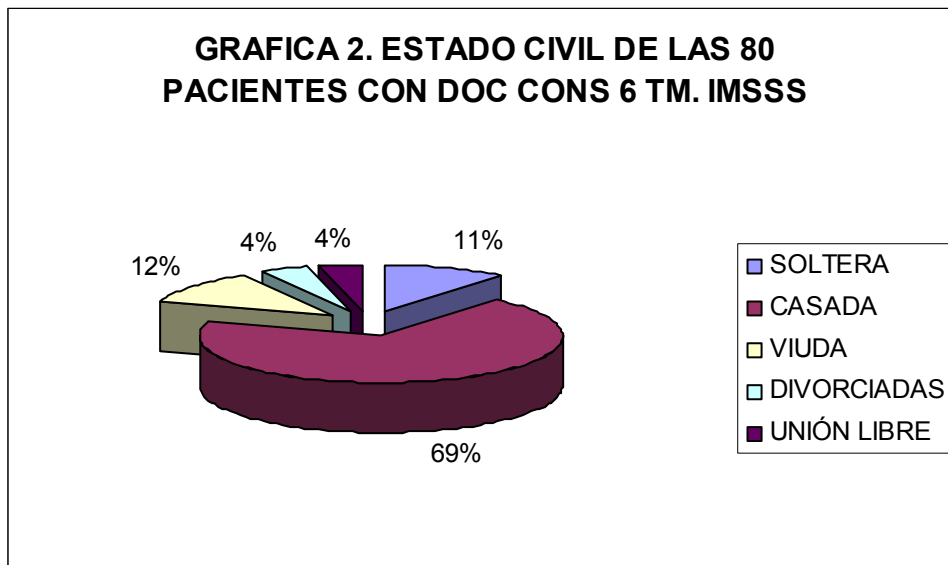
Edad	No de Casos	Porcentaje
16-19	5	6 %
20-24	4	5%
25-29	8	10%
30-34	15	19 %
35-39	10	12.%
40-44	9	11.%
45-49	11	14%
50-54	8	11%
55-59	5	6.%
60-64	5	6.%
TOTAL	80	100



Observamos que el grupo más representativo es el de los 30-35 años siguiéndole las de 40 -49 años.

**CUADRO II.
ESTADO CIVIL DE LAS 80 PACIENTES LAS QUE SE LES REALIZÓ
DOC. DEL CONSULTORIO 6 TM CLÍNICA 53 DEL I.M.S.S**

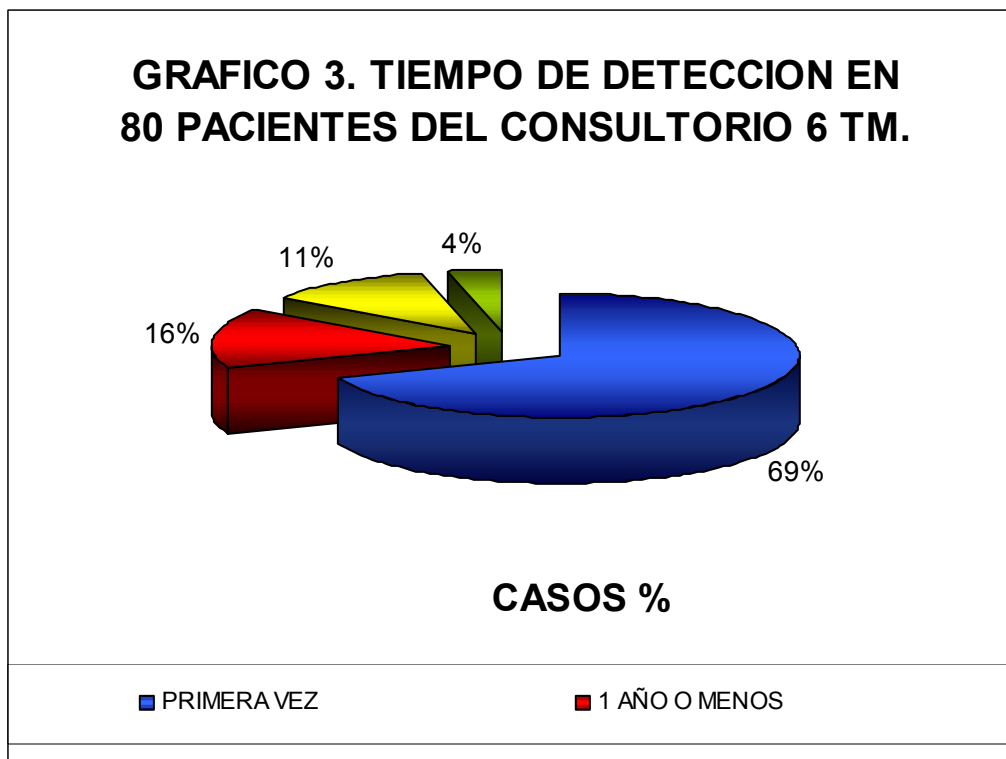
	CASOS	PORCENTAJE
SOLTERA	9	11
CASADA	55	69
VIUDA	10	12
DIVORCIADA	3	4
UNIÓN LIBRE	3	4
TOTAL	80	100



Observamos que la mayoría está en las mujeres casadas con VSA.

**CUADRO III.
TIEMPO DE LA DETECCIÓN DE DOC. EN LAS 80 PACIENTES DEL
CONSULTORIO 6 TM DE LA CLÍNICA 53 I.M.S.S**

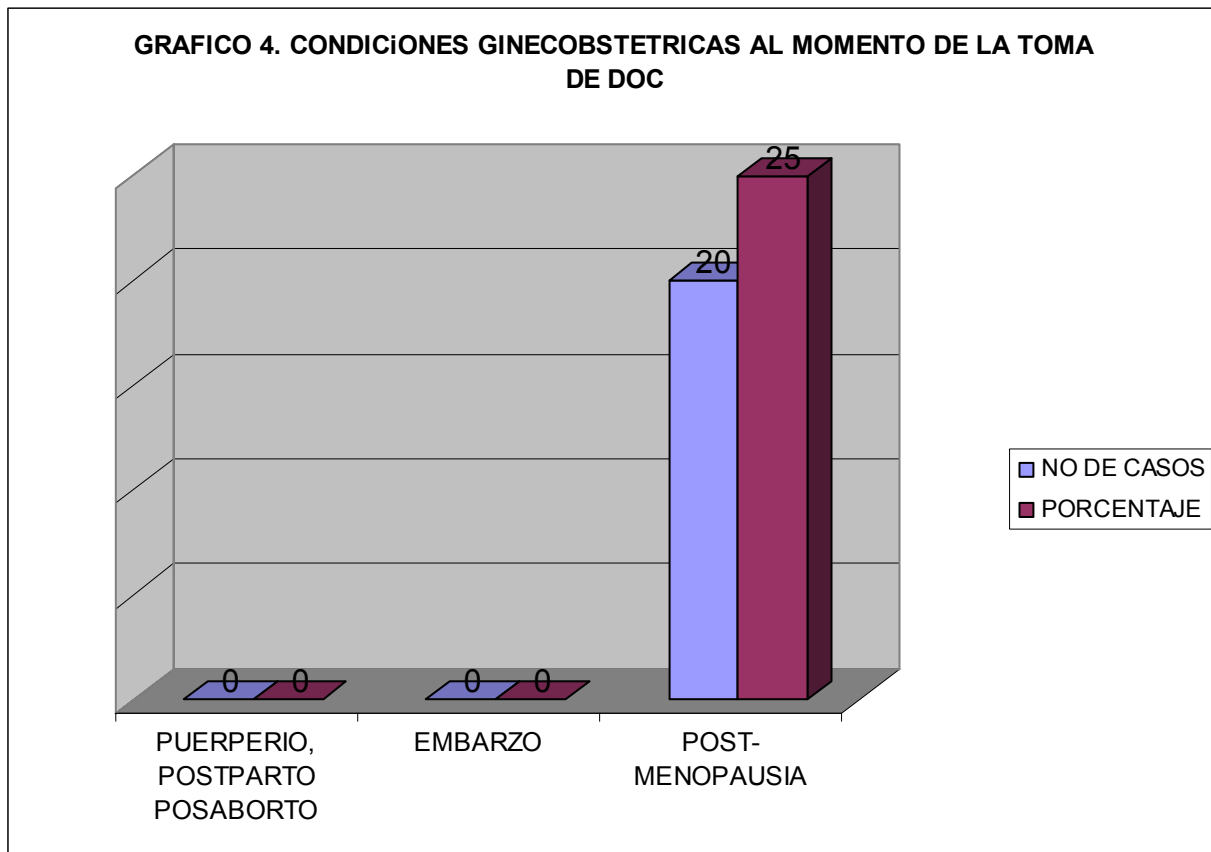
Oportunidad de la detección de Ca. De cervix.	No de casos	Porcentaje.
Primera vez en su vida	55	69 %
Un año o menos	13	16 %
Dos años.	9	11. %
3 años o más	3	4. %.
TOTAL	80	100



Llama la atención que la mayoría son de primera vez.

**CUADRO IV.
CONDICIONES GINECOBTETRICAS EN EL MOMENTO A LA TOMA
DE DOC. LAS 80 PACIENTES DEL CONSULTORIO 6 TM I.M.S.S**

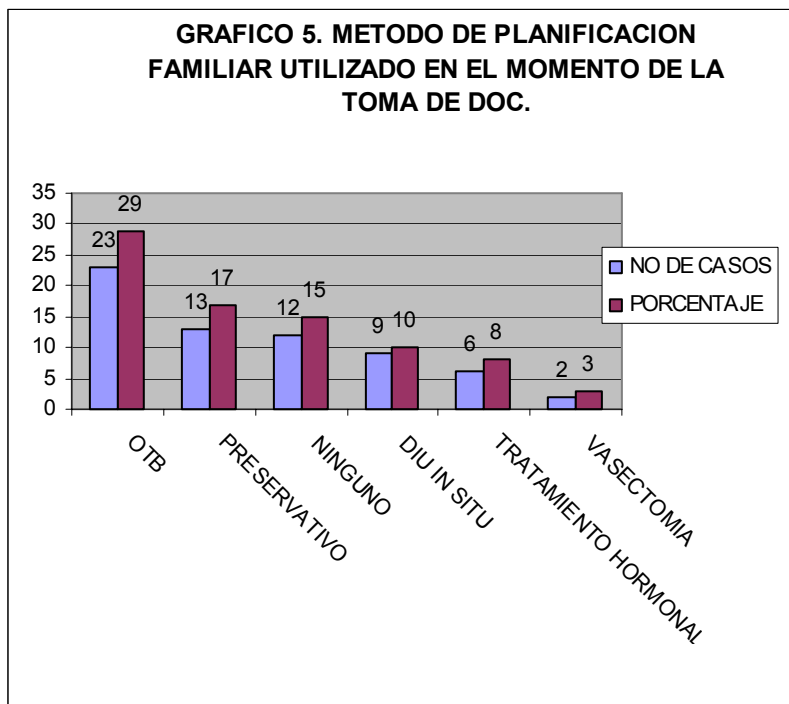
Condiciones GINECOBTÉTICAS a la detección	No de casos	Porcentaje
Puerperio posparto o post-aborto.	0	0
Embarazo	0	0
Post menopausia	20	25



Aquí mostramos las condiciones ginecobstétricas al momento de la toma del DOC. Encontramos posmenopáusica con 20 pacientes dando el 25 % de las 80 pacientes

CUADRO V.- MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR UTILIZADOS EN EL MOMENTO DE LA TOMA DE DOC. POR LAS PACIENTES

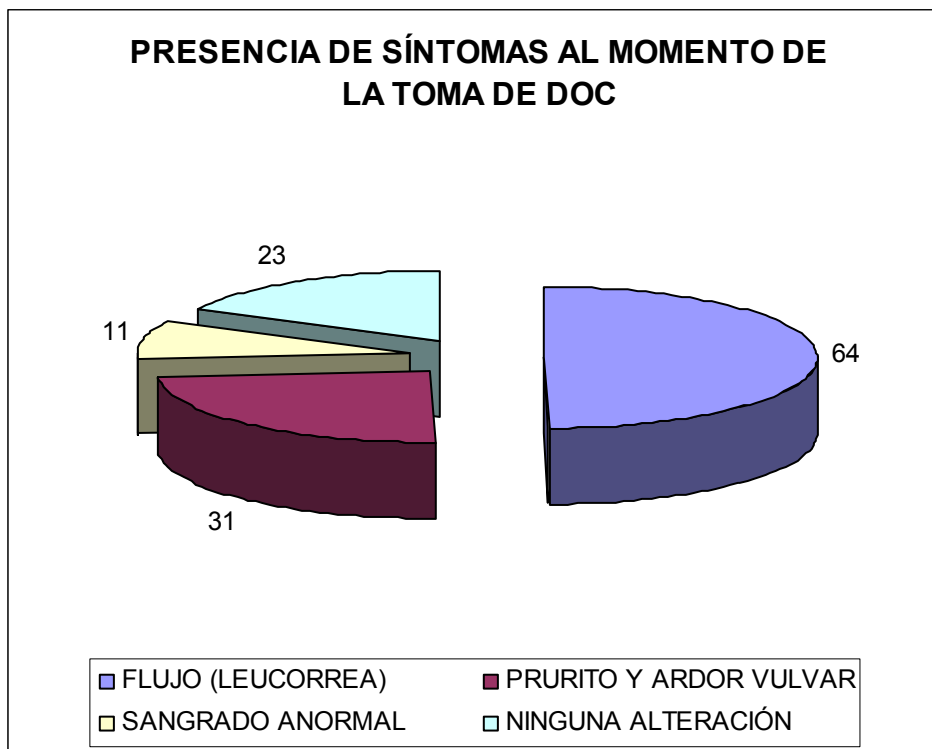
MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR AL MOMENTO DE LA TOMA DE DOC.	N° DE CASOS	PORCENTAJE
OTB	23	29
PRESERVATIVOS	13	17
NINGUNO	12	15
DIU IN SITU	9	10
TRATAMIENTO HORMONAL	6	8
VASECTOMÍA	2	3



Aquí se describen los métodos de planificaron familiar que utilizaban en el momento de la toma de DOC encontramos que la OTB. Nos da el 29 %, seguido de uno barrera representando el 17 %

CUADRO VI.- SINTOMATOLOGÍA QUE EXPRESARON PRESENTAR EN EL MOMENTO DE LA TOMA. DE DOC. LAS 80 PACIENTES DEL CONSULTORIO 6 TM. DE LA CLÍNICA 53 I.M.S.S.

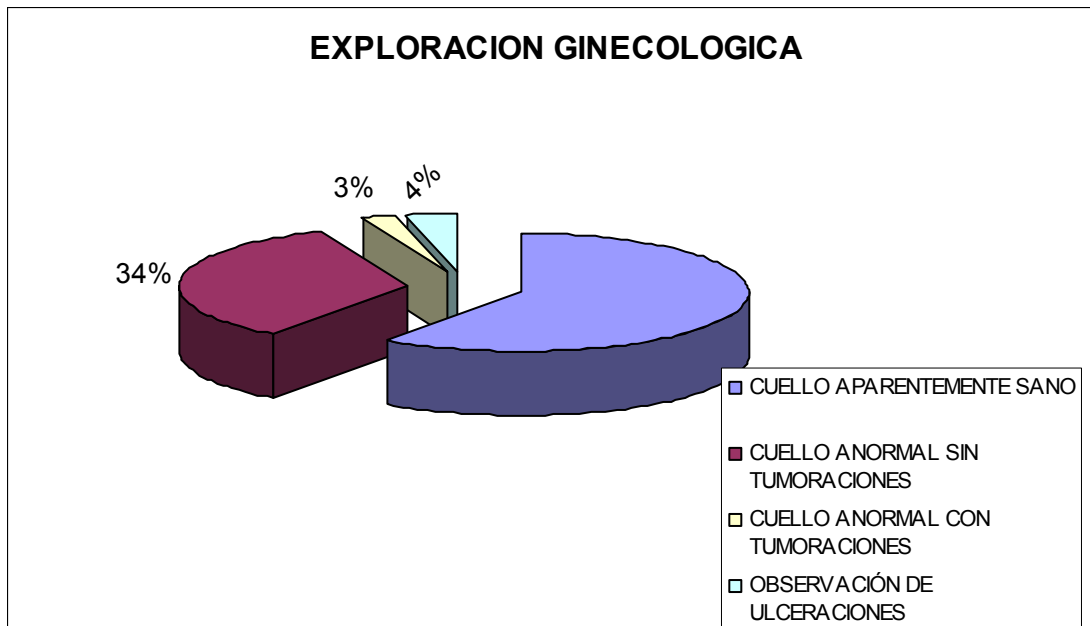
Si presenta actualmente	No de casos	porcentaje
Flujo o leucorrea	51	64 %
Prurito y ardor vulvar	25	31%
Sangrado anormal	9	12 %
Ninguna alteración	18	23%



Aquí describimos los principales síntomas que expresaron tener las pacientes al momento interrogatorio en la toma de DOC. El 64 % presentaba leucorrea, prurito y ardor en el 31 %, sangrado anormal en el 12 % y se referían asintomáticas el 23 %.

**CUADRO VII.
HALLAZGOS A LA EXPLORACIÓN QUE SE OBSERVO EN EL
MOMENTO DE LA TOMA DE DOC. DE LAS 80 PACIENTES DEL
CONSULTORIO 6 TM CLÍNICA 53 I.M.S.S.**

EXPLORACIÓN	No de casos	Porcentaje
Cuello aparentemente sano	48	60%
Cuello anormal sin tumoraciones	27	33%
Cuello anormal con tumoraciones	2	3%
No se observa cuello uterino	0	0
Cuello sin datos a la exploración.	3	4%



En este cuadro describimos los hallazgos de la exploración física al momento de la toma de DOC, encontrando lo siguiente: cuello aparentemente sano en el 60 %, cuello anormal sin tumoración en el 33 %, cuello anormal con tumoración en el 3 %, sin datos a la exploración en el 4 %.

CUADRO No VIII.- INFORMACIÓN QUE RECIBIÓ LA PACIENTE EN EL MOMENTO DE LA REALIZACIÓN DE DOC. SI SE DERIVO O NO CON EL MEDICO FAMILIAR. DE 80 PACIENTES DEL CONSULTORIO 6 TM. DE LA CLÍNICA 53 I.M.S.S.

Se derivó con su MF si o no	No de casos	porcentaje
Si	52	65%
No	25	31%
Otro servicio	3	4%

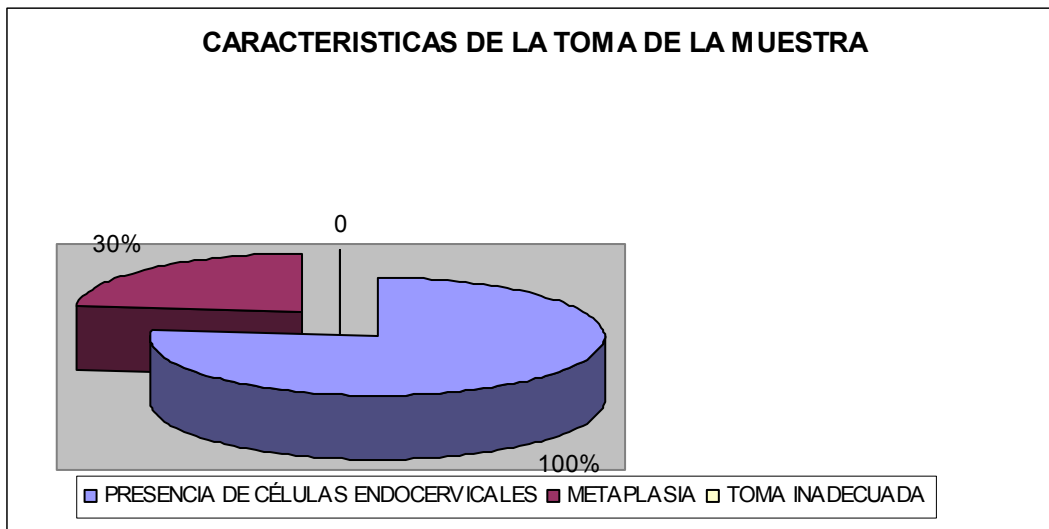


En este cuadro describimos la información que recibió la paciente por el personal de salud que la atendió al realizar DOC, si debería o no acudir con su medico familiar para recibir tratamiento adecuado, encontrando que el 65 % si la recibió y el 31 % no.

CUADRO I X.- CARACTERÍSTICAS DE LA TOMA DE LA MUESTRA DE LOS 80 PACIENTES DEL CONSULTORIO 6 TM DE LA CLÍNICA 53 I.M.S.S

Características de la muestra	No de los casos	Porcentaje
Presencia de células endocervicales	80	100 %
Metaplasia	24	30 %
Muestra no adecuada	0	0

GRAFICA 9



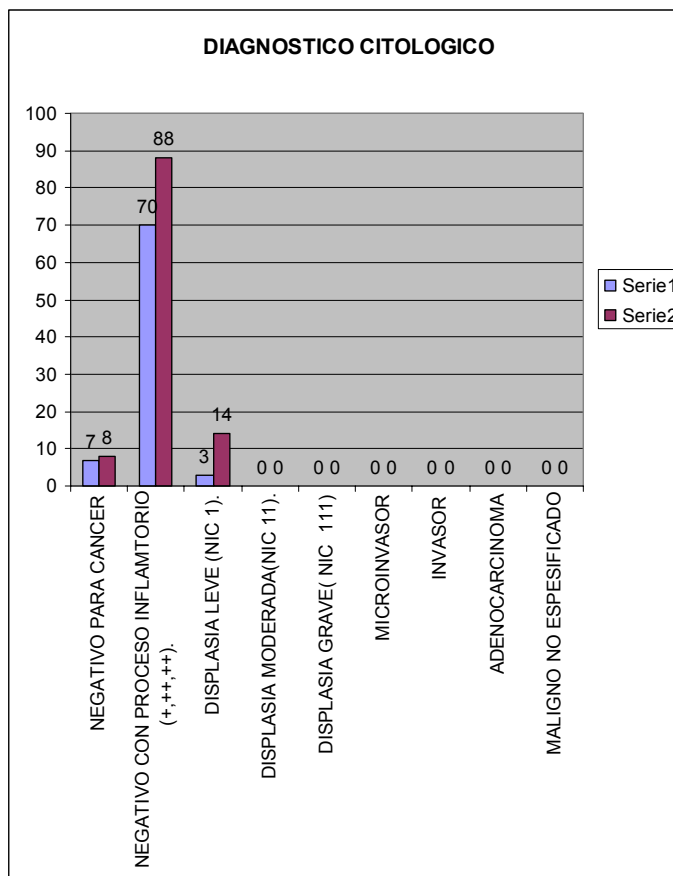
En este cuadro describimos la confiabilidad de la toma de muestra encontrando que el 100 % presento presencia de células endocervicales y el 30% de éstas reportaban metaplasia escamosa.

**CUADRO X. DIAGNOSTICO CITOLÓGICO DE DOC. Y EL
DIAGNOSTICO CITOLÓGICO REPORTADO EN LOS 80 PACIENTES
DEL CONSULTORIO 6 TM DEL I.M.S.S**

Diagnóstico citológico	No de casos	Porcentaje
Negativo para cáncer	7	8%
Negativo con proceso inflamatorio (+, ++, +++)	70	88%
Displasia leve (NIC I)	3	4%
Displasia moderada (NIC II)	0	0
Displasia grave (NIC III).	0	0
Microinvasor	0	0
Invasor	00	0
Adenocarcinoma	0	0
Maligno no especificado.	0	0

En este cuadro y encontramos los resultados de los resultados citológicos de la siguiente manera, negativo para cáncer el 8 %, con inflamación(+, ++, +++), el 88%, y displasias leves el 4 % en ninguno se reporta HPV.

GRAFICO 10

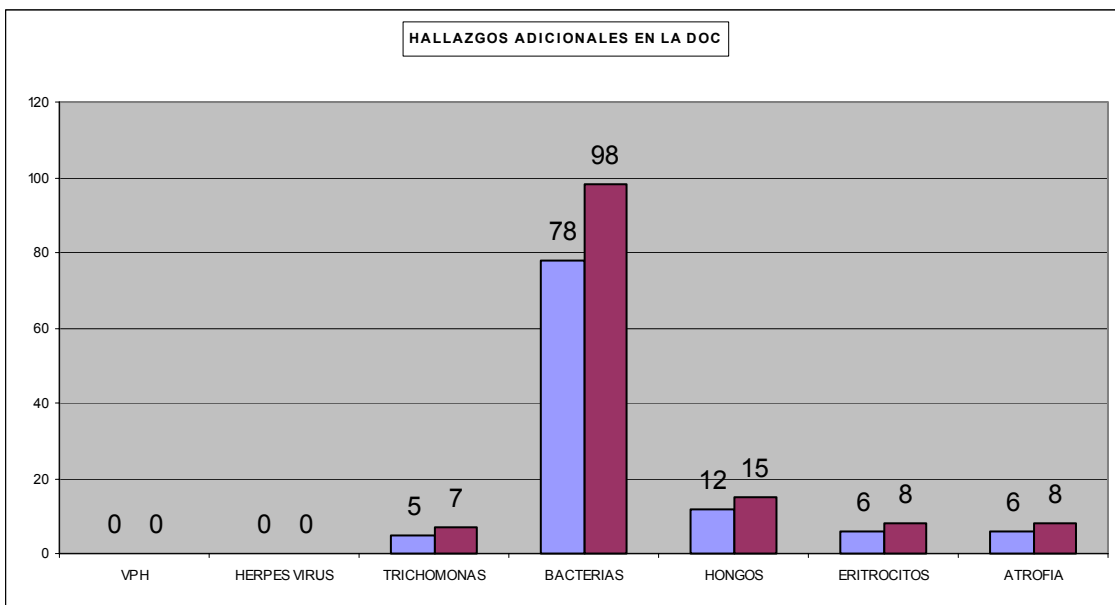


**CUADRO XI.
HALLAZGOS ADICIONALES REPORTADOS EN LA DOC. REALIZADA
A LOS 80 PACIENTES DEL CONSULTORIO 6 TM DE LA CLÍNICA 53
I.M.S.S.**

HALLAZGOS ADICIONALES	CASOS	PORCENTAJE
IMAGEN DE HPV	0	0
IMAGEN DE HERPES VIRUS	0	0
TRICHOMONAS	5	7%
BACTERIAS	78	98%
HONGOS	12	15%
ERITROCITOS	6	8%
ATROFIA	6	8%

En este cuadro se describe el tipo de flora que se encontró en los hallazgos adicionales de la citología cervical de la siguiente manera, trichomonas el 5%, bacterias el 98%, hongos el 15%, eritrocitos en el 8%, atrofia cervical el 8%, observamos que la imagen de HPV no se reportó ningún caso.

GRAFICO 11.

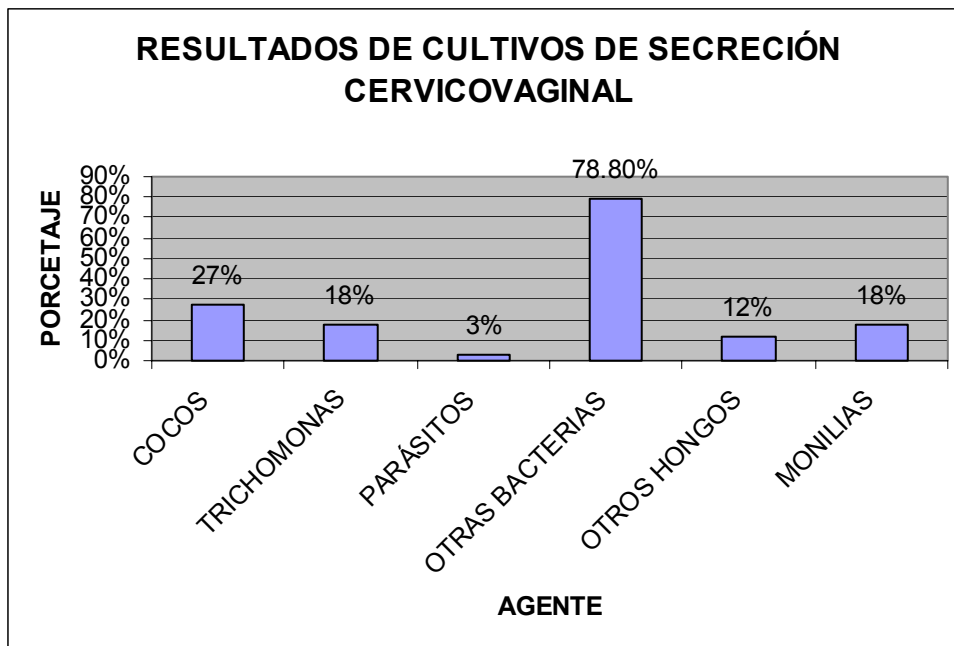


**CUADRO XII.
HALLAZGOS DE LOS CULTIVOS DE SECRECIÓN VAGINAL
REALIZADOS A 33 DE LAS 80 PACIENTES A LAS CUALES LES
REALIZÓ LA DOC. ESTUDIO COMPLEMENTARIO.**

AGENTE	CASOS	PORCENTAJE
COCOS	9	27 %
TRICHOMONAS	6	18 %
PARÁSITOS	1	3 %
OTRAS BACTERIAS	26	78.8 %
OTROS HONGOS	4	12 %
MONILIAS	6	18 %

NOTA. De las 51 pacientes que presentaron leucorrea solamente se les pudo practicar a 33 pacientes el exudado CERVICOVAGINAL y los resultados son los siguientes bacterias predominando en el 78.8 %, monilias en el 18 %, trichomonas en el 18%, Gadenella en el 12 %).

GRAFICA 12.



**CUADRO XIII.
EXPLORACIÓN FÍSICA VS. DIAGNOSTICO CITOLÓGICO EN 80
PACIENTES DEL CONSULTORIO 6 TM. UMF NO 53 I.M.S.S.**

	Neg. Cáncer	Neg. Con proceso. Inflamatorio	Displasia leve NIC I
Cuello normal	7 %	0%	1.%
Cuello anormal sin tumoración	56.%	33%	2.%
Cuello anormal con tumoración	1%	1%	

En este cuadro comparamos la relación entre los hallazgos de la exploración física y los resultados de la siguiente manera con cuello normal, (negativo para cáncer en el 7 %, y cuello normal con displasia leve NIC I en el 1 %). Con cuello anormal sin tumoración, (negativo para cáncer el 56%, negativo con proceso inflamatoria el 33 %, y displasia leve NIC II. el 2 %). Y cuello anormal con tumoración (negativo para cáncer el 1 %, y negativo con proceso inflamatorio el 1 %.).

**TABLA XIV.
SÍNTOMAS VS. HALLAZGOS ADICIONALES EN 80 PACIENTES DEL
CONSULTORIO 6 TM DE LA UMF NO 53 I.M.S.S.**

	HPV	Hérpes virus	Trichomonas	Bacterias	Hongos	Otros
Flujo	0%	0%	4%	69%	9%	18%
Prurito	0%	0%	6%	24%	8%	10%
Sangrado anormal	0%	0%	1%	10%	3%	4%
Ninguno	0%	0%	0%	19%	3%	11%

En esta tabla comparamos y especificamos el tipo de flora encontrada en los hallazgos adicionales del DOC. Relacionándolos con el síntoma registrado encontrando; primer lugar leucorrea con bacterias hongos y otros siguiéndole el prurito con bacterias hongos y, y en tercer lugar sin registrar síntoma la flora bacteriana, hongos se encontraban presentes.

**TABLA XV.
SÍNTOMAS VS. DIAGNOSTICO CITOLÓGICO ENCONTRADOS EN 80
PACIENTES DEL CONSULTORIO 6 TM UMF NO 53 I.M.S.S.**

	Neg. Cáncer	Neg. C/proceso inflamatorio (+, ++, +++).	Displasia leve NIC I
Flujo	5%	38%	4%
Prurito	21%	21%	2%
Sangrado anormal	2%	11%	3%
Ninguno	2%	25%	

En este cuadro vemos la relación que encontrada entre los resultados de la citología y los síntomas que presentaban las pacientes en el momento de la toma de DOC, con flujo es donde encontramos la mayor incidencia con proceso inflamatorio y NIC 1, con prurito de sigue en un segundo lugar con proceso inflamatorio, por lo que estos dos síntomas aparecen por lo regular juntos, encontramos el sangrado anormal y un 3% de NIC1.

TABLA XVI.
EXPLORACIÓN FÍSICA VS. HALLAZGOS ADICIONALES EN 80
PACIENTES DEL CONSULTORIO 6 TM DE LA UMF. NO. 53 I.M.S.S.

Exploración física	HPV	Hérpes virus	Trichomonas	Bacterias	Hongos	Otros
Cuello normal	0%	0%	5%	61%	9%	24%
C. anormal sin tumoración	0%	0%	3%	36%	4%	15%
C. anormal con tumoración.	0%	0%	1%	3%	2%	2%
Sangrado anormal	0%	0%	1%	10%	3%	4%

En esta tabla especificamos el tipo de lesión que encontramos al momento de la exploración y su relación con el la flora que encontramos describiéndola de la siguiente forma, Cuello normal.- (con Trichomonas en el 5%, con bacterias en el 61 %, con hongos en el 9% y otros el 24 %.). Cuello anormal sin tumoración de la siguiente manera (con Trichomonas en el 3%, con bacterias en el 36%, con hongos en el 4%, con otros en el 15%).Y el cuello anormal con tumoración .- (con Trichomonas el 1%, con bacterias 3%, hongos 2%, otros el 2%.

DISCUSIÓN

A pesar del que el cáncer Cervico uterino es uno de los principales problemas de salud en México y ocupa el primer lugar como causa de muerte por tumores malignos en la mujer, y si se diagnostica en etapa temprana puede alcanzar la curación total, generalmente se descubre por búsqueda intencional, a través del estudio llamado Papanicolaou que el método más eficaz para el diagnóstico temprano. Es un examen sencillo y no presenta ninguna complicación y con nula o mínima molestias, se debe de efectuar en toda mujer con vida sexual activa cada año por tres años y posterior si no se encuentra ninguna lesión o reporte de alarma cada tres años según NOM (se puede prevenir con la detección de lesiones precursoras (displasias), que al tratarse se interrumpe la historia natural de la enfermedad .

Para lograr la disminución de la morbilidad y mortalidad del cáncer Cervico uterino se necesitan coberturas mayores del 80 % en las mujeres de 25 a 54 años de edad en forma intencionada, a las mujeres que nunca se han hecho su DOC. O tres o más de tres años sin efectuárselo, en este estudio el 55 % se encontraban 24-54 años de edad, en la búsqueda de forma intencional el 69 % de estas pacientes se lo realizaban por primera vez en su vida (1,2).

El objetivo del Papanicolau es detectar en el frotis cervical las alteraciones celulares compatibles con lesiones Premalignas del cervix. cuando estas están presentes, en este artículo se detectó que el Papanicolau solo detectó patología de 4 casos que es el 17% mientras que la colposcopia detectó el 87% mostrando mayor sensibilidad que la citología , mediante la combinación de citología masa colposcopia Buggardt (citado por Gay y

Col) logro el 98 % de precisión de detección de lesiones Premalignas del cervix, en mi estudio encontramos que el 98 % resulto negativo para malignidad solamente se detectó patología cervical en 4 %. (3).

Los factores de riesgos para el cáncer de cervix en los que se analizaron los antecedentes ginecoobstétricos y los aspectos socioculturales como factores de riesgo para el cáncer cervicouterino obteniendo un riesgo relativo de cada una de las variables y su significado estadístico a un intervalo de confianza del 95 % , los resultados demuestran que la escolaridad, el tabaquismo. La edad del inicio de vida sexual, edad del primer parto, el número de parejas sexuales, uso de método de planificación familiar, y la frecuencia de la toma del DOC. Son factores que influyen en la historia de este padecimiento y se debe de considerar como antecedentes de importancia. En mi estudio tomamos en cuenta, las condiciones ginecobstétricas, métodos de planificación familiar tiempo de detección de DOC. 69% primera vez en su vida. Y estado civil. Casadas el 69 %(6).

La sintomatología que refieren presentar al momento de la toma de DOC, flujo o secreción vaginal inusual o anormal, prurito, ardor, dolor vaginal, sangrado anormal son los principales síntomas, por lo que acudieron nuestras pacientes. Flujo el 64 %, prurito ardor y dolor vulvar en el 25%, y sangrado anormal en el 12 %.(8)

Se estima que las molestias vaginales representan el 10 % de las visitas anuales a la consulta.

El médico familiar nunca debe olvidar que el prurito y el exudado vaginal son unos de los síntomas que resaltan más molestos para los pacientes puede ser un síntoma muy débil y se exagera se puede presentar un síntoma de urgencia aunque es necesario la historia clínica la exploración física para el diagnóstico más útil serían las pruebas de laboratorio apropiadas, en este estudio se les realizaron a 33 paciente cultivo de secreción vaginal que fueron las que acudieron primero a la consulta y posterior al tratamiento se envió a DOC. En este estudio los resultados de los cultivos fueron las siguientes bacterias, Gadenella, hongos. (9).

La inflamación vaginal y la presencia de flujo vaginal sustentan el diagnóstico más frecuente en mujeres de edad reproductiva que asisten a clínicas de médicos de primer contacto en el I.M.S.S esta entidad representa una de las primeras doce causas de demanda de atención en las UMF. Por lo que se conoce que la Vaginosis bacteriana en cuanto a la etiología se conoce que el 90.5 % de los casos son causadas por bacterias tricomonas y candida, es el estudio que se realizó en el consultorio 6 TM de la UMF los agentes identificados encontramos en los cultivos que el 78.8 % son causadas por bacterias, tricomonas el 18 % y monilias en el 18 % y en los hallazgos adicionales de los resultados de DOC encontramos nos encontramos los siguientes resultados bacteria en el 98 %, trichomonas en el 7 %, monilias en el 15 %. (10).

La citología vaginal o tinción de Papanicolau es la base para detectar las lesiones Premalignas del cuello uterino las mujeres con vida sexual activa o mayores de 18 años

Debe de someterse periódicamente a este tipo de prueba la tinción de Papanicolaou, lo ideal es que se tome de 6-8 semanas posterior a el tratamiento CERVICOVAGINITIS

Para evitar el diagnóstico de alteraciones inflamatorias, el momento de recogerla e influye, la cantidad y la calidad de la muestra, nos dice que el 20% de las pacientes que se realizan el Papanicolaou tienen una lesión premaligna no diagnosticada. En nuestro estudio los cultivos que se realizaron fueron antes de la DOC. Y los resultados de citología vaginal fueron los siguientes con la descripción de la calidad de la muestra fue con el 80% presencia de células endocervicales, con los siguientes hallazgos citológicos. Con metaplasia en el 30 %, y el 96 % negativo con proceso inflamatorio y solamente el 4% con displasia NIC 1. (34).

Con la citología vaginal reporto ninguna imagen de HPV. Por lo que se nos apoya en la importancia la realizar en forma conjunta la citología vaginal DOC y otro método diagnostico más confiable como es la colposcopia.

El motivo de este estudio es tomar en cuenta que el tratamiento de una leucorrea no debe de ser relegado o enviada a los especialistas, pues la

gama de diagnósticos y tratamientos de estos padecimientos están incluidos en la categoría de la prevención y control de riesgos. Y resulta ideal y adecuadamente que el tratamiento y la educación la reciba de su medico familiar.

. Esto sugiere la necesidad de reforzar las actividades de prevención del CaCu. A nivel institucional con el fin de elevar su eficiencia.

Pues el éxito de el diagnostico y tratamiento de estas patologías debe de ser estándar y el medico familiar debe de tener la información oportuna pues se puede conseguir con poca inversión en el equipo y tiempo para el medico y el costo es mínimo para el paciente.

El medico familiar nunca deben de olvidar que el prurito, leucorrea o flujo vaginal son los síntomas que resultan más molestos para las mujeres y que el 10% de las consultas anuales, y que pueden ser diagnostica en forma Inadecuada, y que dicha sintomatología para las derechohabientes es anormal para ellas influye en que acudieran a realizarse el DOC.aunque la exploración física y la historia Clinica son de utilidad debemos de recordarles que los temas de enfermedades vaginales se deben de resaltar y recomendar con particular interés para el medico familiar. (20,32).

Este estudio nos demuestra que una de las principales causas por la acude una mujer a consulta ginecológica es por la presencia de leucorrea y prurito, que la etiología se conoce que mas de 90 % de los casos son causadas por mas frecuente es bacteriana, hongos y tricochomonas flora mixta y que los factores de riesgo siguen siendo igual tanto en otros estados como en el de

nuestra población estudiada que la VAGINOSIS bacteriana es la infección más común en el medio ambulatorio.(20 ,21,22,).

Que la importancia de determinar el germen causal radica en los siguientes aspectos en cuánto a VAGINOSIS su presencia se asocia con mayor frecuencia de enfermedad pélvica inflamatoria, endometriosis e infecciones De vías urinarias, la recurrencia de vaginitis por candida, en comportamiento sugestivo de inmunidad celular deficiente sobretodo racionado a diabetes y cuando se trata de trichomonas debe de tenerse en cuenta la infección venérea. Y que la que la candidiasis genital en las mujeres el 5 % se presenta en forma recurrente por lo que se debe de dar un tratamiento mas prolongado. (23).

En el IMSS encuentra entre una de las primeras doce causas de demanda de atención en las UMF. Su prevalencia real se desconoce ya que la mitad o un tercio de las mujeres son asintomáticas y por otro lado la PREVALENCIA la reportan de la siguiente manera, VAGINOSIS o vaginitis bacteriana en el 15-19 %, de las pacientes ambulatorias y de 10-30 en las embarazadas y de un 40 % en las que acuden a la Clinica que sean atendidas por enfermedades de transmisión sexual. (24).

La citología vaginal es la base para detectar las lesiones Premalignas del cuello uterino , las mujeres con vida sexual activa o mayores de 18 años deben de ser sometidas periódicamente a este tipo de prueba pues esta tinción se puede realizar en cualquier momento del ciclo menstrual excepto

En la menstruación. Lo ideal es realizarlo de 6 a 8 semanas posterior a darles un tratamiento de las CERVICOVAGINITIS para evitar un diagnóstico con alteraciones inflamatorias.

La metaplasia es un hallazgo normal en la tinción de Papanicolau y suele indicar una buena toma de la muestra.

La literatura nos dice que el 20 % de las mujeres con tinción de Papanicolaou normal padece una lesión cervical no diagnosticadas bien están cubiertas por tejido cicatrizal, o no se recoja del lugar adecuado de la lesión. (21).

CONCLUSIONES.

- Que las mujeres en etapa reproductiva y vida sexual activa son las que acude con más frecuencia a realizarse el DOC y por primera vez.
- que se encuentran entre los 25-60 años de edad que se encuentra dentro de la recomendada por la guía técnica del I.M.S.S.
- que el signo más frecuente en ellas es la leucorrea y prurito que es una sintomatología anormal y alarmante por lo que influyen a que acudan a realizarse el DOC.
- Que la etiología que tiene más frecuencia es la CERVICOVAGINITIS bacteriana y por micosis.
- Que aunque el DOC es el método en nuestro medio más usado se reportan porcentajes bajos de patología endocervical.
- Al no encontrar ningún reporte de HPV nos reafirma que, o deberíamos utilizar otro método más confiable como la colposcopia.
- Los métodos de planificación familiar que utilizaban el 39% de nuestras mujeres eran métodos confiables, y las que no quieren usarlos, no tienen información de los métodos de los que son más seguros.
- Observamos que las aseguradas que acuden a la DOC. el tiempo en que se presentan que es mayor a un año no es la adecuada, por lo que debemos de dar mayor información a que se lo realicen en el tiempo adecuado así poder realizar mayores detecciones.

RECOMENDACIONES.

- el médico familiar debe de enfocar sus esfuerzos en la prevención.
- la educación sexual y medica debe de iniciarse y reforzarse desde las instituciones de educación primaria secundaria.
- realizar seguimiento a las paciente con lesiones sospechosas asi como dra tratamiento adecuado a las CERVICOVAGINITIS.
- Estimular por medio de información a las aseguradas a presentarse a medicina preventiva para l que se les practique su DOC. Anual l y que se puede obtener la muestra en cualquier momento del ciclo salvo la menstruación.
- Que el cáncer de cervix en nuestro medio se puede detectar y ser curado a tiempo.
- dar información sobre los factores de riesgo para padecer riegos de DOC.
- Proporcionar información sobre las medidas higiénicas que debe de tener la pareja en su vida sexual.
(Será importante valorar la información que reciben las mujeres aseguradas de parte del equipo de salud) .
- Proporcionar información sobre los riesgos que se adquieren al tener más de una pareja sexual.

- que las mujeres con vida sexual activa o mayores de 18 años deben someterse periódicamente a este tipo de prueba.

- Que reciban pláticas de lo importante de tener una vida sexual con sexo seguro. (Educación para la familia en formación de valores).

Por lo comentado debemos de tomar medidas como es el de la educación sexual, información sobre la transmisión de enfermedades por contacto sexual sus consecuencias y la importancia de la protección, orientación sobre lo que es el sexo seguro y sexo protegido, así como las medidas higiénicas , antes y después de la relación sexual apoyándonos con pláticas abiertas, con el personal de salud, como enfermería, trabajo social, asistentes medicas para invitarlas a realizarse su DOC cada año.

XI.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- Instituto Mexicano del Seguro Social
Seguridad y solidaridad social
Programas integrados de salud
Guía técnica. Mujeres de 20 a 59 años
Editado abril del 2002
pp. 45-49.
- 2.- I.M.S.S.
Dirección general de prestaciones medicas
Manual de procedimientos para prevención detección
Diagnostico y tratamiento de cáncer de cérvico uterino
Pág. 19-20 edición 1998-2000.
- 3.- Dr. Reinaldo Humberto milla Villena, MC Gloria Alvarado Zadivar, Dr. Luis Francisco Sánchez Anguiano, TL margarita barrera Tovar, TS, Imelda Vázquez Arreola.
Colposcopia y Biopsia Cervical en Pacientes con Papanicolaou de Rutina.
Ginecología y Obstetricia de MÉXICO volumen 65, JUNIO1997 Pág. 235-239.
- 4.- Curso monográfico del colpocitología.
HGZ. No 89
De 3 al 7 de mayo del 2004.
Dr. GUINDO.
- 5.- Rodríguez RC, et al .Evaluación del programa de detección
De cáncer Cerviño uterino (DOC.) en Durango México
Ginecología y obstetricia de México 2002; 70:3
- 6.- Zarama MFA, et al, factores de riesgo para cáncer de cervix..
Ginecología y Obstetricia de México 2003; 71: 112-117)
7. - Alan H. DeCherney. M Pernoll. L.
Diagnostico y tratamiento ginecoobstetricos
Octava edición en ingles séptima en español 2000.
Capitulo 34 Pág. 869 -80.

8. – Us National Library of de Medicine, 8600 pike, Bethesda, MD 200894
National institutes of health, department of health & human services
Pagina actualizó 28 de cot de 2004.
Servicio nacional de biblioteca
Cervicitis pp. 25-29.
- 9.- Mary W. Vulvovaginitis y cervicitis En: Taylor RB
Medicina de Familia Principios y práctica. Quinta edición
Editorial. Springer. Barcelona. 1999:102 P. 924-931.
- 10.- Brian M. Casey S. Ramón M. Cox S. Cervicitis en: Copeland LJ.
Ginecología. ED. Panamericano. Buenos Aires 2002:4 P 839.
- 11.- Guía practica en el abordaje sindromatico de las ETS.
Para el personal de salud. (27-33).2000.
- 12.-Jiménez Díaz L. a la Prevalencia de enfermedades de
Transmisión sexual y uso del condón en sexo servidoras.
Ginecología y obstetricia de México.
(2001- 69:304).
13. - Alan H. DeCherney Martin L. Pernoll.
Diagnostico y tratamiento ginecoobstetricos EU.
Manual moderno, México DF. Séptima edición 2000.
Capitulo 35 pagina 904.
14. - Alan H. DeCherney Martín L. Pernoll.
Enfermedades de vulva y vagina.
Diagnostico y tratamiento ginecoobtrétricos EU.
Manual moderno, México DF. Séptima edición 2000.
Capitulo 34 páginas 890-892.
- 15.- Pelayo vera S. et al.
Factores de riesgo
Asociados a enfermedad pélvica inflamatoria.
Ginecología y Obstetricia de México 2002; 70:398
- 16.- Phillip G. Stubblefied. Anticoncepción
Ginecología Larry J. copeland.edicion 2000.
Capitulo 11. Página 314-319.
- 17.- Phillip G. Stubblefied. Anticoncepción.
Ginecología Larry J. copeland.edicion 2000
Capitulo 11. Páginas 306- 310.

- 18.- Phillip G. Stubblefield. Infecciones ginecológicas.
Ginecología de Larry J. Copeland.
Capítulo. IV. Páginas 840 -841.
- 19.- Kart E. Miller, M. D. Secreción vaginal.
Compendio de práctica médica en atención primaria
Capítulo 36. Segunda edición 2000 páginas de 320-326.
- 20.- Vulvovaginitis y cervicitis.
Medicina familiar principios y práctica.
Robert B. Taylor
Quinta edición. (924-931).
21. - Brian M. Casey Susan M. Ramin Susan M. Cox.
Infecciones del tracto genital inferior
Ginecología de Larry J. Copeland.
Capítulo 34. Páginas 832-838.
22. - Stephen L. Curry, MD y David L. Barclay, MD.
Enfermedades benignas de la vulva y la vagina.
Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos ED 2000.
Capítulo 34. Páginas 871.-878.
- 23.- Buitrón García FR. Et al. Estudio de especie de candida
No Albicans y su relación con la candidiasis bulbo
Vaginal recurrente.
Ginecología y Obstetricia de México 2002; 70:431.
24. - Stephen L. Curry, MD y David L. Barclay, MD.
Enfermedades benignas de la vulva y la vagina
Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos
El manual moderno DF. Séptima edición. 2000.
Capítulo 34 páginas 876-877.
- 25.- Guía práctica para el abordaje sintomático de las ETS.
Para el personal de salud 2003.
Páginas 27-33.
- 26.- Jiménez Díaz L.
A la PREVALENCIA de transmisión sexual y el uso de
Condón en las sexoservidoras
Ginecología y obstetricia de México.
(2001-69; 304).

27. - Stephan L. Curry MD y David L: Barclay, MD.
Enfermedades benignas de la vulva y la vagina.
Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos
El manual moderno DF. Séptima edición. 2000.
Capitulo34 pagina 870-877.
28. - Brian M. Casey Susan M. Ramin Susan M. Cox.
Infecciones del tracto genital inferior.
Ginecología de Larry J. Copeland.
Capitulo 34 paginas 839.
- 29.- Cáncer cervicouterino, p53, virus de papiloma humano
Sifuentes Álvarez a. reyes Romero M. Factores de riesgo
Para Cáncer cervicouterino por IVPH: polimorfismo del
Condón 72 del gen Oncosupresor p53 en mujeres que
Acuden a la atención hospitalaria
Ginecología y obstetricia de México 2003 (71.12).
- 30.- Amebiasis vulvar, informe de un caso y revisión de la
Literatura. Kw. Works: amebiasis grenital tracto,
Entamoeba Histolytica, sexual .
Transmisión disease (cornejo Juárez anda Avilés Salas.
Amebiasis vulvar.
Ginecología y obstetricia de México 2003; 71:71-4).
- 31.- Compendio de práctica medica en atención primaria.
Segunda edición MC Hill interamericana
Edición 2000, Pág. 320, 326.
- 33.- Guía Clinica para el diagnostico, tratamiento y
Prevención de Cervico vaginitis por bacterias
Trichomonas y cándida.
I.M.S.S dirección de prestaciones medicas.
Proceso de mejora de medicina familiar.
Trejo Pérez y Juan Antonio pediatras.
Hernández leyva Blanca, medico familiar.
Carrasco Rico jorge Ramiro medico General.
Ducoing Díaz Rene, Gineco-Obstetras.

34. - Mark m. Bajorek, M.D.
Anomalías de la citología vaginal.
Rakel I.- Compendio de práctica Médica de aten. Prim.
Segunda edición (2000) (CAPITULO 40,343-346).
Editorial MC. Graw. Hill interamericana
- 35.- Curso de Bioética.
Sobre investigación en seres humanos
Coordinación de investigación en salud principios básicos
De la ética de la investigación .
Quinta modificación de la declaración de HELSINKI.
(EDIMBURGO 2000).
I.M.S.S.
Dr. Gerardo Arístides Guillen mata.
Dr. Salvador pizano Chávez.
Dr.- Héctor Daniel Salazar Holguín.
Dr. Miguel Ángel Villacís Keever.

XII.- A N E X O S.



VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL CANCER CERVICO UTERINO

SOLICITUD DE CITOLOGIA CERVICAL

FOLIO

I. Identificación de la unidad
Unidad Médica _____ Delegación _____ Jurisdicción _____

II. Identificación de la solicitante
Fecha _____
Num. afiliación _____ Consultorio _____
Nombre _____ Edad _____ años
Lugar de residencia _____
Municipio o delegación política _____ Entidad Federativa _____ C.P. _____ Teléfono _____

III. Detección de cáncer del cérvix
Ultima citología:
(1) Primera vez en la vida
(2) Un año o menos
(3) 2 años
(4) 3 ó más años
IV. Condiciones gineco-obstétricas a la detección
(1) Puerperio postparto o postaborto
(2) DIU in situ
(3) Tratamiento hormonal
(4) Otro tratamiento ginecológico
(5) Embarazo actual
(6) Post menopausia
(7) Histerectmía
(8) Fecha de la última regla

V. Actualmente presenta:
(1) Flujo
(2) Prurito o ardor vulvar
(3) Sangrado anormal
(4) Ninguno
VI. A la Exploración se observa
(1) Cuello aparentemente sano
(2) Cuello anormal sin tumoración
(3) Cuello anormal con tumoración
(4) No se observa cuello
VII. Derivada con el Médico Familiar
(1) Si (2) No
(3) Otro:

VIII. Utensilio con el que tomó la muestra
(1) Espátula de Ayre (2) Citobrush (3) Pipeta (4) Abatelenguas (5) Otro
IX. Tomó la muestra citológica: _____ X. Matrícula: _____

RESULTADO DE LA CITOLOGIA CERVICAL

XI. Laboratorio: _____ XII. Número citológico _____
XIII. Fecha de recepción _____ XIV. Fecha de interpretación _____
XV. Características de la muestra
(1) Presencia de células endocervicales (2) Metaplasia epidermoide (3) Inadecuada para diagnóstico
XVI. Diagnóstico citológico
(1) Negativo a cáncer
(2) Negativo con proceso inflamatorio
(3) Displasia leve (Nic I)
(4) Displasia moderada (Nic II)
(5) Displasia grave (Nic III)
(6) "in situ" (Nic III)
(7) Microinvasor
(8) Invasor
(9) Adenocarcinoma
(10) Maligno no especificado
XVII. Hallazgos adicionales
(1) Imagen del virus del papiloma
(2) Imagen del virus del herpes
(3) Tricomonas
(4) Bacterias
(5) Hongos
(6) Otros _____
(7) Ninguno
XVIII. (1) Repetir estudio por:
(2) Células cervicales ausentes (3) Muestra mal fijada (4) Muestra mal teñida
(5) Exudado inflamatorio abundante (6) Sangrado (7) Laminilla rota o extraviada
(8) Muestra contaminada con: _____ (9) Otra: _____
XIX. Nombre del Citotecnólogo: _____ XX. Matrícula _____
XXI. La muestra fue revisada por el Patólogo (1) Si (2) No XXII. Firma del Patólogo _____
XXIII. Nombre del Patólogo: _____ XXIV. Matrícula _____