

11226
29.25



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA GENERAL FAMILIAR Y COMUNITARIA
SECRETARIA DE SALUD
UNIDAD ACADEMICA 'PORTALES'

CORRELACION DIAGNOSTICA, CLINICA Y POR METODOS
RAPIDOS DE LABORATORIO DEL EXUDADO
CERVICOVAGINAL
EN CONSULTORIO DE PRIMER NIVEL DE ATENCION.

TESINA RECEPCIONAL

PARA OBTENER EL DIPLOMA UNIVERSITARIO DE
ESPECIALIDAD EN MEDICINA GENERAL FAMILIAR

P R E S E N T A

DRA. ISABEL BELEN CASTILLO CARRILLO

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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.

INDICE

CORRELACION DIAGNOSTICA, CLINICA Y POR METODOS RAPIDOS DE LABORATORIO DEL EXUDADO CERVICOVAGINAL, En Consultorio de Primer Nivel de Atención.....		1
I.	IDENTIFICACION DEL PROYECTO.....	2
II.	ANTECEDENTES Y PROBLEMA.....	2
1.	Descripción del Problema.....	2
2.	Razones para llevar a cabo la Investigación.....	4
3.	Revisión Crítica de la Información (Marco Teórico).....	4
III.	OBJETIVOS.....	14
IV.	PLANES PARA LLEVAR A CABO LA INVESTIGACION.....	14
1.	Tipo de Estudio.....	14
2.	Población, Lugar y Tiempo.....	14
3.	Criterios de Inclusión y Exclusión.....	15
4.	Instrumento de recolección de datos e Instructivo.....	16
5.	Planes para llevar a cabo la recolección de la Información.....	17
6.	Prueba piloto.....	23
V.	METODO.....	24
VI.	CONSIDERACIONES DE PROBLEMAS ETICOS.....	25
VII.	PLANES PARA EL ANALISIS.....	26
VIII.	RESULTADOS.....	26
IX.	ANALISIS Y CONCLUSIONES.....	55
	BIBLIOGRAFIA.....	63

**CORRELACION DIAGNOSTICA, CLINICA Y POR METODOS RAPIDOS DE
LABORATORIO DEL EXUDADO CERVICOVAGINAL. En Consultorio de
Primer Nivel de Atención**

I. IDENTIFICACION DEL PROYECTO.

1. TITULO:

" CORRELACION DIAGNOSTICA, CLINICA Y POR METODOS RAPIDOS DE LABORATORIO DEL EXUDADO CERVICOVAGINAL. En Consultorio de Primer Nivel de Atención " .

2. INVESTIGADOR ASESOR:

Dr. Efrén Raúl Ponce Rosas, M.F.

3. INVESTIGADOR RESPONSABLE:

Dra. Isabel Belén Castillo Carrillo
Médico Residente de Tercer año de
Medicina General Familiar.

II. ANTECEDENTES Y PROBLEMA.

1. Descripción del problema.

Siendo la leucorrea vaginal uno de los síntomas ginecológicos más frecuentes como motivo de consulta general ó hallazgo de exploración física y la dificultad para el diagnóstico correcto de dichas secreciones por medio de la clínica y el uso imprescindible de medios de cultivo - para el diagnóstico de certeza, que en muchas ocasiones en un Primer Nivel de Atención no se cuentan con ellos, abre la posibilidad de adoptar métodos rápidos y sencillos de laboratorio, que pueden ser utilizados en la práctica diaria del Médico General y Familiar, con una confiabilidad de un 80 % en relación con los hallazgos de los cultivos -- en el diagnóstico de la vaginitis (5,8,11,12 y 32), requiriendo, sólo el 20 %, exámenes repetidos con intervalos de dos semanas ó el uso de cultivos (8).

La observación clínica de la leucorrea, aunado a los métodos sencillos de laboratorio:

- a) Determinación de pH vaginal,
- b) Prueba de aminas con Hidróxido de potasio al 10 %,
- c) Frotis en fresco y Frotis con tinción de Gram

Nos brinda poder hacer un diagnóstico diferencial entre un "flujo vaginal normal" de uno patológico, y aún, nos permite la posibilidad de un segundo ó hasta tercer agente etiológico concomitante de la infección vaginal (11).

A pesar de la gran variedad de microorganismos que pueden formar parte de la flora vaginal y los agentes etiológico de las infecciones cervicovaginales incluyen protozoarios, bacterias y virus (5), en lo que se refiere a frecuencia, la patología vaginal infecciosa se limita en un 95 % a :

33 a 50 %	Gardnerella vaginalis
20 a 25 %	Candidiasis
10 a 30 %	Tricomoniásis
20 a 25 %	Cervicitis (principalmente por Gonococo y C. tracomatis).
2 a 5 %	Diagnóstico no determinado
10 %	Secreciones excesivas, normales (epiteliales o mucosas).

Cada uno de ellos diagnosticados por métodos sencillos de laboratorio (1,4,5,8,11,12, y 32).

Cabe reconocer que, aunque el estudio de Citología exfoliativa es un método por el cuál se puede identificar el agente etiológico de infección vaginal, éste es inadecuado, por ejemplo, en el diagnóstico de tricomoniásis el único criterio de certeza es el movimiento de la tricomonas. Fleury señala que en una serie de estudio con hallazgos de tricomonas, el diagnóstico no se confirmó en el 37 % de las pacientes reexaminadas por frotis en fresco y cultivo, y en el 43 % de las pacientes con tricomoniásis confirmada no mostró presencia de tricomonas por lo que, antes de iniciar el tratamiento de la infección se debe pedir un frotis en fresco de confirmación (11). De ahí el interés de establecer la correlación con los hallazgos clínicos y de laboratorio. Y dar prioridad al uso de cultivos, siempre que exista una secreción anormal o purulenta, pH vaginal elevado (exceptuando a la mujer menopáusica y/o postmenopáusica), prueba de aminas positiva y microscopía negativa o bien el número de leucocitos se encuentre aumentado en la secreción vaginal.

El uso de estos métodos rápidos de laboratorio nos brinda que en un tiempo reducido se pueda iniciar con un tratamiento adecuado más ordenado y por lo tanto satisfactorio. Recalcando la importancia de dar un tratamiento integral que incluye a la pareja sexual de cada paciente con infección cervicovaginal, ya que está comprobado que tanto las candidiasis, tricomoniásis y vaginosis bacteriana por Gardnerella vaginalis se ha aislado el germen de infección en un 90 % de los cultivos de material uretral de las parejas sexuales de las mujeres estudiadas y que generalmente cursan asintomáticos (17).

2. Razones para llevar a cabo la Investigación.

Hasta el momento no existen estudios previos dirigidos a investigar -- procesos infecciosos cervicovaginales en la Unidad Académica del Centro de Salud "Portales".

Existe en el Instituto Nacional de Perinatología una Clínica de Leucorrea, donde se lleva a cabo estos métodos de diagnóstico rápido (5), - sin informar estadísticamente de los resultados obtenidos.

Hay evidencia de que en el C.C.S. "Fragoso Lizalde" se llevó a cabo un estudio de cervicovaginitis en el cuál se utilizaron la medición de pH vaginal, prueba de aminas, frotis en fresco y tinción de Gram para llegar a un diagnóstico, trabajo que aún no ha sido publicado.

3. Revisión Crítica de la Información (Marco Teórico).

Desde 1892, con Dorderlein se han realizado numerosas investigaciones para conocer la flora vaginal que predomina en la mujer, obteniéndose un sin número de diferentes microorganismo que habitan en las vías genitales de la mujer. Y, a la vez, tratando de dar explicación del motivo de la variación de dicha flora.

Si bien es cierto un aspecto fundamental es el describir con exactitud al huésped, señalar la edad, factores nutricionales, estado hormonal y estado general de salud, ya que la flora que se señala como normal, depende de la población de mujeres estudiadas (embarazadas, posmenopausi cas, indigentes), zona del aparato genital que se estudio (vagina, cuello, útero), así como también, el método de cultivo y aislamiento e identificación por los investigadores (13). Por lo que resulta complicado dar resultados categóricos del tipo de flora vaginal predominante.

La vagina y su flora microbiana representa un ecosistema que está cambiando continuamente, debido a las influencias hormonales, influencias del pH sobre el potencial de reducción, otros diferentes componentes - como los ácidos alifáticos y los alcoholes más alifáticos y aromáticos, el contenido de inmunoglobulinas y lisosimas de las secreciones cervicales que también pueden influir en la colonización microbiana. Otro factor de importancia y que altera significativamente la flora ocurre posterior a la cirugía ginecológica y postparto, el cuál puede semejar el período de menstruación, donde se observó que tanto la flora aerobia como anaerobia proliferan (34).

La flora vaginal que predomina en mujeres asintomáticas sin vaginitis se reportan: (2,8,13,20,21)

BACILOS GRAMPOSITIVOS

Lactobacillos 50 a 75 % (aeróbicos 74 % y anaeróbicos 16.1 %)
Difteroides 40 a 51.6 %
Gardnerella vaginalis 19 a 40 %.

COCOS GRAMPOSITIVOS

Staphylococcus epidermidis 40 a 74 %
Staphylococcus aureus 0 a 64 % (siendo el reporte más alto - de varias series de investigación en el año de 1982).
Streptococcus Betahemolítico 20 a 25 %
Streptococcus Grupo D 25 a 35 %
Otros Streptococcus 35 a 55 %.

GRAMNEGATIVOS

E. coli 10 a 30 %
Klebsiella 10 %
Otros 2 a 10 %.

ANAEROBIOS

Peptococos 5 a 74 %
Peptoestreptococos 25 a 64 %
Bacteroides 20 a 40 %
Fusobacterias 5 a 25 %
Eubacterias 5 a 35 %
Veillonella 10 a 30 %.

HONGOS

Cándida albicans 16 a 26.8 % .

Debido a esta gran variedad de flora bacteriana vaginal, el desequilibrio en los factores que mantienen la homeostásis de la flora normal redundará en la aparición de infecciones vaginales, ya que, los organismos potencialmente patógenos son capaces de proliferar a concentraciones elevadas, produciendo síntomas. Cuyo diagnóstico de certeza se logra por medio de cultivos, siendo ésta la primera dificultad el costo y el tiempo requerido para la obtención del resultado.

A últimos años los Investigadores se han encaminado a demostrar, que se puede realizar un diagnóstico rápido, correcto y de bajo costo, con los métodos de determinación de pH vaginal, prueba de aminas y la observación al microscopio de un frotis en fresco y otro con tinción de Gram.

En 1955 Gardner y Duker propusieron los criterios de diagnóstico para la Vaginitis inespecífica (33):

1. Características de la secreción vaginal: Color grisáceo, acuosa, homogénea y a menudo tiene burbujas.
2. Determinación del pH vaginal: Mayor de 4.5, por lo regular entre 5 y 5.5
3. Olor a pescado al mezclar la secreción vaginal con hidróxido de potasio al 10 % , con 67 a 74 % de positividad.
4. Células "patognómicas" (células indicio, células gúfalo o clue cells): Corresponden a las células epiteliales -- con contornos indefinidos, de aspecto granuloso por el gran número de Gardnerella vaginalis adherida a su superficie.

Que al compararse con los cultivos se obtuvo el aislamiento de Gardnerella vaginalis en 47 de 48 mujeres (98 %), que tuvieron cuando menos 3 de los 4 criterios y, sólo en 80 de 199 mujeres (40 %) que no tuvieron 3 de los criterios mencionados (1,5,8,12,32).

Posteriormente Eschenbach utiliza los mismos criterios para realizar el diagnóstico diferencial entre una leucorrea normal, vaginitis inespecífica, tricomoniasis y candidiasis (8).

En 1985 el Dr. Calderón Jaimes y cols., reportan estos métodos como alternativa diagnóstica rápida, sencilla y de bajo costo, utilizando los mismos criterios, pero con algunas modificaciones en las técnicas de toma de la muestras, obteniéndose por medios de hisopos (5).

DESCRIPCION DE LOS DIFERENTES METODOS DE DIAGNOSTICO RAPIDO

I. DETERMINACION DEL pH VAGINAL:

Se requiere del uso de tiras especiales de papel pH colorimétrico, que se compara con la escala de color inmediatamente que se pone en contacto con la secreción vaginal.

II. PRUEBA DE AMINAS:

Se realiza con hidróxido de potasio (KOH) al 10 %, el cuál al mezclar-

unas gotas con la secreción vaginal, y es positiva, si presenta un olor a pescado, debido a la volatilización de las diaminas (putresina y cadaverina), aunque no son del todo específicas para *Gardnerella vaginalis*, ya que la presencia de otros anaerobios pueden producir la misma positividad.

III. ESTUDIO MICROSCOPICO:

Se mezcla una pequeña cantidad de secreción vaginal con solución salina y se coloca sobre un portaobjetos y se observa con el objetivo de 45 el frotis en fresco, buscando: leucocitos, levaduras, tricomonas y células gúfa.

Para búsqueda de levaduras se recomienda un frotis en fresco mezclado con unas gotas de hidróxido de potasio al 10 % para precipitar y destruir el resto de elementos celulares.

El criterio diagnóstico para identificar tricomonas es el movimiento ondulante de su membrana y flagelos.

Las células gúfa se describieron sus características con anterioridad.

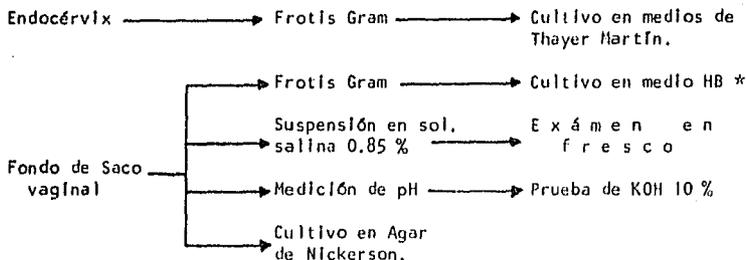
Una vez preparado el frotis con tinción de Gram se observa con el objetivo de 100 y se corroboran la presencia de leucocitos, especialmente la identificación de gonococos intracelulares; células gúfa; lactobacilos grampositivos largos, que básicamente se encuentran en mujeres sanas y disminuidos ó ausentes en la patología vaginal; presencia de cocobacilos gramvariables (*Gardnerella vaginalis*); bacilos curvos-gramnegativos y cocos grampositivos, que sugieren vaginitis inespecífica.

IV. CULTIVOS:

Los medios de cultivo se utilizan en mujeres con pH vaginal alterado, exceptuando a las mujeres menopáusicas; leucorrea purulenta, y en aquellas mujeres que no se llegue al diagnóstico y presenten leucocitosis en el exudado vaginal.

El Dr. Calderón Jaimés y colaboradores realizan los siguientes procedimientos:

MUESTRA PROVENIENTE:



* HB: Medio para *G. vaginalis* (Bicapa con base de Agar Columbia y sangre humana 5 %).

CARACTERISTICAS CLINICAS Y RELACION CON LAS PRUEBAS DE LABORATORIO

La secreción vaginal fisiológica tiene un aspecto blanquecino, flocular, de viscosidad elevada, que se acumula en el fondo de saco; pH menor o igual a 4,5; al microscopio se observan lactobacilos de 3 a 4+, leucocitos 1 - 2 por campo ó no exceden del número de células vaginales.

CANDIDIASIS.

El síntoma más frecuente en la candidiasis es un prurito vaginal y -- vulvar intenso, ardor (disuria vulvar), eritema vulvar y perivaginal, la leucorrea no tiene olor, es de aspecto blanquecino flocular y altamente viscoso, puede observarse placas blanquecinas en las paredes vaginales y puede variar de aspecto de requesón a acuosa y profusa. El pH es menor o igual de 4,5, con presencia de lactobacilos, prueba de aminas negativa, y al microscopio, en el frotis en fresco con sol. salina, en pacientes sintomáticas se observan crecimiento fúngico (pseudomicelios). Y para búsqueda de levaduras se logran observar con el frotis con solución salina; pero al realizarlo con KOH al 10 % permite una mejor visualización al disolver el resto de elementos celulares.

Tomando en cuenta que en el 90 a 94 % de cultivos realizados se han aislado *Cándida albicans* y 3,5 % *Cándida glabrata* en mujeres sintomáticas (13). Se puede inferir con certeza que la presencia de levadu--

ras en los frotis aunado a la sintomatología estemos ante una candidiasis vaginal.

Hurley y colaboradores, concluyen que la *Cándida albicans* no es parte de la flora normal de vagina sana, y que su presencia indica morbilidad, y que se debe eliminar de inmediato, pues de otro modo producirá vulvovaginitis crónica pértinaz y refractaria al tratamiento (13). -- Criterio no válido para otros autores, ya que al permanecer asintomática la paciente, este microorganismo pasa a formar parte de la flora vaginal normal.

TRICOMONIASIS.

Parasitosis que se transmite sexualmente, cuya sintomatología se caracteriza por leucorrea profusa de color variable de gris-amarillento-verduzco y a menudo purulento, homogéneo y de baja viscosidad, de olor desagradable. El guiarse sólo por el aspecto clínico tiene un porcentaje de 50 % de error, cuando compara el examen microscópico con el diagnóstico clínico. Además la presencia de espuma (burbujas), no es del todo confiable, ya que en casi el 30 % de los casos hay leucorrea espumosa sin *Tricomona vaginalis*; el porcentaje del cuello cervical con aspecto de fresa (cuello eritematoso, friable y con puntillito) mencionado como patognomónico, pero sólo se presenta en el 5 % de los casos.

El diagnóstico se realiza por medio del frotis en fresco, observando al protozoario, piriforme, con movimientos de sus flagelos y membrana ondulante, en ocasiones se llega a encontrar alrededor de 10 tricomonas por campo. Se recomienda la observación detenida, ya que puede existir un 20 % de tricomoniasis inmóvil, debido al atrapamiento del parásito entre las células epiteliales o por leucocitos.

El pH vaginal es mayor de 4.5, se refiere olor a minas, gran número de leucocitos y escasos o ausentes lactobacilos.

Se recomienda el uso de cultivos para *N. gonorrhoeae* por la frecuente asociación de estos dos organismos. Entre otras infecciones concomitantes, es la infección con *Gardnerella vaginalis*, encontrándose por lo tanto: células gufa, con pH mayor de 5, con prueba de aminas fuertemente positivo, y abundantes cocobacilos. O bien dualidad con *Cándida albicans*, a pesar de que algunos autores como Chez, Hurley y colaboradores, mencionan que la *Cándida albicans* no puede sobrevivir en un pH mayor de 4.5 (13).

VAGINITIS INESPECIFICA.

Se ha discutido con respecto al nombre de Vaginitis Inespecifica, el cual es inaceptable, por cuanto se ha comprobado la presencia de Gardnerella vaginalis y una mezcla de anaerobios que se asocian invariablemente a la enfermedad; la respuesta terapéutica al metronidazol y el olor de la secreción sugieren que la infección es debida primariamente a anaerobios, y finalmente, no existe inflamación de la pared vaginal, por lo que se ha sugerido el nombre de Vaginosis Anaerobica o Bacteriana (1,4,5).

Esta entidad se caracteriza por una leucorrea blanquecina o grisacea, maloliente, variable en cantidad, viscosidad baja, homogénea, pH mayor de 5, prueba de aminas positiva, al microscopio: ausencia de lactobacilos, leucocitos ausentes y células gúfa.

Para constituir el diagnóstico debemos recordar que deben cumplirse -- por lo menos tres de los cuatro criterios mencionados por Gardner y -- Dukes.

CERVICITIS.

De las infecciones frecuentes que producen cervicitis en nuestro medio es la Neisseria gonorrhoeae y Chlamydia tracomatis.

En la gonorrea sintomática, el método rápido y simple de diagnóstico es la tinción de Gram del material obtenido de la región uretral en el hombre, con un muy cercano 100 % de confiabilidad, al observar los diplococos intracelulares gramnegativos. Y cuando ocurre asintomático, tiene una sensibilidad del 40 % el frotis en comparación al cultivo -- (5). En la mujer la muestra se debe obtener de endocervix, el frotis con tinción de Gram tiene una sensibilidad del 60 % en las mujeres sintomáticas, por lo que el cultivo es recomendado en forma necesaria (5).

La infección por Chlamydia tracomatis, es una infección transmitida por contacto sexual, responsable en un 80 % de las cervicitis, más del --- 50 % de los casos de epididimitis y el 20 % de las salpingitis.

No hay sintomatología específica pues a menudo ocurre como infección asintomática en un 9 a 19 % de la población general (3,28,29).

Cuando hay sintomatología manifiesta se asocia con secreción seropurulenta endocervical, hipertrofia endocervical y más raro con granuloma. El diagnóstico de certeza se realiza, tomando material del cuello uterino, uretra y a veces del recto por medio de un hisopo. Se conserva en un medio de transporte viral selectivo, y se desarrolla mediante --

una técnica de cultivo celular en las que se encuentran cuerpos de inclusión que se tiñen con yodo y con coloración de Giemsa (22). Otros métodos de diagnóstico indirecto son útiles y pueden ser orientadores. En la citología exfoliativa se pueden observar inclusiones intracitoplásmicas, pero no es recomendable para el diagnóstico (5,28). La tinción de Giemsa es poco específica y difícil de interpretar debido a que las bacterias interfieren con la observación precisa o bien forman estructuras que se confunden con las inclusiones intracitoplásmicas características. El frotis en fresco con yodo, aunque sus inclusiones se tiñen, no se pueden utilizar para células del epitelio vaginal por el glucógeno que contienen (3,5). Por último las técnicas de inmunofluorescencia con capacidad de distinguir 15 diferentes serotipos de Chlamydia, además de detectar infecciones activas muy recientes mediante titulación de IgM, no están a nuestro alcance por su elevado costo.

Ahora bien, en casos de inflamación cervical sin posibilidad de medios de cultivo para aislarlo o con pruebas y cultivos para gonococos negativos es prudente administrar tetraciclinas (Tratamiento Antibiótico "Ciggo"), ya que son efectivas contra ambos, C. tracomatis y N. gonorrhoeae (5,22,28,29).

TRATAMIENTOS.

1. LEUCORREA NORMAL:

Tranquilizar a la paciente, y medidas higiénicas.

2. TRICOMONIASIS Y VAGINOSIS BACTERIANA (Vaginitis inespecífica).

Metronidazol 250 mg 3 veces al día por 7 días; igual tratamiento a la pareja sexual, Vía Oral.

3. En caso de estar embarazada la paciente:

Se administrará óvulos de Metronidazol vía vaginal: 1 diario por 10 días y Tratamiento por Vía Oral a su pareja sexual por 7 días.

4. CANDIDIASIS:

Nistatina óvulos 1 cada 12 horas por 14 días;
Pareja sexual: Clotrimazol crema por 14 días.

5. GONORREA E INFECCION POR PROBABLE CHLAMIDEA TRACOMATIS:

Tetraciclinas 500 mg, 4 veces al día por 7 días.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE CERVICOVAGINITIS
CLINICO Y POR METODOS RAPIDOS DE LABORATORIO

SECRECION	NORMAL	V.N.E. (V.B.)	TRICOMONIASIS	CANDIDIASIS
PRESENCIA EN INTROITO *	No	Si	Si	No - Si
C O L O R	Blanco	Blanco-Gris	Gris-Amarillento Verduzca	Blanco-Amarillento
VISCOCIDAD	Elevada	Baja	Baja	Alta
CONSISTENCIA	Flocular	Homogénea	Homogénea	Flocular
PRESENCIA EN LA VAGINA **	Depende del lugar	Adherida a las paredes	Adherida a las paredes	Adherida a las paredes
pH	Igual o menor 4,5	Mayor de 5	Mayor de 5	Igual o menor 4,5
TEST DE AMINAS KOH 10 % ***	Negativa	Positiva	Puede ser positiva o negativa	Negativa
M I C R O S C O P I A :				
LACTOBACILOS	Abundantes	Ausentes	Escasos o Ausentes	Abundantes
LEUCOCITOS	1-2 x C ó No Rebasan el # de Célis. Epít.	Ausentes	Elevados (cervicitis).	Ausentes
TRICOMONAS	Ausentes	Presentes en Infec. dual	Móvil; 15-20% Inmóviles. Presente	Presentes en Infec. dual
MICELIOS	No Hay	No Hay	No Hay	Presentes

- * Se refiere a la cantidad de secreción, cuando está presente en in-
troito es abundante, en caso contrario es escasa.
- ** Se refiere a la adherencia de la secreción a las paredes vaginales.
- *** Prueba negativa, no se percibe ningún olor. Prueba positiva apare-
ce un olor a pescado.

Con respecto a los estudios realizados como trabajos de Tesis de Post-
grado, enfocados al estudio de la cervicovaginitis, hay dos, ambos con
el fin de obtener el Título de Especialidad en Medicina Familiar en el
Instituto Mexicano del Seguro Social.

La primera realizada en el año de 1977, en la Clínica Hospital T-1 No.-
16, Torreón, Coahuila, cuyo método a seguir fué el siguiente:

El universo de estudio fué de 40 pacientes, con un rango de 3 a 58 años.
A todas se les realizó historia clínica, exámenes generales de laborato-
rio, citología exfoliativa (DCC), frotis y cultivo del exudado vaginal.
Se obtuvieron 14 casos con diagnóstico de Vulvovaginitis inespecífica y
25 casos con diagnóstico específico:

8 Tricomonalias
5 Candidiasis
2 Hemophilus vaginalis
11 Vulvovaginitis mixta: 8 Tricomonalias con Gram positivos
3 Levaduras con Gram positivos

La mayor incidencia se reportó entre los 31 a 40 años, en mujeres con -
vida sexual activa.

El segundo trabajo de Tesis se realizó en el año de 1983, en el cuál se
emplearon las técnicas propuestas para el presente estudio, y medios de
cultivo, concluyendo que los medios de cultivo son definitivamente el -
método adecuado para el diagnóstico de la cervicovaginitis.

No es posible ahondar en más datos, ya que ésta Tesis sólo se encuentra
en la Biblioteca Central del Centro Médico Nacional del Instituto Mexi-
cano del Seguro Social, la cuál se encuentra cerrada desde el mes de --
Septiembre de 1985.

III. OBJETIVOS.

1. OBJETIVO GENERAL:

- 1.1. Determinar la efectividad de los métodos rápidos de laboratorio para el diagnóstico presuntivo de cervicovaginitis.

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 2.1. Determinar la necesidad del uso de medios de cultivo para exudado vaginal en las mujeres que no se llegue al diagnóstico -- con los métodos propuestos.
- 2.2. Observar si la Citología exfoliativa es un estudio de apoyo -- útil para la identificación de procesos infecciosos.
- 2.3. Cuantificar si estos métodos de laboratorio rápidos, sencillos y baratos son de utilidad para un diagnóstico probable de cervicovaginitis.
- 2.4. Proponer estos métodos como el instrumento inicial de diagnóstico en los procesos infecciosos vaginales, en el Primer Nivel de Atención Médica.
- 2.5. Cuantificar la sensibilidad y especificidad de los Criterios -- de Gardner y Dukes para el diagnóstico probable de cervicovaginitis.

IV. PLANES PARA LLEVAR A CABO LA INVESTIGACION.

1. Tipo de Estudio.

Estudio Descriptivo, de corte transversal.

2. Lugar, Tiempo y Población.

Lugar: C.C.S. T-III A " PORTALES ", de la Secretaría de Salud, ubicado en la Calzada de San Simón No. 94, Colonia Portales.

Tiempo: Cuatro meses que comprende de Marzo a Junio de 1986.

Población: El universo de estudio está formado por mujeres que están --

adscritas al módulo VIII del Centro de Salud, que acudan por primera vez o en forma subsecuente a consulta en los meses de Marzo a Junio 86.

3. Criterios de Inclusión y Exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSION.

a) Toda mujer que haya iniciado vida sexual activa, por la mayor aceptación para realizarle en forma periódica el estudio de Citología - Exfoliativa.

b) Que acepten el estudio una vez que se le ha explicado el método y especificar que en caso de detectarse proceso infeccioso acepte someterse a tratamiento médico, tanto la paciente como su pareja sexual.

c) Que tenga o no sintomatología de Infección vaginal.

d) Mujeres que acudan a consulta en el período comprendido del 3 de Marzo al 30 de Junio de 1986.

e) Se incluirán mujeres núbiles que acudan a consulta refiriendo - como principal síntoma "flujo vaginal", si son menores de edad y su madre solicita el estudio, se les explicará previamente el método utilizado y la inocuidad de este.

f) Edad de 14 a 68 años.

CRITERIOS DE EXCLUSION TEMPORALES.

a) Que se encuentre en período menstrual.

b) Que haya recibido tratamiento a base de antibióticos dos semanas previas al estudio.

c) Que se haya realizado ducha vaginal en las últimas 12 horas a la toma de la muestra.

d) Se programará su cita, para incluir a las pacientes en la Investigación.

CRITERIOS DE EXCLUSION ABSOLUTOS.

a) Que no acepte el estudio o someterse a tratamiento médico.

4. Instrumento de recolección de datos e Instructivo.

El instrumento de recolección de datos consta de dos páginas que conforma 36 incisos, que se subdividen en la siguiente forma:

- Antecedentes de importancia que intervienen en la aparición de una cervicovaginitis.
- Síntomas y signos que refiera y presente la paciente en el momento de la exploración.
- Datos obtenidos de la Citología exfoliativa.
- Laboratorio.
- Diagnóstico y,
- Observaciones, donde se anotarán los datos de interés que surgan en la entrevista, así como tratamientos recibidos tanto previos como actual y nueva fecha de control.

En la primera página en su parte superior derecha se anotará en el inciso No. 1, el número de estudio en forma progresiva, y en la contrapágina se anotará la fecha en que se realice el estudio.

Inciso 2: Nombre completo de la paciente; inciso 3: se anotará el número de expediente con que cuenta en el Centro de Salud (expediente de adscripción al módulo VIII); inciso 4: Estado civil: casada, soltera, unión libre, separada, divorciada, viuda; inciso 5: Ocupación: hogar, empleada doméstica, estudiante, profesional, comerciante, obrera, --- otros; inciso 6: Dirección.

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA.

Inciso No. 7: Edad de la paciente, tomando en cuenta los siguientes -- grupos de edad:

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| 1. Menores de 15 años | 5. De 45 a 54 años |
| 2. De 15 a 24 años | 6. De 55 a 65 " |
| 3. De 25 a 34 " | 7. Mayores de 65 años |
| 4. De 35 a 44 " | |

Inciso No. 8: Inicia de vida sexual activa; se contestará con la clave del inciso 7, agregándose un inciso más 8. Núbil.

Inciso 9: Investiga la presencia de Diabetes, consta de 3 incisos:

1. SI = Cuando la paciente se conozca como diabética.
2. NO = Cuando la paciente cuente con glucemia dentro de límites normales.
3. LO DESCONOCE = Cuando tenga antecedentes familiares, factores de riesgo o nunca se halla realizado -- una determinación de glucosa.

Inciso 10: ¿SE REALIZA DUCHAS VAGINALES?. Se hará incipiente a la paciente que éstas se realizan con irrigador intravaginal, si la respuesta es afirmativa, se anotará el número 1 en el cuadro correspondiente, especificando la frecuencia con que se realizan. De ser negativa la respuesta se anotará el número 2.

Inciso 11: EMBARAZO ACTUAL. Está basado en la fecha de última regla, - aue, aunque no esté estrictamente puntualizado en un inciso, ésta se - debió de haber Interrogado con anticipación para cubrir los datos necesarios de la solicitud de Citología Exfoliativa.

En caso de existir retraso menstrual, se realizará exploración con tacto vaginal para corroborar signos presuntivos de embarazo y en caso necesario se solicitará Gravindex; lo que determinará un cambio en la -- vfa de administración del medicamento.

Se anotará en el cuadro correspondiente el número 1 si existe embarazo, especificando el trimestre de edad gestacional, si no lo hay se anotará el número 2.

Inciso 12: PLANIFICACION FAMILIAR. Cuenta con los siguientes incisos:

- | | |
|---------------------------|------------------------|
| 1. Asa de Lippes | 8. Ritmo |
| 2. T de cobre | 9. Histerectomía |
| 3. Hormonales Orales | 10. Menopausia |
| 4. Hormonales Inyectables | 11. Lactancia |
| 5. De Barrera | 12. Coitus Interruptus |
| 6. Vasectomía | 13. Ninguno |
| 7. Salpingoclasia | |

Inciso 13: PARTO RECIENTE. El cuál abarca hasta el primer mes de postparto. En caso afirmativo se anotará en el cuadro correspondiente el - número 1, de lo contrario el número 2.

Inciso 14: NUMERO DE PAREJAS SEXUALES. Valora promiscuidad sexual; consta de tres subincisos, el 14.1 se anotará el número de parejas sexuales en número total; 14.2, se anotará el número actual de parejas; y 14.3, se anotará en el cuadro correspondiente la letra "a" si la pareja de la paciente acudió al módulo de consulta para recibir el tratamiento adecuado ó la letra "b" en caso de no acudir.

SINTOMAS:

Inciso 15: PRURITO. Se preguntará la presencia de comezón, anotando el número 1, si es afirmativo y el número 2, en caso negativo.

Inciso 16: ARDOR. Al preguntar, debemos diferenciarla de la disuria uretral, especificando a la paciente que el ardor es vaginal o vulvar. Si la respuesta es afirmativa se anotará el número 1, en el cuadro correspondiente, en caso contrario se anotará el número 2.

Inciso 17: DISPAURENIA. Es la presencia de dolor al coito, si la respuesta es afirmativa se anotará el número 1, si es negativa el número 2.

A partir del inciso 18 al 23, hay probabilidad de que cada respuesta -- tenga dos ó más subincisos, que se anotarán en los cuadros correspondientes, ya que corresponderán a los síntomas que la paciente exprese sentir y se corroborarán con los hallazgos que se encuentren en la exploración.

Inciso 18: LEUCORREA. Investiga la presencia de leucorrea, cuando ésta sea afirmativa se anotará el número 1, e inmediatamente se especificará la antigüedad de la misma; en caso negativo se anotará el número 2 y se obviarán los incisos 19 hasta el 23, anotando sólo los hallazgos de exploración, a menos de encontrar leucorrea se anotarán las características observadas por el médico.

Inciso 19: CANTIDAD. 19.1. Abundante, cuando la leucorrea llega al introito; 19.2. Escasa, cuando se encuentre leucorrea circunscrita al fondo de saco y cérvix; y, 19.3. Variable, cuando su presencia es ocasional y la paciente no sabe precisar con exactitud.

Inciso 20: COLOR. Debido a la gran variedad de color, que el flujo vaginal puede tomar durante el ciclo menstrual y sobretodo en el proceso infeccioso, se tomará en cuenta tanto la apreciación subjetiva de la paciente como el color que sea observado:

- | | |
|-----------------|------------------|
| 1. Transparente | 5. Sanguinolento |
| 2. Blanca | 6. Verdosa |
| 3. Amarilla | 7. Café |
| 4. Gris | |

Inciso 21: CONSISTENCIA: 21.1. Flocular (grumos), es la presencia de colooides precipitados de una solución en copos visibles. Se le preguntará a la paciente si el flujo que presenta, deja en la pantaleta y/o apósito como "masa o maicena"; 21.2. Homogéneo, cuando el flujo tiene una mezcla total sin dejar la presencia de grumos, generalmente líquido o acuosa; y, 21.3. Variable (es referido así por la paciente).

Inciso 22: VISCOSIDAD. 22.1. Elevada, secreción muy viscosa que se acumula en el fondo de saco vaginal; 22.2. Alta, sumamente viscosa, -- que se adhiere a las paredes; 22.3. Paja, tiene apariencia acuosa; y, 22.4. Presencia de espuma, valora la presencia de burbujas en la leucorrea.

Inciso 23: OLOR. Se le preguntará a la paciente si ha percibido algún olor en especial del flujo vaginal que presenta; 23.1. Sin olor, 23.2. Fétido, 23.3. Olor a pescado, y, 23.4. Olor postcoital a pescado.

SIGNOS.

Inciso 24: PRESENCIA EN LAS PAREDES (de la leucorrea): 24.1. Adherente a las paredes vaginales; 24.2. No adherente, no se adhiere a las paredes, Va en relación a como se distribuye el flujo y a la viscosidad del mismo.

Inciso 25: VULVA: Se anotará lo que el médico investigador observe a la exploración ginecológica: 25.1. Normal; 25.2. Eritema, enrojecimiento; 25.3. Edema, aumento de volumen con piel brillante, con pérdida de los pliegues vulvares; 25.4. Vesículas, presencia de elevaciones circunscritas llenas de líquido seroso; 25.5. Fisuras vulvares, presencia de úlceras lineales en la vulva; 25.6. Fisuras perirectales, úlcera lineal alrededor del ano y periné; y, 25.7. Atrófia.

Inciso 26: VAGINA: 26.1. Normal; 26.2. Eritema; 26.3. Vesículas; 26.4. Edema; 26.5. Puntos hemorrágicos; 26.6. Atrófica; y, 26.7. Otros.

Inciso 27: CERVIX: 27.1. Normal; 27.2. Edema; 27.3. Eritema; 27.4. -- Friable, se determina al realizar contacto con el hisopo de algodón y el cervix sangra con facilidad; 27.5. Secreción purulenta endocervical, es la expulsión de material purulento a través del cervix, 27.6. -- No hay cervix (Debido generalmente a histerectomía); 27.7. Atrófico; y, 27.8. No se visualizó (en las pacientes núbiles).

Inciso 28: LESION CERVICAL. 28.1. Ectropión, versión de la mucosa del cuello uterino; 28.2. Erosión, endocervicitis, donde el orificio cervical es de color rojo y está cubierto de epitelio cilíndrico en lugar de pavimentoso; 28.3. Pólipo, presencia de tumor blando, general-

mente pediculado; 28.4. Quiste, (quiste de naboth), se forman por la retención de la secreción de estos folículos; 28.5. Leucoplasia, placas blanquecinas, adherentes e indoloras; 28.6. Ulceración; 28.7. Tumoraación; 28.8. Aspecto de fresa, cérvix eritematoso, con hipertrofia de los folículos y enrojecidos que dan este aspecto; y, 28.9. Sin lesión aparente.

CITOLOGIA EXFOLIATIVA.

Inciso 29: Se anotará el número de citología que le corresponda al estudio (número que da el personal de enfermería).

Inciso 30: PATRON MICROBIANO Y VIRAL. 30.1. Bc = Baciliforme; 30.2. - Cc = Coccide; 30.3. Mx = Mixto; 30.4. Sf = Sin flora; 30.5. Tr = Tricomona; 30.6. Am = Amiba; 30.7. Mo = Monilia; 30.8. Gr = Giardia; --- 30.9. Hp = Herpes; 30.10. Cl = Clamidea; 30.11. Cn = Cóndiloма; y, -- 30.12. Otros, donde se especificará que tipo de organismo se identificó.

LABORATORIO.

Inciso 31: DETERMINACION DE pH: Se anotará el pH obtenido con las tiras reactivas colorimétricas.

Inciso 32: PRUEBA DE AMINAS: 32.1. Cuando la reacción sea negativa y 32.2. Cuando la reacción sea positiva.

Inciso 33: EXAMEN EN FRESCO. Se anotará lo que se observe en el microscopio: 33.1. Leucocitos; 33.2. Células gafa; 33.3. Levaduras; y, -- 33.4. Tricomonas.

Inciso 34: TINCION DE GRAM. Se describirá lo que se observe en el frotis con tinción de Gram: 34.1. Lactobacilos; 34.2. Cocobacilos Gram variables; 34.3. Facilos curvos Gramnegativos; 34.4. Cocos Grampositivos; 34.5. Facilos Gramnegativos; 34.6. Células gafa; 34.7. Levaduras; 34.8. Leucocitos; y, 34.9. Otros.

DIAGNOSTICO FINAL.

Inciso 35: DIAGNOSTICO. Se realizará al conjuntar los datos clínicos y de laboratorio: 35.1. Sana; 35.2. Tricomoniasis; 35.3. Candidiasis; 35.4. Vaginitis Bacteriana; y, 35.5. Otros donde se especificará.

Inciso 36: REQUIRIO CULTIVO. 36.1. Si requirió y se especificará el resultado obtenido del cultivo; y, 36.2. No requirió.

OBSERVACIONES.

1. No. DE ESTUDIO

C.C.S. T - III " PORTALES " MODULO VIII
 DIAGNOSTICO CLINICO Y POR LABORATORIO DEL
 EXUDADO VAGINAL

FECHA

2. Nombre: _____ 3. No. Exp. _____ 4. Edo. Civil _____
 5. Ocupación _____ 6. Dirección _____

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:	SINTOMAS:
7. EOAD:	18. LEUCORREA: <input type="checkbox"/>
7.1. Menores de 15 años <input type="checkbox"/>	18.1. Si _____ Antigüedad
7.2. 15 a 24 años	18.2. No
7.3. 25 a 34 " <input type="checkbox"/>	19. CANTIDAD:
7.4. 35 a 44 " <input type="checkbox"/>	19.1. Abundante <input type="checkbox"/>
7.5. 45 a 54 " <input type="checkbox"/>	19.2. Escasa
7.6. 55 a 64 " <input type="checkbox"/>	19.3. Variable
7.7. Mayores de 65 años	20. COLOR: <input type="checkbox"/>
8. INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA:	20.1. Transparente 20.5. Sanguinolenta
* Contestar con la clave de la pregunta No. 7 <input type="checkbox"/>	20.2. Blanca 20.6. Verdosa
8.8. Núbil	20.3. Amarilla 20.7. Café
9. PRESENCIA DE DIABETES:	20.4. Gris
9.1. Si <input type="checkbox"/>	21. CONSISTENCIA:
9.2. No <input type="checkbox"/>	21.1. Flocular (grumos) <input type="checkbox"/>
9.3. Lo desconoce <input type="checkbox"/>	21.2. Homogénea
10. ¿SE REALIZA DUCHA VAGINAL?:	21.3. Variable <input type="checkbox"/>
10.1. Si <input type="checkbox"/>	22. VISCOSIDAD:
Frecuencia. _____	22.1. Elevada <input type="checkbox"/>
10.2. No <input type="checkbox"/>	22.2. Alta <input type="checkbox"/>
11. EMEARAZO ACTUAL:	22.3. Baja <input type="checkbox"/>
11.1. Si <input type="checkbox"/>	22.4. Presencia de espuma.
Trimestre. _____	23. OLOR :
11.2. No <input type="checkbox"/>	23.1. Sin olor <input type="checkbox"/>
12. PLANIFICACION FAMILIAR: <input type="checkbox"/>	23.2. Fétido <input type="checkbox"/>
12.1. Asa L. 12.8. Ritmo.	23.3. Olor a pescado
12.2. T cu. 12.9. Histerectomía.	23.4. Olor postcoital
12.3. H. Oral. 12.10. Menopausia.	SIGNOS :
12.4. H. Inyec. 12.11. Lactancia.	24. PRESENCIA EN LAS PAREDES:
12.5. H. Barrera. 12.12. Coitus Int.	24.1. Adherente <input type="checkbox"/>
12.6. Vasectomía. 12.13. Ninguno.	24.2. No Adherente <input type="checkbox"/>
12.7. Salpingoclasia.	25. VULVA: <input type="checkbox"/>
13. PARTO RECIENTE:	25.1. Normal 25.5. Fisuras Vulvares
13.1. Si <input type="checkbox"/>	25.2. Eritema 25.6. Fisuras perirectal
13.2. No <input type="checkbox"/>	25.3. Edema 25.7. Atrófia
14. NUMERO DE PAREJAS SEXUALES:	25.4. Vesículas
14.1 No. Total _____	26. VAGINA: <input type="checkbox"/>
14.2 No. Actual _____	26.1. Normal 26.5. Puntos Hemorrágicos
14.3 ACUDIERON A TRATAMIENTO:	26.2. Eritema 26.6. Atrófica
a) Si <input type="checkbox"/>	26.3. Vesículas 26.7. Otros
b) No <input type="checkbox"/>	26.4. Edema
SINTOMAS :	27. CERVIX: <input type="checkbox"/>
15. PRURITO:	27.1. Normal 27.5. Secr. Purulenta Ec.
15.1. Si <input type="checkbox"/>	27.2. Edema 27.6. No hay cervix.
15.2. No <input type="checkbox"/>	27.3. Eritema 27.7. Atfófico
16. ARDOR:	27.4. Friable 27.8. No se visualizó
16.1. Si <input type="checkbox"/>	
16.2. No <input type="checkbox"/>	
17. DISPAREUNIA:	
17.1. Si <input type="checkbox"/>	
17.2. No <input type="checkbox"/>	

De las observaciones de mayor importancia, como hallazgo de la prueba piloto del instrumento de recolección fué un antecedente no contemplado: ¿HA RECIBIDO TRATAMIENTOS PREVIOS POR INFECCIONES VAGINALES?, respuestas: 0B.1. sí y 0B.2. No.

Al finalizar se vaciarán los datos en la sección de resumen, para constatar los reactivos constestados.

Para cada control que se realice, se utilizará un cuestionario dirigido únicamente al interrogatorio de síntomas y signos, en caso necesario Citología exfoliativa, laboratorio y diagnóstico, anotándose las respuestas en los cuadros correspondientes.

5. Planes para llevar a cabo la recolección de la información.

Se realizará adiestramiento previo al inicio de la investigación, el cual será impartido por los Q.M.P. CARLOS CONDE G. y RUEEN DE LA CRUZ G., investigadores del Instituto Nacional de Perinatología; y por el DR. ARNOLDO ROCHA G. Médico General Adscrito al Centro de Salud "Fragoso Lizalde" e Investigador encargado del estudio de Cervicovaginitis inespecífica en dicha unidad. Para enseñar las técnicas de toma de muestras y la observación al microscopio, así como la preparación de cada una de las muestras.

El adiestramiento se llevará a cabo en el Centro Comunitario de Salud T-III "Dr. Fragoso Lizalde" y en el Instituto Nacional de Perinatología.

A su vez se adiestrará a una enfermera para la asistencia del material necesario en forma oportuna para la toma de muestras.

También se contará con la cooperación del personal de laboratorio, -- quienes serán los encargados de supervisar las lecturas al microscopio de los frotis en fresco y con tinción de Gram, para proporcionar una mayor veracidad al médico Investigador.

Por último se contará con la supervisión mensual de los Químicos y/o el médico que impartirán el adiestramiento al residente responsable de la investigación.

6. Prueba piloto.

Se realizará una prueba piloto con el instrumento de recolección de datos, en el lapso de dos semanas, para valorar la suficiencia, claridad y faltantes de los reactivos.

V. METODO.

Una vez que la paciente haya aceptado participar en la investigación, se recabarán los datos necesarios para llenar la solicitud de Citología exfoliativa. Posteriormente se realizará un interrogatorio dirigido para esclarecer la presencia o ausencia de infección vaginal.

Una vez marcadas las láminillas necesarias y colocada la paciente en la mesa de exploración en posición ginecológica, se observarán las características de la vulva y se anotarán en el cuestionario en la sección de signos. Posteriormente se introducirá un espejo vaginal esterilizado y sin lubricante, para visualizar el tercio superior de la vagina y el cérvix, anotándose igualmente las características observadas. Inmediatamente se procederá en la siguiente forma:

1. Se toman muestras convencionales para la Citología exfoliativa.
2. Con un hisopo de algodón se toma muestra del endocérvix, realizando suaves giros y con este material se realiza un extendido en la parte central de una láminilla, el hisopo se deposita en un tubo de ensaye, al que previamente se le colocó solución salina al 0,85 % .
3. Con un segundo hisopo se toma muestra de toda la pared vaginal visible, con suaves giros sobre sí, realizando un extendido en la parte inferior de la láminilla anteriormente mencionada. El hisopo se deposita en el mismo tubo de ensaye.
4. Con un tercer hisopo se realiza la maniobra anterior, para que se impregne perfectamente de la secreción restante, posteriormente se saca el espejo vaginal y en la vagina superior se coloca una tira especial para medir pH, poniendo en contacto el hisopo con la tira para que haga reacción, se lee inmediatamente con la tabla de colores y se anota el pH indicado en el párrafo correspondiente del cuestionario.
5. Por último, a éste tercer hisopo, se le agregan unas gotas de hidróxido de potasio al 10 % y se mezcla perfectamente, si la prueba es positiva se manifiesta por la aparición de un olor a pescado.

Ahora bien, finalizados estos pasos, se procede a preparar el frotis-

en fresco con los hisopos que se sumergieron en solución salina, se colocan unas gotas en un portaobjetos y se le coloca un cubreobjetos, se observa al microscopio con el objetivo de 40 aumentos. El segundo frotis se deja secar algunos minutos y se fija con calor, después se tiñen con la coloración de Gram. Este frotis se observa con el objetivo de inmersión (100 aumentos).

La búsqueda de elementos en el frotis en fresco está encaminada a observar la presencia de: leucocitos, células gúfa, levaduras y tricomonas. El frotis con tinción de Gram: lactobacilos, cocobacilos gramvariables (*Gardnerella vaginalis*), bacilos gramnegativos, bacilos curvos gramnegativos, cocos grampositivos, células gúfa y levaduras. La cuantificación de estos elementos bacterianos se llevará a cabo con el método de Kelloggs:

ELEMENTOS POR CAMPO	CUANTIFICACION
Menos de 1	1 +
1 a 5	2 +
6 a 30	3 +
Más de 30	4 +

Sólo hay indicación de toma de cultivos cuando la microscopía es negativa y se trata de una secreción anormal, con pH elevado, prueba de aminas positiva, o secreción francamente purulenta, o en aquellas mujeres que el número de leucocitos este aumentado en la secreción. Se excluirán del uso de cultivos a las mujeres menopáusicas, ya que como es bien sabido, en la historia natural del pH vaginal, en esta etapa de la mujer, el pH tiende a ser alcalino (14).

Los medios de cultivos que serán utilizados son:

1. Agar Sangre (Medio enriquecido).
2. Eusina, Azul de Metileno EMB (Medio Diferencial) para Gramnegativos.
3. Manitol Sal (Medio Selectivo) para Grampositivos.
4. Agar Chocolate Modificado (Thayer Martin) para *Neisseria G.*
5. Agar Beaggy (Medio Diferencial) para *Cándida a.*

Una vez realizado un diagnóstico, se manejarán los tratamientos convencionales para cada una de las infecciones cervicovaginales detectadas. Haciendo hincapié en la necesidad que la pareja sexual de cada paciente participe y acepte el tratamiento médico prescrito, iniciándolo ambos al mismo tiempo.

Las muestras serán colectadas por el médico responsable de la investigación, al igual que realizará el interrogatorio y exploración de cada paciente que participe en la investigación.

La enfermera ayudará al llenado de hojas de solicitud de Citología exfoliativa y realizará el rayado en forma conjunta con el médico de todas las láminillas necesarias y estará pendiente de la preparación -- adecuada de la paciente y su intervención oportuna para la asistencia del material necesario para la toma de las muestras.

El personal de laboratorio se encargará de la supervisión diaria de la lectura al microscopio de las láminillas. Ya que una vez terminada la recolección de muestras al día, el residente encargado de la investigación revisará cada láminilla para dar su diagnóstico final conjuntamente los datos clínicos y los hallazgos obtenidos por los métodos rápidos de laboratorio.

Dos horas después se citarán a las pacientes para dar el diagnóstico y tratamiento al igual que a sus parejas. Posteriormente se citarán -- cuatro semanas después para control, realizando nuevo interrogatorio de la sintomatología y exploración genital con obtención de muestras de la secreción vaginal existente siendo sometida de nuevo a todo el procedimiento para observar la evolución a la curación, o, persistencia del proceso infeccioso, así como otro tipo de evolución de cada paciente.

Todas las actividades se llevarán a cabo en el Módulo VIII y en el laboratorio del Centro de Salud "Portales". La lecturas de cada Citología se llevará a cabo en el C.C.S. "MIXCOAC".

VI. CONSIDERACIONES DE PROBLEMAS ETICOS.

Debido a, que las mujeres que acuden al Centro de Salud tienen gran aceptación al estudio de Citología Exfoliativa, y al hacerles la aclaración que al mismo tiempo se tomarán otras muestras para el estudio del "flujo vaginal" y serán sometidas estas muestras a métodos de laboratorio sencillos, y, que en caso de detectar infección se les -- prescribirá tratamiento integral que incluye a su pareja sexual, siempre que acepten ser sometidas al estudio y al tratamiento.

En la mujer embarazada que acepte el estudio y requiera tratamiento, éste se indicará en forma local, acentando la necesidad de dar tratamiento a su pareja en forma convencional.

Se hará la aclaración a cada paciente, que en caso de rechazo al tratamiento por su pareja, ésta debe acudir al módulo para recibir las explicaciones necesarias de las indicaciones prescritas.

VII. PLANES PARA EL ANALISIS.

Los datos obtenidos se analizarán con medidas de estadística descriptiva: medidas de resumen, tasas y proporciones, medidas de tendencia central y medidas de dispersión.

Se obtendrá la sensibilidad y especificidad de los datos obtenidos.

Los resultados se representarán por medio de tablas y gráficos de barras simples y agrupadas.

VIII. RESULTADOS.

Se estudiaron 123 pacientes, excluyéndose 23 por no acudir a control, lo que supone una población a estudio de 100 pacientes, que requirieron un total de 87 controles (Tabla No. 1).

Fué necesaria la colaboración de las enfermeras de campo para realizar 31 visitas domiciliarias para recordar a algunas participantes -- que acudieran a los estudios de control.

La edad de las pacientes incluídas tuvo un rango de 14 a 68 años y -- una Moda bimodal (tabla No. 2). El inicio de vida sexual activa (IVSA) obtuvo un rango de 13 a 36 años (tabla No. 3).

El estado civil y ocupación de cada paciente se esquematizan en las -- tablas No. 4 y 5.

Entre los antecedentes analizados como predisponentes en la cervicovaginitis, los que más destacaron por su importancia fueron en primer -- término los tratamientos previos por cervicovaginitis, con un alto índice de tratamientos incompletos al no dirigirlo a la pareja. En segundo lugar, los métodos de Planificación Familiar (P.F.) cuya participación como agente concomitante a las cervicovaginitis, fueron los Dispositivos Intrauterinos (20 %): DIU Tcu 18 % y DIU Asa de Lippes -- 2 % (tablas No. 6 y 6-A).

TABLA No. 1
RELACION DE DIAGNOSTICOS REALIZADOS EN 100 CASOS

DIAGNOSTICOS	ESTUDIOS			
	1a. Vez	1er. Control	2o. Control	3er. Control
S A N A S	38	48	7	1
VAGINOSIS BACTERIANA	21	7	1	0
CANDIDIASIS	20	5	0	0
TRICOMONIASIS	3	0	1	0
C E TR-VB-CAND	1	1	0	0
R. * CAND - VB	11	0	0	0
M T CAND - CLAM	2	0	0	0
A. NO SE DETERMINO	4	10	2	1
NO SE DETERMINO PROB. CLAMIDEA	0	2	1	0
T O T A L	100	73	12	2

* CERVICOVAGINITIS MIXTA, comprende:
TR-VB-CAND = Tricomoniasis - Vaglinosis Bacteriana - Candidiasis.
CAND - VB = Candidiasis - Vaglinosis Bacteriana.
CAND - CLAM= Candidiasis - Probable infección por Clamidea.

TABLA No. 2
DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD DE LOS 100 CASOS
ANALIZADOS

E D A D	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menores de 15 años	1	1 %
15 a 24	26	26 %
25 a 34	34	34 %
35 a 44	19	19 %
45 a 54	14	14 %
55 a 64	4	4 %
Mayores de 65 años	2	2 %
T O T A L	100	100 %

\bar{X} = 33.46 Mediana = 30 Modo = 22 y 23 Rango = 14 - 68 años

En este estudio se pretendió dar un tratamiento integral que incluya el tratamiento convencional a la pareja sexual de cada paciente, lográndose tan sólo cubrir a un 38 % de las parejas y un 7 % que a decir de las pacientes, sus respectivas parejas tomaron el tratamiento, aunque no acudieron a la consulta externa del Módulo (tabla No. 7).

ESTUDIOS DE PRIMERA VEZ.

a) Síntomas y signos.

De los síntomas y signos analizados, se obtuvieron que de 38 pacientes diagnosticadas como sanas refirieron presentar prurito el 5% (*), en forma ocasional el 7% y negativo en el 26%; ardor lo presentaron -

(*) El porcentaje referido en los estudios de primera vez se basan en un Universo de 100 pacientes estudiadas.

TABLA No. 3

DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD DE INICIO DE
VIDA SEXUAL ACTIVA

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menores de 15 años	5	5 %
15 a 24	84	84 %
	1 *	1 %
25 a 34	8	8 %
35 a 44	2	2 %
T O T A L	100	100 %

* Paciente núbil.

\bar{X} = 19.05 Mediana = 18 Modo = 17 Rango = 13 - 36

el 3%, siendo negativo en el 35%; dispaurenia fué positivo en el 3%, - en forma ocasional lo refirió el 4% (una paciente no respondió a éste reactivo por ser núbil) y negativo en el 30%; refirieron leucorrea el 29% de los casos y el 9% negó este sintoma; la cantidad fué escasa en el 27%, abundante en el 6%, variable el 3% y no se encontró "flujo" - solamente en el 2% de los casos (2 casos) de 9 que habían negado la - leucorrea. El color fué variable, siendo blanco en el 19%, blanco-ama - rillento en el 13%, café en el 2%, transparente en el 2% (constituido por moco cervical) y el 2% no respondió a este reactivo. La consisten - cia fué flocular en el 23%, homogénea en el 6% y variable en el 7%. -- La viscosidad fué elevada en el 19%, alta en el 10%, variable en el - 6% y baja en el 1%. El 30% de los casos no refirió algún olor en espe - cial, el 6% respondió que tenía un olor variable pero sin llegar a -- ser fétido y el 2% no respondió. La adherencia del flujo fué en el 33 % y no adherente en el 3% (el 2% no respondió a este reactivo).

De los signos vulvares observados fueron; atrofia en el 3%, eritema en el 2% y normal en el 33%. La vagina se encontró atrofica en el 3%, eritema en el 1%, edema 1% y normal en el 33%. El cervix presentó atrofia en el 3%, edema en el 2%, eritema 7%, no se visualizó 1% (paciente núbil) y normal 25%. Las lesiones cervicales presentadas fueron erosión en el 17%, ectroplón 6%, quiste de naboth 4%, ulceración 1%, pólipo 1%, no se visualizó 1% y sin lesión aparente en el 13% de los casos.

Los 22 casos diagnosticados como Vaginosis Bacteriana el 3% refirió prurito, el 6% prurito en forma ocasional y el 13% lo negó. Ardor se presentó en el 3%, en forma ocasional en el 1% y negativo en el 18%. Los 22 casos presentaron leucorrea a pesar de que hubo una paciente que negó tenerla. La cantidad se reportó escasa en el 12%, abundante en el 6% y variable en el 4%. El color se reportó blanco en el 15%, gris 4%, blanco-amarillento 1%, café 1%, sanguinolento 1%. La consistencia fué flocular en el 11%, homogéneo en el 10% y variable en el 1%. La presencia de espuma o burbujas se evidenció en el 12% de los

TABLA No. 4

ESTADO CIVIL DE LAS 100 PACIENTES ESTUDIADAS

EDU. CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASADAS	62	62 %
UNION LIBRE	17	17 %
SOLTERAS	16	16 %
VIUDAS	5	5 %
T O T A L	100	100 %

TABLA No. 5

OCUPACION DE LOS 100 CASOS ANALIZADOS

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOGAR	65	65 %
EMPLEADA	12	12 %
DOMESTICA	10	10 %
PROFESIONAL	4	4 %
ESTUDIANTE	4	4 %
COMERCIANTE	3	3 %
OBRERA	2	2 %
T O T A L	100	100 %

casos. La viscosidad fué baja en el 12%, elevada en el 6%, alta 3% y variable en el 1%. Refirieron olor fétido el 19%, olor postcoital a pescado el 14% y sin olor el 1%. La adherencia fué positiva en el 16% y no adherente en el 6%.

Los signos vulvares observados fueron normales en el 13%, eritema en el 6%, edema 2%, y absceso (glándula de Bartolin) el 1%. La vagina se encontró de características normales en el 20%, edema el 2%, y eritema en el 1%. El cérvix se observó normal en el 7%, edema en el 9%, -- eritema 9%, friable en el 1% y no se encontró cérvix en el 1% (pacien histerectomizada). Las lesiones cervicales observadas fueron, erosión 14%, ectropión 8%, sin lesión aparente 4%, ulceración 2%, leucoplasia 2%, pólipo 1% y no respondió 1%.

Se diagnosticaron 21 casos de Candidiasis, de las cuáles el 7% refirió prurito, otro 7% lo refirió en forma ocasional y el 7% lo negó. -

TABLA No. 6

RELACION DE ANTECEDENTES ANALIZADOS EN LOS 100 CASOS

ANTECEDENTES		FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIABETES	SI	1	1 %
	SE IGNORA	43	43 %
	NO	56	56 %
	T O T A L	100	100 %
DUCHAS VAGINALES	SI	11	11 %
	NO	89	89 %
	T O T A L	100	100 %
EMBARAZO ACTUAL	NO	87	87 %
	I TRIM.	4	4 %
	II "	7	7 %
	III "	2	2 %
	T O T A L	100	100 %
PARTO RECIENTE	NO	100	100 %
TX. PREVIOS POR CERVICOVAGINITIS	SI	66	66 %
	NO	34	34 %
	T O T A L	100	100 %

TABLA No. 6-A

DISTRIBUCION DE LOS DIFERENTES METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR UTILIZADOS POR LAS 100 PACIENTES ESTUDIADAS

M E T O D O S	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNO	39	39 %
DIU T cu	18	18 %
FISIOLOGICO *	12	12 %
SALPINGOCLASIA	7	7 %
HORMONALES INYECTABLES	6	6 %
HORMONALES ORALES	5	5 %
DE BARRERA (Ovulos y Condones)	5	5 %
HISTERECTOMIA **	4	4 %
DIU ASA DE LIPPES	2	2 %
RITHO	1	1 %
COITUS INTERRUPTUS	1	1 %
T O T A L	100	100 %

* Se incluyeron: 1 caso de Lactancia
11 casos de Menopausia

** No es un método de Planificación Familiar, para fines prácticos se incluyeron como tal.

Ardor en el 2%, ocasional 1%, y negativo en el 18%. Dispaurenia fué - referida por el 2% y negativa en el 19%. Negaron presentar leucorrea - el 3%, siendo que los 21 casos presentaban "flujo vaginal". La cantidad fué escasa en el 16% y abundante en el 5%. El color fué blanco en el 15% y blanco-amarillento en el 6%. La consistencia fué flocular en el 16%, homogénea en el 4% y variable en el 1%; la viscosidad fué alta en el 16%, elevada en el 4% y baja en el 1%; sin olor lo refirieron el 20%, fétido 2% y olor postcoital sólo el 3%; hubo un flujo adherente en el 20% de los casos.

La vulva se encontró normal en el 8%, eritema en el 13% y edema en el 2%. La vagina se observó normal sólo en el 1%, eritema en el 20%, edema en el 1%. El cérvix fué normal en el 3%, eritema en el 15%, edema en el 6%, atrofia en el 1%, friable en el 1%, y no hubo cérvix en el 2% (pacientes histerectomizadas). Las lesiones cervicales observadas fueron, erosión en el 15%, ectropión en el 6%, ulceración en el 3%, sin lesión aparente en el 3%, quiste de naboth en el 2% y no respondieron el 2%.

De los 13 casos de Cervicovaginitis Mixta, el 3% presentó prurito, 4% en forma ocasional y el 6% fué negativo. Ardor presentaron el 2%, ocasional el 2% y negativo el 9%. Dispaurenia en el 2%, ocasional el 1% y negativo en el 10%. Presentaron leucorrea el 13% (los 13 casos), a pesar que 3 pacientes negaron tenerla. La cantidad fué escasa en el 11%, y abundante en el 2%. El color fué blanco en el 6%, blanco-amarillento en el 2%, gris en el 1%, verdoso el 1%, blanco-grisáceo 1%, -- amarillo 1%, amarillo verdoso 1%. Presentaron burbujas el 4%. La consistencia fué homogénea en el 8% y flocular en el 5%. La viscosidad fué alta en el 7%, baja en el 4% y elevada en el 2%. Se reportaron -- sin olor el 6%, fétido el 6%, olor a pescado el 1% y olor postcoital a pescado el 7%; la adherencia fué positiva para el 10%.

La vulva presentó eritema en el 8%, edema 1% y normal en el 5%. La vagina fué normal en el 6%, eritema en el 7% y edema en el 2%. El cérvix fué normal en el 3%, eritematoso en el 8%, edema en el 2%, friable el 1% y no hubo cérvix en el 1%. Las lesiones cervicales observadas fueron, ectropión 3%, erosión 6%, quiste de naboth 3%, pólipo 1%, ulceración 1%, leucoplasia 1%, sin lesión aparente 4% y no respondió el 1%.

Las tricomoniasis diagnosticadas fueron el 5% (5 casos), el 3% refirió prurito; ardor el 1%, ardor ocasional el 1%; dispaurenia el 1%, - en forma ocasional el 1%; leucorrea el 1% lo negó, siendo positiva en los 5 casos. Cantidad abundante en el 3% y escasa en el 2%. El color fué blanco en el 2%, blanco-amarillento 2% y amarillo-verdoso 1%. La presencia de burbujas fué en el 1%; consistencia flocular el 1% y ho-

TABLA No. 7

RELACION DE PAREJA SEXUAL ACTUAL Y TRATAMIENTOS
RECIBIDOS

PAREJAS Y TRATAMIENTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Parejas que acudieron a Tratamiento	38	38 %
Parejas que No Requieren Tratamiento	31	31 %
No Tienen Pareja	17	17 %
Parejas que No acudieron a Tratamiento	7	7 %
Parejas que No acudieron pero Tomaron Tratamiento	7	7 %
T O T A L	100	100 %

mogénea en el 4%; viscosidad baja el 3%, alta 1% y elevada 1%; olor fétido en el 3%, sin olor el 2%, y olor postcoital el 1%; la adherencia a la pared vaginal se encontró en el 2% y no adherente en el 3%.

Los signos vulvares encontrados fueron, eritema 3%, edema 2%, normal-2% y fisuras 1%. En la vagina se observó eritema en el 5%, y edema 3%; el cérvix presentó eritema en el 4%, edema el 2%, friable el 1% y normal el 1%. Las lesiones cervicales fueron, erosión en el 3%, quiste 1%, ectroplón 1% y aspecto de fresa 1%.

Un caso que no se determinó negó la presencia de prurito, ardor, dispaurenia, refirió no tener leucorrea, pero a la exploración se encontró "flujo" en cantidad escasa, de color grisaseo, homogéneo, de viscosidad alta, sin olor, aunque refirió olor a pescado postcoital en forma ocasional (antes de fallecer su pareja), leucorrea adherente, --

TABLA No. 8

ANTIGUEDAD DE LA LEUCORREA REFERIDA POR 100 PACIENTES
ESTUDIADAS PARA DIAGNOSTICAR DIVERSAS PATOLOGIAS
CERVICOVAGINALES

PATOLOGIA	A N T I G U E D A D				
	A	B	C	D	E
S A N A S	9	3	7	3	16
VAGINOSIS BACTERIANA	1	1	6	3	11
CANDIDIASIS	3	2	4	2	10
CERVICOVAGINI- TIS MIXTA	3	1	1	1	7
TRICOMONIASIS	1	-	-	2	2
NO SE DETERMINO	1	-	-	-	-
T O T A L	18	7	18	11	46

A = Negaron Leucorrea.
B = Menos de 1 mes.
C = De 1 a 6 meses .
D = De 6,1 a 12 meses.
E = Más de 12 meses.

vulva de aspecto normal, al igual que la vagina, cérvix atrófico y --
sin lesión aparente. Todos estos resultados representan el 1% respec-
tivamente (gráficas No. I y II).

Con respecto a la antigüedad de la leucorrea, se obtuvieron resulta--
dos muy variados, habiendo algunas pacientes que referían leucorrea -
desde la menarca; el 18% negaron la existencia de leucorrea; el 7% te-
nía una duración de un mes, el 18% de 1 a 6 meses, el 11% más de 6 me-
ses hasta un año y el 46% tenían duración mayor de 1 año (Tabla No.8).

b) Citología Exfoliativa.

Se realizaron un total de 100 citologías exfoliativas de primera vez y sólo 3 pacientes requirieron de un control por presentar Displasia Moderada, 1 caso (1%) y Displasia Severa, 2 casos (2%); reportandose SIN DISPLASIA respectivamente.

El patrón microbiano vaginal coincidió en un 76%, sin embargo, en ningún caso de Vaginosis Bacteriana se reportó células gufa.

Se observó monilia en 3 casos con diagnóstico de Candidiasis y en 5 casos de pacientes sanas.

Las tricomonas se reportaron en 20 casos que no se corroboró en el -- frotis en fresco. Pero de los 5 casos diagnósticos como tricomoniasis, sólo 4 fueron positivos en la citología (tabla No. 9).

c) Determinación de pH vaginal y Test de aminas.

Los resultados se esquematizan en la tabla No. 10, donde se comparan con los resultados obtenidos de los controles, posterior al tratamiento médico.

d) LABORATORIO. Exámen en fresco y Tinción de Gram.

Se observaron los siguientes elementos bacterianos en las diferentes entidades: (Tablas No. 11, 11-A, 11-B y 11-C).

Sanas.

Leucocitos de 0-1 por Campo, 7%; de 1-2 por Campo, 18%; de 2-4 por -- Campo, 4%; de 4-6 por Campo, 6%; y, de 8-10 por Campo, 3%, caracterizándose por no rebasar el número de células epiteliales.

Levaduras en forma aparente en el 7%, y observadas con seguridad en -- el 4%.

En el Gram, predominaron los lactobacilos en el 31%; el 15% con 4+ y el 16% con 3+. Cocos Grampositivos con 1+ el 25%, y 2+ el 8%. Bacilos Gramnegativos con 1+ el 16% y 2+ el 4%. Se corroboraron las levaduras sólo en el 4%.

Vaginosis Bacteriana.

Leucocitos de 0-1 por Campo, 9%; de 1-2 por Campo, 4%; de 2-4 por Cam po, 5%; de 4-6 por Campo, 1%; de 6-8 por Campo, 1% sin rebasar el nú-

TABLA No. 9

PATRON MICROBIANO REPORTADO EN EL ESTUDIO DE PAPANICOLAU DE LOS
100 CASOS ANALIZADOS PARA DIAGNOSTICO DE DIVERSAS
CERVICOVAGINITIS

DIAGNOSTICO	PATRON MICROBIANO													DISPLASIA
	BACILIFORME			MIXTO			COCOIDE			TRICOM *		MONILIA		
	1+	2+	3+	1+	2+	3+	1+	2+	3+	1+	2+	1+	2+	
S A N A S	3	14	10	2	7	1	-	-	-	-	-	3	2	1 D.M. **
VAGINOSIS BACTERIANA	1	1	-	1	5	4	-	5	5	7	5	1	-	1 D.M. ***
CANDIDIASIS	4	10	2	1	3	-	1	-	-	2	-	1	2	-
CERVICOVAGINI TIS MIXTA	-	2	1	-	7	2	-	-	1	3	3	-	-	1 D.S. ****
TRICOMONIASIS	-	1	-	-	1	1	-	-	2	1	2	-	-	-
NO SE DETER-- MINO	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
T O T A L	8	28	13	4	23	8	2	5	8	13	10	5	4	3

* Se reportó un caso con tricomonas 3+, el cuál no se representa en la tabla.

** Displasia Moderada, se tomó nuevo control de PAP el cuál reportó PM mixto 2+, SIN DISPLASIA.

*** Displasia Severa, se tomó nuevo control de PAP el cuál reportó PM cocoide 2+, Tric. 2+, SIN DISPLASIA.

**** Displasia Severa, se tomó nuevo control de PAP, reportando PM mixto 2+, SIN DISPLASIA.

mero de células epiteliales. Rebasaron este número sólo el 2%.

Las células gufa estuvieron presentes en 21 de los 22 casos, el caso donde no se observaron estas células, cursaba con infección agregada (bartolinitis recidivante).

Se observaron levaduras aparentemente en 4 casos y se tuvo seguridad en 2.

En el frotis con tinción de Gram predominó los Gramvariables en el 21% y sólo un caso (1%) presentó 2+. Los lactobacilos se detectaron con 1+ en el 5% y 2+ en el 3%, en el 14% restantes ausentes. Bacilos Curvos Gramnegativos el 3% presentó 4+ y el 8%, 1+. Cocos Grampositivos se observaron en 1+ en el 10% de los casos. Bacilos Gramnegativos, el 12% presentó 1+. Cocos Gramnegativos se observaron en el 12%. Diplococos Gramnegativos extracelulares sólo en el 1%. Se corroboraron la presencia de células gufa en los 21 casos; y, levaduras aparentemente en 2 casos, se refiere en este término ya que sólo se vió una levadura en todos los campos revisados.

Candidiasis.

Leucocitos de 0-1 por Campo, 6%; de 1-2 por Campo, 8%; de 2-4 por Campo, 4%; Abundantes en el 3%.

Levaduras evidentes en 16 casos y aparentemente en 4 casos.

En el Gram predominaron los lactobacilos en el 18%. Cocobacilos Gramvariables en el 3% de los casos, con 1+, 2+ y 3+ respectivamente. Cocos Grampositivos 1+ en el 14% y 2+ en el 3%. Bacilos Gramnegativos - 1+ en el 9%. Se corroboraron levaduras en el 19% de los casos.

Cervicovaginitis Mixta.

Leucocitos 0-1 por Campo, 4%; de 1-2 por Campo, 2%; 2-4 por Campo, 3%; y, un caso de 8-10 por Campo, sin rebasar el número de células epiteliales; y, abundantes el 3%.

Presentaron células gufa el 10%, y un caso se observó células gufa du dosas.

Levaduras se observaron en el 13%. Y Giardia en un caso.

En el Gram se observaron lactobacilos en el 6%: 1+ en el 3%, 2+ en el 2% y 3+ en el 1%. Cocobacilos Gramvariables 2+ en el 1%, 3+ en el 2% y 4+ en el 9%. Bacilos Curvos 3+ en el 1%, y, 1+ en el 2%. Cocos Grampositivos 1+ en el 5%, 2+ en el 3%, y, 3+ en el 3%. Diplococos Gramnegativos extracelulares en el 1%. Se corroboraron células gufa en el -

TABLA No. 10

RESULTADOS DE pH VAGINAL Y TEST DE AMINAS DE 100 CASOS
ESTUDIADOS CON DIVERSAS PATOLOGIAS CERVICOVAGINALES

PATOLOGIA	ESTUDIOS 1a VEZ				CONTROLES *			
	pH VAGINAL			TEST DE AMINAS	pH VAGINAL			TEST DE AMINAS
	3.5 a 4.5	5.0 a 6.0	6.5 a 7.0		3.5 a 4.5	5.0 a 6.0	6.5 a 7.0	
S A N A S	28	8	2	-	10	1	1	-
VAGINOSIS BACTERIANA	-	22	-	19	15	12	-	7
CANDIDIASIS	17	2	2	-	21	2	2	-
CERVICOVAGINITIS MIXTA	1	11	1	8	9	4	-	3
TRICOMONIASIS	-	5	-	2	4	4	1	-
NO SE DETERMINO	-	1	-	-	-	-	1	-
T O T A L	46	49	5	29	59	23	5	10
PORCENTAJE	46%	49%	5%	29%	67.8%	26.4%	5.7%	11.4%

* Porcentaje basado en un Universo de 87 controles realizados.

10% y sólo 12% presentaron levaduras.

Tricomoniasis.

Leucocitos abundantes en el 3% de los casos; de 4-6 por Campo, el 1% y de 1-2 por Campo, el 1%.

Se observaron células gufa en el 1%, y levaduras en el 2%.

Las tricomonas fueron observadas en el 4% (4 casos de primera vez), - el 5o. diagnóstico (1%) se realizó en el primer control.

En el Gram se observaron, lactobacilos 1+ en el 3%. Cocobacilos Gram-variables en el 3%, 1+, 2+ y 3+ respectivamente. Bacilos curvos en el 4%, 1+ el 2%, 2+ el 1% y 4+ el 1%. Cocos Grampositivos en los 5 casos, 2+ el 1% 3+ el 1%, y 4+ el 3%. Bacilos Gramnegativos 1+ el 1% y 2+ el 1%. Diplococos grampositivos 3+, en el 1%.

Se corroboraron células gufa en el 1% (en el primer control, ya que - en el estudio de primera vez no se determinó el diagnóstico).

Se observaron levaduras en el 1%.

No se Determinó.

Leucocitos 0-1 por Campo; levaduras en el fresco.

Gram: lactobacilos 1+ y Cocos Grampositivos 1+. Se corroboraron levaduras.

ESTUDIOS DE CONTROL. *

Sanas.

De las 38 pacientes con diagnóstico de sanas, se tomaron 11 controles y sólo una paciente requirió de un segundo control, lo que hizo un total de 12 controles.

Estos estudios se tomaron por, pH alterado en 7 casos, de los cuáles- 4 eran pacientes menopáusicas; 3 casos por abundante moco cervical; 1 caso por lactancia, con abundante moco cervical; 1 por prurito ocasional y 1 por hiperemia vaginal.

Los síntomas y signos referidos fueron: Prurito en forma ocasional --

* Los porcentajes referidos en los estudios de control, se basan en - universo de 87 controles realizados.

3.4% (3 casos); ardor 13.7% (12 casos); dispareunia negativo en los 12 casos; leucorrea positiva en el 12.6% (11 casos) y negativa en el 1.14% (1 caso); la cantidad fué escasa para el 13.7% (12 casos); el color fué blanco en el 9.19% (8 casos), blanco-amarillento en el 3.4% y amarillo en el 1.14%; la consistencia fué flocular para el 10.3% (9 casos) y homogénea en el 3.4%; la viscosidad fué alta para el 12.6% y elevada en el 1.14%; no refirieron algún olor los 12 controles; la presencia de la leucorrea en las paredes vaginales fué adherente en el 11.4% (10 casos) y no adherente en el 2.29% (2 casos).

Los signos observados fueron vulva normal en el 12.6% y el 1.14% presentó atrofia; la vagina obtuvo iguales porcentajes; el cérvix se encontró normal en el 11.4%; el eritema persistió en el 1.14% y la atrofia cervical en el 1.14%. Con respecto a las lesiones cervicales presentaron erosión, el 5.7% (5 casos); sin lesión aparente en el 4.5% (4 casos); quiste en el 3.4% y ectropión el 2.29%.

Los resultados del pH vaginal y test de aminas obtenidos en los controles se esquematizan en la tabla No. 10.

En el frotis en fresco se observaron leucocitos de 0-1 por Campo en el 1.14% de los casos; de 1-2 por Campo en el 5.7%; de 2-4 por Campo el 1.14%; de 4-6 por Campo sin rebasar el número de células epiteliales, el 5.7%.

Se observaron levaduras en forma aparente en el 1.14% y con seguridad en el 5.7%.

La presencia de lactobacilos 4+ en el 3.4%; 3+ en el 9.19% (8 casos). Cocos Grampositivos 1+ en el 9.19% y 2+ en el 1.14%. Bacilos Gramnegativos 1+ en el 4.59% (4 casos) y 2+ en el 1.14% de los casos.

Se corroboraron levaduras en el frotis de tinción de Gram en el 5.7%.

Vaginosis Bacteriana.

Se realizaron un total de 27 controles, sólo en uno de los casos, de los estudios de primera vez, no se llegó al diagnóstico, realizándose éste en el primer control como Vaginosis bacteriana.

En el primer control 5 casos permanecieron sin cambios, 4 casos evolucionaron a cervicovaginitis no determinadas, de los cuáles un caso, la paciente portaba una infección sobreagregada (Bartolinitis recidivante derecha); una paciente, se pensó en la probabilidad diagnóstica de infección por Chlamydia por la leucocitosis observada en el frotis en fresco. Se decidió tomar cultivo, reportándose Cándida. Dos casos evolucionaron a Candidiasis; y, 10 casos sanaron.

TABLA No. 11

RESULTADOS DEL EXAMEN EN FRESCO DE PACIENTES CON DIVERSAS
PATOLOGÍAS CERVICOVAGINALES

PATOLOGIA	ESTUDIOS 1ª VEZ *					CONTROLES **				
	LEUCOCITOS		CELS. GUIA	LEVA- DURAS	TRICO MONAS	LEUCOCITOS		CELS. GUIA	LEVA- DURAS	TRICO MONAS
	+	ABUN- DANTE				+	ABUN- DANTE			
S A N A S	38	-	-	4	-	12	-	-	5	-
VAGINOSIS BACTERIANA	20	2	21	2	-	25	2	6	17	-
CANDIDIASIS	18	3	-	16	-	25	-	-	14	-
CERVICOVAGINI- TIS MIXTA	10	3	10	13	-	11	2	1	8	-
TRICOMONIASIS	2	3	1	2	4	6	3	1	5	2
NO SE DETER-- MINO	1	-	-	1	-	1	-	-	1	-
T O T A L	89	11	32	38	4	80	7	8	50	2
PORCENTAJE	89%	11%	32%	38%	4%	91.9%	8%	9.19%	57.4%	2.3%

* El porcentaje se basa en 100 casos de primera vez.

** El porcentaje se basa en 87 controles realizados

+ Se incluyó todo caso que presentara leucocitos sin rebasar el número de células epiteliales por campo.

En el segundo control, una paciente permaneció sin cambio; un caso como, no determinado, cuyo cultivo reportó Klebsiella y 3 casos más, sanaron. Haciendo un total de 13 casos que sanaron de 22 casos diagnosticados como Vaginitis Bacteriana.

Los síntomas referidos fueron: prurito ocasional en el 3.4% y en forma constante el 2.29% y lo negaron el 25.2% (22 casos); ardor ocasional en 2.29% y negativo en el 28.7% (25 casos); dispareunia lo refirió el 3.4%, en forma ocasional el 1.14% y negativo en el 26.4% (23 casos); negaron la presencia de leucorrea el 5.7%, pero se encontró en los 27 controles realizados (31.03%); la cantidad fué escasa en todos los controles; el color fué blanco en el 17.2% (15 casos), --- blanco-amarillento en el 10.3% (9 controles), sanguinolento el 1.14%, transparente 1.4% (caracterizado por abundante moco cervical) y amarillo también el 1.14%; la consistencia fué flocular en el 27.5% (24 controles), homogéneo en el 2.29% y variable en el 1.14%; persistieron con presencia de "espuma" en la leucorrea sólo el 1.14%; la viscosidad fué alta en el 27.5%, elevada en el 2.29% y baja en el 1.14%; olor postcoital a pescado lo refirió el 2.29% y sin olor característico en el 28.7%; se observó leucorrea adherente en el 31.03%.

Los signos observados fueron: la vulva se encontró normal en el 26.4%, persistieron con eritema en el 3.4% y con absceso en la glándula de Bartolín el 1.14% (caso que curso con varios cuadros de bartolinitis). La vagina fué normal en el 29.8% (26 controles), y, persistió con eritema el 1.14%. El cérvix se encontró normal en el 20.6% (18 casos), persistió con edema el 2.29% y con eritema el 8% (7 controles). Las lesiones cervicales fueron: erosión en el 20.6%, sin lesión aparente 5.7%, ectropión en el 4.5%, ulceración en el 2.29%, pólipo en el --- 2.29%, leucoplasia el 1.14%.

Los resultados obtenidos de pH y Test de aminas se esquematizan en la tabla No. 10 (Esta misma indicación es válida para las otras entidades infecciosas que se comentarán).

En el frotis en fresco se observaron leucocitos de 0-1 por Campo en el 6.8% (6 casos); de 1-2 por Campo, el 10.3% (9 casos); de 4-6 por Campo, sin rebasar el número de células epiteliales, el 1.14%; de -- 6-8 por Campo, sin rebasar el número de células epiteliales el 2.29%; de 10-12 por Campo con igual característica de no rebasar las células epiteliales, el 1.14%; y, en forma abundante el 2.29%.

Se observaron células gúfa en el 6.8% de los controles. Levaduras en forma aparente en el 2.29% y positivas en el 19.5% (17 casos).

En el Gram se observaron lactobacilos en cantidad de 1+ en el 8%, 2+ en el 4.5%, 3+ en el 11.4% (10 casos) y 4+ en el 4.5%. No se observa

ron lactobacilos en el 2.29%. No se encontraron Cocobacilos Gramvaria bles en el 10.3% (9 casos); presentes 1+ en el 9.19% (8 casos), 2+ en el 4.5%, 3+ en el 6.8%, y, 4+ en el 8%. Bacilos Curvos Gramnegativos- 1+ en el 5.7%, 2+ en el 1.14%, 3+ el 1.14%. La presencia de Cocos --- Grampositivos 1+ en el 12.6%, 2+ el 5.7% y 3+ en el 1.14%. Bacilos -- Gramnegativos 1+ en el 9.19%, 2+ y 3+ en el 1.14% respectivamente. -- Cocos Gramnegativos se observaron en el 2.29%. Se confirmaron células gufa en el 4.5% y en el 2.29% fueron dudosas (ya que no eran caracte- rísticas. Se encontraron levaduras en el 16.09% (14 casos).

Candidiasis.

Se tomaron un total de 25 controles.

De 20 pacientes diagnosticadas en los estudios de primera vez, como-- Candidiasis vaginal, 17 evolucionaron a sanas en el primer control.

Una paciente, con el estudio de primera vez, ni el primer control, se determinó el diagnóstico, sino hasta el segundo control realizado, -- quedando clasificada esta paciente como una portadora de candidiasis- vaginal, la cuál sanó posterior al tratamiento médico.

Una paciente que no tomó tratamiento, continuó en el segundo control- con abundantes levaduras y llamó la atención la leucocitosis importan- te que mostraban los frotis, por lo que se piensa en el diagnóstico -- probable de infección vaginal por Chlamidea t., tomándose el cultivo, el cuál se reportó sin desarrollo, recibiendo tratamiento a base de - tetracilinas y nistatina, observándose un patrón de paciente sana en - el tercer control. Otra paciente sospechosa de infección por probable por Chlamidea, el cultivo se reportó sin desarrollo y posterior al -- tratamiento combinado continuó sin cambios, en el segundo control.

Por último una paciente evolucionó a diagnóstico no determinado en el primer control.

Los síntomas referidos fueron: prurito en el 4.5%, en forma ocasional sólo en el 1.14%; ardor en el 3.4%, ocasional en el 1.14%; dispaure-- ncia en el 4.5%; leucorrea fué negada en el 11.4%, siendo positiva en- el 27.5% (24 controles); la cantidad fué abundante en el 1.14%, el -- 1.14% no respondió y escasa en el 26.4% (23 casos); el color fué blan- co en el 19.5% (17 controles), blanco-amarillento el 4.5%, amarillo - el 2.29%, gris el 1.14% y una no respondió (1.14%); la consistencia - fué flocular en el 24.1% (21 controles), homogénea en el 3.4% y el -- 1.14% no respondió; la viscosidad fué alta en el 22.9% (20 controles) y elevada en el 4.5%; los 25 controles (28.7%) reportaron no tener -- algún olor; la leucorrea fué adherente en el 27.5%.

De los signos encontrados, la vulva se observó normal en el 25.2% -- (22 controles); persistieron con eritema el 3.4%. La vagina fué nor--

TABLA No. 11 - A

RESULTADOS DEL EXAMEN CON TINCION DE GRAM EN PACIENTES CON DIVERSAS
 PATOLOGIAS CERVICOVAGINALES

PATOLOGIA	ELEMENTOS OBSERVADOS EN EL FROTIS CON TINCION DE GRAM																			
	ESTUDIOS 1a VEZ *										CONTROLES **									
	LACTOBACILOS					COCOBACILOS GRAMVARIABLES					LACTOBACILOS					COCOBACILOS GRAMVARIABLES				
	0	1+	2+	3+	4+	0	1+	2+	3+	4+	0	1+	2+	3+	4+	0	1+	2+	3+	4+
S A N A S	2	2	3	16	15	38	-	-	-	-	1	-	-	8	3	12	-	-	-	-
VAGINOSIS BACTERIANA	14	5	3	-	-	-	-	1	5	16	2	7	4	10	4	9	1	4	6	7
CANDIDIASIS	1	1	1	13	5	18	1	1	1	-	4	1	-	7	13	23	1	-	-	1
CERVICOVAGINI TIS MIXTA	7	3	2	1	-	1	-	1	2	9	2	1	1	3	6	4	2	2	2	1
TRICOMONIASIS	2	3	-	-	-	2	1	-	1	1	4	-	-	1	4	6	-	1	-	2
NO SE DETER-- MINO	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
T O T A L	26	15	9	30	20	59	2	3	9	26	13	10	5	29	30	54	4	7	8	11
PORCENTAJE	26.0 %	15.0 %	9.0 %	30.0 %	20.0 %	59.0 %	2.0 %	3.0 %	9.0 %	26.0 %	14.9 %	11.4 %	5.7 %	33.3 %	34.4 %	62.1 %	4.6 %	8.0 %	9.2 %	12.6 %

* El porcentaje se basa en 100 casos de primera vez.

** El porcentaje se basa en 87 controles realizados .

mal en el 25.2%, hubo eritema en el 3.4%. El cérvix fué normal en el 20.6%, eritema en el 4.5%, edema en el 2.29% y atrofia en el 1.14%. Las lesiones cervicales observadas fueron: erosión en el 21.8% (19 - controles), ectropión en el 10.34%, ulceración en el 4.5%, quiste en el 2.29%, sin lesión aparente en el 2.29% y leucoplasia en el 1.14%.

pH vaginal y test de aminas, ver Tabla no. 10.

En el frotis en fresco se observaron leucocitos de 0-1 por Campo en el 8%, de 1-2 por Campo en el 13.7% (12 controles), sin rebasar el número de células epiteliales; de 4-6 por Campo, el 4.5%; y, de 10--15 por Campo el 2.29%. Se observaron levaduras en forma aparente en el 2.29% y levaduras con certeza en el 16.09% (14 casos).

En el Gram, no se observaron lactobacilos en el 4.5%, lactobacilos - presentes 1+, el 1.14%; 3+ el 8%; y, 4+ en el 14.9%. Cocobacilos --- Gramvariables 1+, el 1.14% y 4+ , en el 1.14%. Bacilos Curvos Gramnegativos 1+ en el 1.14%. Presencia de levaduras en el 16.09% (14 controles). Cocos Grampositivos 1+ en el 12.6% y 2+ en el 1.14%. Bacilos Gramnegativos 1+ en el 8% y 2+ en el 1.14%.

Cervicovaginitis Mixta.

Se tomó un control por cada paciente diagnosticada, lo que hizo un total de 13 controles.

De éstas 13 pacientes, 11 se determinó que cursaban con Candidiasis-Vaginosis bacteriana; una paciente de alto riesgo cuya citología reportó Displasia Severa, en el control no se determinó el diagnóstico pero la citología se reportó Sin Displasia, decidiéndose tomar cultivo, el cuál reportó Gardnerella vaginalis; reinterrogando a la paciente, ésta refirió no haber tomado el tratamiento prescrito, por encontrarse en período de lactancia. (Tratamiento Incompleto).

Dos pacientes evolucionaron en el primer control a diagnósticos Indeterminados, a una se le tomó cultivo reportándose sin desarrollo. Un caso no tuvo cambios.

Siete pacientes sanaron posterior al tratamiento médico.

De 2 pacientes diagnosticadas con Candidiasis-Probable Infección por Chlamydia, evolucionaron a diagnósticos Indeterminados, los cultivos se reportaron sin desarrollo. Uno de estos casos persistió con leucocitosis importante, por lo que se repitió el cultivo reportándose -- flora normal. (*)

(*) Al referirse a los cultivos, ver Tabla No. 12.

Los síntomas referidos fueron: prurito persistente y ocasional en el 1.14% respectivamente. Ardor positivo en el 1.14% y negado en el 13.7% (12 controles). Dispaurenia en el 1.14%, y negado en el 13.7%. La leucorrea fué negada por el 6.8%, siendo positiva en el 14.9% (13 casos). La cantidad se refirió escasa por el 14.9%. El color fué blanco en el 8%, amarillo en el 3.4%, blanco-amarillento en el 2.29% y el 1.14% lo refirió amarillo-grisáceo. Ninguno de los controles presentó "espuma" en la leucorrea. La consistencia fué flocular en el 13.79% y homogénea en el 1.14%. La viscosidad fué alta en el 12.6% y baja en el 2.29%. No refirieron olor alguno el 9.19% (8 casos), fétido en el 5.7% (5 casos) y sólo el 1.14% refirió olor postcoital a pescado. La leucorrea fué adherente para el 14.9%.

De los signos observados: la vulva se encontró normal en el 12.6%, - persistió con eritema el 2.29%; al igual que la vagina. El cérvix se encontró normal en el 10.3% (9 casos), con eritema en el 3.4%, no se encontró cérvix en el 1.14%. Las lesiones cervicales encontradas fueron, erosión en el 8%, ectropión en el 3.4%, sin lesión aparente en el 3.4%, quiste en el 3.4%, ulceración en el 1.14%; al igual que la presencia de pólipos, y una paciente que no respondió.

En el frotis en fresco se observaron leucocitos de 0-1 por Campo en 4.5%; de 1-2 por Campo, en el 3.4%; de 2-4 por Campo, el 2.29%, de 6-8 por Campo el 2.29%, estos últimos sin rebasar el número de células epiteliales. Leucocitos abundantes en el 2.29%.

Se observaron células gúta en el 1.14% y levaduras en el 9.19% (8 casos).

En el frotis con tinción de Gram, no se observaron lactobacilos en el 2.29% de los casos; lactobacilos 1+ en el 1.14%; 2+, 1.14%; 3+ en el 3.4% y 4+ en el 6.8%. Cocobacilos Gramvariables 1+ el 2.29%, 2+ el 2.29%; 3+ con igual porcentaje y 4+ el 1.14%. Bacilos Curvos Gram negativos 1+ en el 4.5%. Bacilos Gramnegativos 1+ en el 4.59% y 2+ en el 2.29%. Cocos Grampositivos 1+ en el 5.7% y 2+ en el 2.29%. Cocos Gramnegativos 1+ en el 1.14%. Diplococos Gramnegativos extracelular 2+ en el 1.14%. Levaduras en el 8% de los casos se observaron.

Tricomoniiasis.

Se tomó un total de 9 controles. De las 3 pacientes diagnosticadas con tricomoniiasis en los estudios de primera vez; una evolucionó a candidiasis en el primer control y sanó posterior a tratamiento con nistatina, reportándose el segundo control con un patrón microbiano de paciente sana. Otra paciente en el primer control se etiquetó como diagnóstico indeterminado, pero en el segundo control, se observaron nuevamente tricomonas en el frotis en fresco, repitiéndose el tratamiento a base de metronidazol (se reinterrogó a la paciente con respecto a su posible pareja sexual, negando tenerla); en el tercer-

TABLA No. 11 - B

RESULTADOS DEL EXAMEN CON TINCION DE GRAM EN PACIENTES CON DIVERSAS
 PATOLOGIAS CERVICOVAGINALES

PATOLOGIA	ELEMENTOS OBSERVADOS EN EL FROTIS CON TINCION DE GRAM																	
	* ESTUDIOS 1a VEZ										** CONTROLES							
	BACILOS CURVOS GRAM NEGATIVOS					COCOS GRAM POSITIVOS					BACILOS CURVOS GRAM NEGATIVOS				COCOS GRAM POSITIVOS			
	0	1+	2+	3+	4+	0	1+	2+	3+	4+	0	1+	2+	3+	0	1+	2+	3+
S A N A S	38	-	-	-	-	5	25	8	-	-	12	-	-	-	3	8	1	-
VAGINOSIS BACTERIANA	11	8	-	-	3	2	10	5	4	1	20	5	1	1	10	11	5	1
CANDIDIASIS	21	-	-	-	-	4	14	3	-	-	24	1	-	-	13	11	1	-
CERVICOVAGL NITIS MIXTA	10	2	-	1	-	2	5	3	3	-	9	4	-	-	6	5	2	-
TRICOMONIA- SIS	1	1	1	-	1	-	-	1	1	3	9	-	-	-	2	6	1	-
NO SE DE-- TERMINO	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
T O T A L	81	12	1	1	4	13	55	20	8	4	74	10	1	1	34	42	10	1
PORCENTAJE	81.0%	12.0%	1.0%	1.0%	4.0%	13.0%	55.0%	20.0%	8.0%	4.0%	85.0%	11.4%	1.1%	1.1%	39.0%	48.0%	11.4%	1.1%

* El porcentaje se basa en 100 casos de Primera Vez.

** El porcentaje se basa en 87 controles realizados.

control, la flora vaginal no se habia recuperado, cayendo en el terreno de diagnóstico indeterminado. Una paciente evolucionó a sana en el primer control.

La cuarta paciente diagnosticada con tricomoniasis, cursó con una infección mixta, además de la parasitosis, presentó Vaginosis bacteriana y Candidiasis. La paciente sanó con el tratamiento médico combinado, detectándose en el primer control.

La quinta paciente, en el primer estudio se observó una flora vaginal predominantemente coccolde, por lo que no se determinó el diagnóstico. En el primer control, se decidió la toma de cultivo, pero previó al resultado, se realizó el diagnóstico con los frotis en fresco y tinción de Gram de infección mixta; Tricomoniasis-Vaginosis Bacteriana-Candidiasis, ya que se encontraron tricomonas, levaduras y coccobacilos gramvariables con células gufa características. En el cultivo se aisló Gardnerella vaginalis y el técnico de laboratorio corroboró la presencia de tricomonas en el frotis en fresco. En el segundo control la paciente sano posterior al tratamiento médico.

Los síntomas referidos fueron: persistieron con prurito el 3.4%; el ardor fué negativo en el 10.3% (9 controles), dispareunia ocasional en el 1.14%; los 9 controles refirieron leucorrea; la cantidad fué escasa en el 6.8% (6 controles) y abundante en el 3.4% (3 controles); el color fué blanco en el 4.5%, blanco-amarillento en el 2.29%, amarillo en el 2.29% y sanguinolento en el 1.14%. La consistencia fué flocular en el 5.7% y homogénea en el 4.5%. La viscosidad fué alta - 5.7%, baja en el 3.4%. La leucorrea fué adherente en el 8% y no adherente en el 2.29%.

Los signos observados en la vulva fueron eritema en el 4.5% (4 casos). La agina persistió con eritema en el 2.29% y con edema en el 1.14%. El cérvix se encontró normal en el 5.7%, con eritema en el 4.5%, edema en el 1.14% y friable en el 1.14%. Las lesiones cervicales encontradas, erosión en el 8%, quiste, ectropión, y aspecto de fresa en el 1.14% respectivamente.

El pH vaginal y Test de aminas se esquematizan en la tabla No. 10.

En el Frotis en fresco se observaron leucocitos de 0-1 por Campo en el 2.29%; de 1-2 por Campo, de 2-4 por Campo, de 4-6 por Campo, de 6-8 por Campo sin rebasar el número de células epiteliales, equivalen al 1.14% respectivamente. Leucocitos abundantes en el 3.4%.

Se observaron levaduras en el 5.7%, células gufa en el 1.14% y tricomonas en el 2.29%.

En la tinción de Gram, no se observaron lactobacilos en el 4.5%, lac

RESULTADOS DEL EXAMEN CON TINCION DE GRAM EN PACIENTES CON DIVERSAS
 PATOLOGIAS CERVICOVAGINALES

PATOLOGIA	ELEMENTOS OBSERVADOS EN EL FROTIS CON TINCION DE GRAM																
	ESTUDIOS 1a VEZ									CONTROLES							
	BACILOS GRAM NEGATIVOS					CELS. GUIA	LE-VA-DU-RAS	CCs GRM NGT *	DIP CCs ** GRM NGT	BACILOS GRAM NEGATIVOS				CELS. GUIA	LE-VA-DU-RAS	CCs GRM NGT *	DIP CCs ** GRM NGT
0	1+	2+	3+	4+	0					1+	2+	3+					
S A N A S	18	16	4	-	-	-	4	-	-	7	4	1	-	-	5	-	-
VAGINOSIS BACTERIANA	11	8	-	-	3	21	3	12	1	20	5	1	1	4	14	2	-
CANDIDIASIS	9	9	2	1	-	-	19	-	-	17	7	1	-	-	14	-	-
CERVICOVAGINITIS MIXTA	3	6	4	-	-	10	12	3	-	7	4	2	-	-	7	1	1
TRICOMONIASIS	4	-	1	-	-	1	2	3	1	5	3	1	-	1	5	-	-
NO SE DETERMINO	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
T O T A L	45	39	11	1	3	32	41	18	2	56	23	6	1	5	46	3	1
PORCENTAJE	45.0%	39.0%	11.0%	1.0%	3.0%	32.0%	41.0%	18.0%	2.0%	64.3%	26.4%	6.9%	1.1%	5.7%	52.8%	3.4%	1.1%

* Cocos Gram Negativos.

** Diplococos Gram Negativos.

tobacilos 3+ en el 1,14% de los controles y 4+ en el 4,5%. Cocobacilos 2+ en el 1,14% y 4+ en el 2,29%. Bacilos Curvos Gramnegativos no se observaron en ningún control (10,3%). Bacilos Gramnegativos 1+ en el 3,4% y 2+ en el 1,14%. Cocos Grampositivos 2+ en el 1,14% y 1+ en el 6,8%. Cocos Gramnegativos ni diplococos se observaron en los controles.

Caso que no se determino.

Se tomó un sólo control. Al no determinarse el diagnóstico inicial, se decidió en el primer control tomar cultivo del exudado vaginal, - por pH alcalino, el cuál se reportó sin desarrollo, quedando diagnós- ticada como paciente sana con atrofia vaginal fisiológica.

Los síntomas y signos referidos fueron los siguientes: refirió no tener leucorrea, sin embargo a la exploración se encontró en cantidad escasa, de color amarillo, de consistencia flocular, viscosidad alta, sin olor y adherente a la pared vaginal. La vulva y la vagina se encontraban de aspecto aparentemente normal, cérvix atrófico y sin lesión aparente.

El exámen en fresco se observaron leucocitos de 0-1 por Campo, y levaduras.

En la tinción de Gram se observaron lactobacilos 1+, Cocos grampositivos 1+, y se corroboraron la presencia de levaduras.

Cada uno de estos resultados equivale al 1,14% respectivamente.

CUADROS CLINICOS MAS FRECUENTEMENTE OBSERVADOS.

Sanas.

Leucorrea escasa, de color blanco ó blanco-amarillento, consistencia flocular, viscosidad elevada, sin olor, adherente a la pared vaginal. pH de 4,5 o menor, sólo en pacientes menopáusicas el pH tiene tendencia a la alcalinidad. Prueba de aminas negativa.

Al microscopio hay presencia de leucocitos que no rebasan el número - de células epiteliales y predominio de bacilos largos grampositivos - (lactobacilos).

Vaginosís Bacteriana.

Leucorrea fétida, de cantidad variable, color variable de blanco-gris, consistencia variable, con presencia de espuma (más del 50% de los ca- sos), viscosidad baja, olor postcoital a pescado, adherente, con esca- sos o nulos signos vulvares, vaginales y cervicales. pH de 5 o mayor.

TABLA No. 12

RELACION DE CULTIVOS TOMADOS EN LOS ESTUDIOS DE 1a VEZ
Y CONTROLES SUBSECUENTES

PATOLOGIA CERVICOVAGINAL	ESTUDIOS DE 1a VEZ	I CONTROL	II CONTROL
VAGINOSIS BACTERIANA	2	2	1
CANDIDIASIS	-	1	1
CERVICOVAGINITIS MIXTA	2	3	-
TRICOMONIASIS	-	1	1
NO SE DETERMINO	11	-	-
T O T A L	5 *	7 **	2 ***

- * Se tomaron 5 cultivos de 100 casos $5/100 = 5\%$
 ** Se tomaron 7 cultivos de 73 controles $7/73 = 9.5\%$
 *** Se tomaron 2 cultivos de 12 controles $2/12 = 16.6\%$
 En total se tomaron 9 cultivos de 87 controles $9/87 = 10.34\%$

Prueba de aminas positiva.

Al microscopio los leucocitos no rebasan el número de células epiteliales, predominio de cocobacilos gramvariables y presencia de células gú.

Candidiasis.

Se acompaña de prurito, hay leucorrea en cantidad variable, de color blanco ó blanco-amarillento, consistencia flocular, viscosidad alta, sin olor, eritema vulvar, vaginal y cervical. pH de 4,5 o menor. Prue

ba de aminas negativa.

Al microscopio, los leucocitos no rebasan el número de células epiteliales, presencia de levaduras y predominio de bacilos grampositivos (lactobacilos).

Tricomonasias.

Se acompaña de prurito, leucorrea fétida, en cantidad abundante, de color blanco-amarillento-verdoso, consistencia homogénea, no adherente, de viscosidad baja, eritema vulvar, vaginal y cervical, edema vulvar y vaginal, pH mayor de 5. Prueba de aminas negativa; cuando se asocia la infección a infección a cocobacilos gramvariables, se torna positiva esta prueba.

Al microscopio, hay leucocitos abundantes, lactobacilos escasos o ausentes, puede existir la presencia de células gúta y cocobacilos gramvariables cuando se trata de una infección mixta. Además puede presentar gran alteración de la flora con presencia de bacilos curvos gramnegativos.

IX. ANALISIS Y CONCLUSIONES.

La efectividad de los métodos rápidos de laboratorio para el diagnóstico de cervicovaginitis fué evaluado en forma indirecta por la evolución de cada paciente posterior al tratamiento médico recibido. Es lógico pensar que para obtener especificidad, sólo se obtendría por medio de los cultivos, por lo que dicha evaluación fué indirecta.

Ahora bien al hablar de sensibilidad y especificidad general, ésta refleja una sensibilidad para el diagnóstico de infecciones vaginales del 72.13% y una especificidad del 97.43% para detectar pacientes sanas, por lo que se deduce, que estos métodos rápidos de laboratorio tienen una buena confiabilidad (Tabla No. 13).

Al referirse en forma particular a cada una de las entidades observadas en esta investigación. Las pacientes diagnosticadas como sanas, requirieron de un sólo control para un diagnóstico definitivo y sólo en un caso se tuvo la necesidad de un segundo control, debido a una Displasia Moderada, que requirió de control de citología exfoliativa. Ahora, si tomamos en cuenta el caso único que no se determinó y cuyo cultivo se reportó sin desarrollo, haciéndose el diagnóstico de paciente sana, se puede presumir una efectividad del 98% para el diagnóstico de pacientes sanas.

TABLA No. 13

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD GENERAL EN LOS 100 CASOS
ANALIZADOS PARA DIAGNÓSTICO RAPIDO DE
CERVICOVAGINITIS

DATOS CLINICOS DE
CERVICOVAGINITIS

		si	no	
METODOS	+	44	1	Sensibilidad = 72.13 %
RAPIDOS	-	17	38	Especificidad = 97.43 %

A lo que se refiere de las 22 pacientes con Vaginosis Bacteriana, sanaron 13, obteniéndose un 59.09% de efectividad, con los métodos propuestos; 5 pacientes permanecieron sin cambios, lo que presume un 22.72% de falla en el método, sumando además las 4 pacientes que evolucionaron a un diagnóstico indeterminado (18.18%) hace un total de 40.09% de error o falla.

Es meritorio mencionar, que, un caso se acompaña de infección concomitante (Bartolinitis sobreagregada) lo que produce un descenso en la efectividad de diagnóstico de 4.54%. Ya que se ha comprobado que los parámetros propuestos por Gardner y Duker deben aplicarse en pacientes sin otras patologías concomitantes.

Sólo un caso que presentaba células gúafas dudosas, pero, se acompañaba de leucorrea fétida, pH alterado y prueba de aminas negativas, con evolución a diagnóstico indeterminado, el cultivo reportó la presencia de Klebsiella, que corresponde al 4.54% de efectividad para el cultivo, dentro de los 22 casos estudiados por Vaginosis Bacteriana (Ver gráficas Nos. III y IV).

De las 21 pacientes diagnosticadas con Candidiasis, 19 casos sanaron, lo que da una efectividad del 90.47%, y sólo el 9.53% de falla, las cuales evolucionaron a diagnósticos no determinados en los controles subsecuentes.

Cabe mencionar, que, de 25 controles tomados, 14 (56%) persistieron con levaduras, la sintomatología disminuyó al igual que los signos en forma considerable. Ya que en un momento dado, se puede considerar dichas levaduras como parte de la flora vaginal normal (Ver gráficas Nos. III y IV).

Los 13 casos diagnósticados como Cervicovaginitis Mixta, 7 pacientes sanaron, obteniendo una efectividad del 53.84%. En esta serie de pacientes se tomaron 5 cultivos (Tabla No. 12) lo que hace un 38.46% de uso de medios de cultivo; pero si analizamos; un caso reportó *Gardnerella vaginalis*, y el diagnóstico con los métodos propuestos fué de infección mixta; Vaginosis bacteriana y Candidiasis. Y al reinterrogar a la paciente, mencionándole que persistía con infección aunado a un problema serio de Displasia, refirió no haber tomado el tratamiento completo, por lo que deduce un tratamiento inadecuado y por lo tanto un diagnóstico inicial acertado.

Otra paciente con Diagnóstico Inicial de Vaginosis Bacteriana y Candidiasis, evolucionó a un Diagnóstico Indeterminado, persistiendo con leucorrea fétida, pH alterado mayor de 5, prueba de aminas positiva y la presencia de diplococos gramnegativos extracelulares y el cultivo se reportó sin desarrollo. Cayendo en el terreno de Cervicovaginitis Indeterminada, ya que el cultivo no fué capaz de aislar el germen causal.

Dos casos diagnósticados con Candidiasis y Probable Infección por *Chlamydiae* t., la intención principal de tomar el cultivo fué pensando que, definitivamente no se obtendría algún germen causal, ya que la *Chlamydia* sólo crece en un medio especial y por lo tanto, fundamentar el tratamiento a base de tetraciclinas; pero ambos evolucionaron a diagnósticos indeterminados, persistiendo con leucocitosis.

Un caso evolucionó a Vaginosis Bacteriana como única entidad infecciosa, lo que obtiene un 7.69% de falla.

La efectividad obtenida por las 5 pacientes con tricomoniasis fué del 80%, al sanar 4 de ellas. Sólo un caso, es decir el 20%, no se determinó aún en el tercer control, ya que la flora vaginal no se regeneró, persistiendo con leucorrea abundante, no fétida, con pH de 5, aminas negativas, leucocitos de 0-1 por Campo, lactobacilo 1+ y cocobacilos 4+, sin células gúla.

Con respecto a los cuadros clínicos observados en ésta investigación, coinciden con los propuestos por los diversos autores consultados.

Por último, debido a la buena confiabilidad obtenida en el presente estudio. Los métodos rápidos de diagnóstico se proponen como método de rutina diagnóstica en el consultorio de primer nivel de atención, lo que viene a disminuir en forma considerable el uso de los medios de cultivo, y por lo tanto el costo y tiempo de estos estudios paralelos. Por supuesto siempre y cuando se cuente con el adiestramiento -

adecuado de los médicos interesados, para evitar las posibles fallas en las técnicas de toma, de preparación y observación de las muestras.

Dra. Isabel Belén Castillo Carrillo M. F.

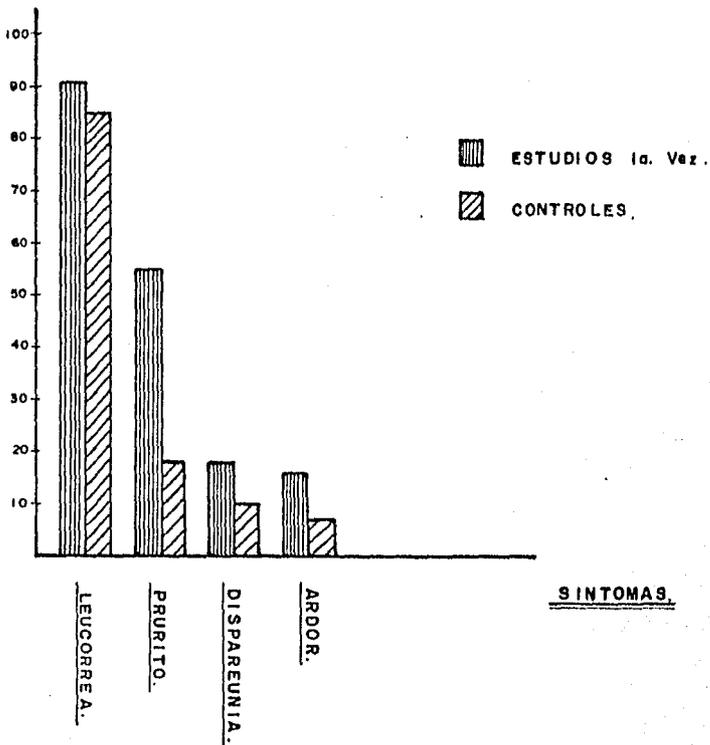
Abril de 1987.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

GRAFICA No. 1

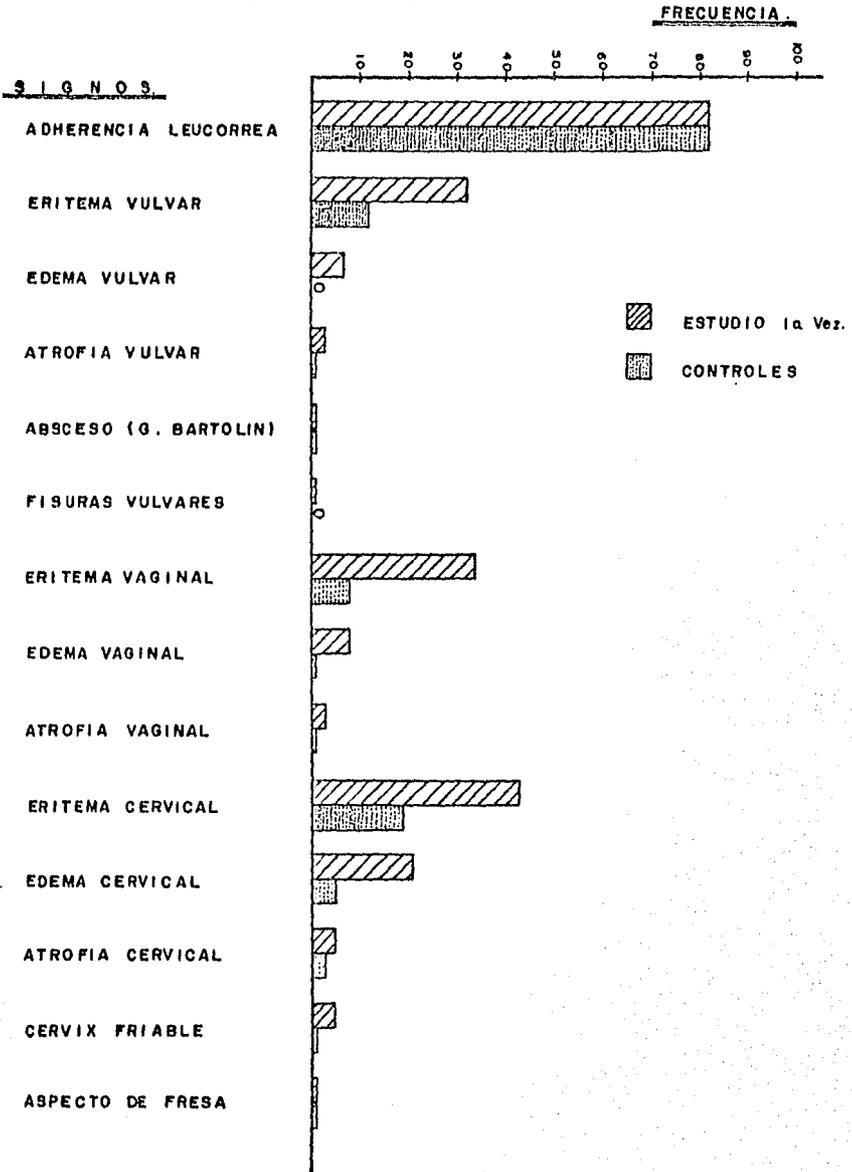
SINTOMAS EN 100 CASOS ANALIZADOS PARA EL
DIAGNOSTICO DE CERVICOVAGINITIS.

FRECUENCIA.



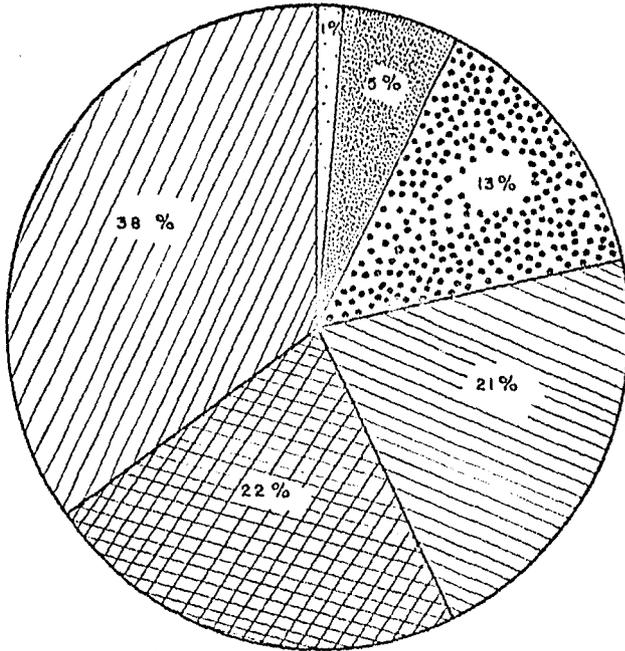
GRAFICA No. II

SIGNOS ENCONTRADOS EN 100 CASOS ESTUDIADOS PARA DIAGNOSTICAR CERVICOVAGINITIS.



GRAFICA No. III.

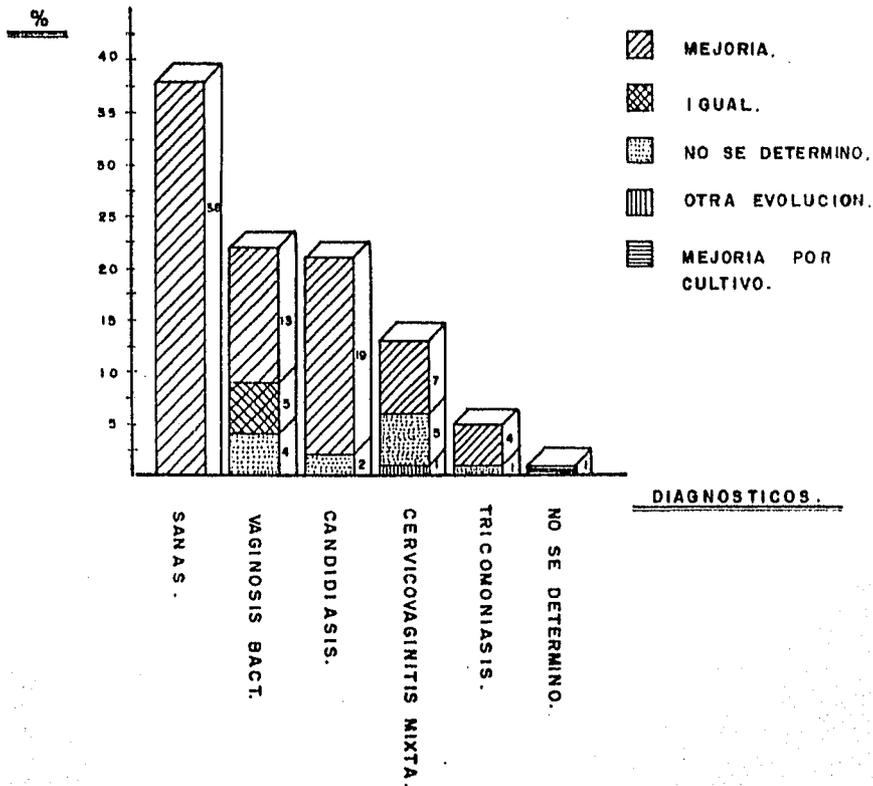
PORCENTAJE DE DIAGNOSTICOS LOGRADOS POR LOS METODOS RAPIDOS DE LABORATORIO.



-  NO SE DETERMINO
-  TRICOMONIASIS
-  CERVICOVAGINITIS MIXTA
-  CANDIDIASIS
-  VAGINOSIS BACTERIANA
-  SANAS

GRAFICA No. IV .

PORCENTAJE DE MEJORIA DE LAS CERVICOVAGINITIS DIAGNOSTICADAS POR LOS METODOS RAPIDOS DE LABORATORIO.



B I B L I O G R A F I A .

1. Blackwell, L. A., Phillips, I., et. al.
VAGINOSIS ANAEROBICA (VAGINITIS INESPECIFICA): HALLAZGOS CLINICOS, -
MICROBIOLÓGICOS Y TERAPEUTICOS.
Lancet (ED. ESP.) 1984; 4(4): 28 - 32.
2. Brown, J. W.
VARIATIONS IN THE VAGINAL BACTERIAL FLORA. A preliminary report.
Annals of Internal Medicine. 1982; 96(part 2): 931 - 934.
3. Castelazo, M. E. y Santos, G. I.
INFECCION GENITAL POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS.
Ginecol. y Obster. de México. Agosto 1982; 50(304): 223 - 228.
4. Conde, G.-C.
CERVICOVAGINITIS: Una revisión panorámica (Editorial).
Infectología. Febrero 1985; (2): 30 - 31.
5. De la Cruz, G. R., Calderón, J. E.
DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE INFECCIONES CERVICOVAGINALES.
Infectología. Mayo 1985; (5): 115 - 121.
6. Dennerstein, G.
EFFECTIVE TREATMENT OF VAGINITIS.
Drugs. 1980; (19): 146 - 151.
7. Dennerstein, G.
MANAGEMENT OF RECURRENT VAGINITIS.
Drugs. 1981; (21): 231 - 235.
8. Eschenbach, D. A.
INFECCION VAGINAL.
Cln Obstet. Ginecol. 1983; 1 : 221 - 240.
9. Fisher, M. A.
ASPECTOS CLINICOS DE DESCARGA VAGINAL, VAGINITIS Y PRURITO.VULVAR.
Ginecol. Obstet. Temas Actuales. 1981; 1 : 232 - 237.
10. Fiumara, J. N.
LEUCORREA: CAUSAS Y SINTOMAS.
Anuario de Sexología 1980. Mundo médico: 65 - 68.

11. Fleury, J. F.
DIAGNOSTICO Y MANEJO DE TRICOMONIASIS.
Anuario de Sexología 1980. Mundo Médico: 73 - 78.
12. Fleury, J. F.
VAGINITIS DE LA ADULTA.
Cln. Obstet. Ginecol. 1981; 2 : 414 - 446.
13. Galask, R.P., Larsen, B., et. al.
FLORA VAGINAL Y SU PARTICIPACION EN ENFERMEDADES.
Cln Obstet. Ginecol. Marzo 1976; 61 - 80.
14. Gidwani, P. G.
VULVOVAGINITIS PREPUBERAL EN LA ADOLESCENTE.
Mundo Médico. Julio 1983; 37 - 44.
15. Goolamali, K. S.
PRURITO VULVAR.
Ginecol. Obstet. Temas Actuales. 1981; 1 : 219 - 231.
16. Hurley, R.
INFECCION RECURRENTE POR CANDIDA.
Ginecol. Obstet. Temas Actuales. 1981; 1 : 203 - 207.
17. Karnaky, J. K.
DIAGNOSIS AND TREATMENT OF VAGINITIS.
Am. J. Obstet. Gynecol. Dec. 1977; 129(8): 929 - 930.
18. Kaufman, R. H.
THE ORIGIN AND DIAGNOSIS OF "NONSPECIFIC VAGINITIS".
New. Engl. J. Medicine. 1980; 303(11): 637 - 638.
19. Kaufman, S. A.
VULVOVAGINITIS UNA REVISION DE METODOS.
Anuario de Sexología 1981. Mundo Médico: 55 - 60.
20. Larsen, B., Galask, P. R.
VAGINAL MICROBIAL FLORA: COMPOSITION AND INFLUENCES OF HOST PHYSIOLOGY.
Annals of Internal Medicine. 1982; 96(Part. 2): 926 - 930.
21. López, M. R., et. al.
SIGNIFICACION PATOGENICA DE CANDIDA EN PACIENTES CON VAGINITIS.
Ginecol. Obstet. de México. Jun. 1982; 50(302): 145 - 148.

22. MacDonald, B. D.
CHLAMYDIA Y OTROS AGENTES PATOGENOS PARA LAS VIAS GENITALES.
Ginecol. Obstet. Temas Actuales. 1981; 1 : 209 - 217.
23. Malouf, M.
TREATMENT OF HEMOPHILUS VAGINALIS VAGINITIS.
Obstet. Gynecol. Jun. 1981; 57(6): 711 - 714.
24. Mason, P. R., et. al.
ASSOCIATION OF TRICHOMONAS VAGINALIS WITH OTHER MICROORGANISM.
Lancet. May 8 1982; 1(8280): 1067.
25. Mehta, V. P.
VAGINAL FLORA. A DYNAMIC ECOSYSTEM.
J. Reproductive Medicine. August 1982; 27(8): 455 - 458.
26. Parrorr, H. M.
ETIOLOGIA DE LA VULVITIS.
Anuario de la Sexologia 1980. Mundo Médico: 13 - 22.
27. Pawson, E. M.
CERVICITIS.
Ginecol. Obstet. Temas Actuales. 1981; 1 : 195 - 201.
28. Rodríguez, F.
AVANCES RECIENTES EN INFECCIONES POR CHLAMYDIA.
Infectología. Marzo 1982; 11(3): 195 - 201.
29. Saltz, G. R., et. al.
CHLAMYDIA TROCOMATIS CERVICAL INFECTIONS IN FEMALE ADOLESCENTS.
J. Pediatrics, Jun 1981; 98(6): 981 - 985.
30. Smith, B. C., et. al.
BACTERIAL FLORA OF THE VAGINA DURING THE MENSTRUAL CYCLE. FINDINGS
IN USERS OF TAMPONS, NAPKINS, AND SEA SPONGES.
Annals of Internal Medicine. 1982; 96(Part.2): 948 - 951.
31. Spiegel, A. C., Ansel, R., Eschenbach, D., et. al.
ANAEROBIC BACTERIAL IN NONSPECIFIC VAGINITIS.
New Engl. J. Medicine. Sept. 1980; 303(11): 601 - 607.
32. Taylor, E., et. al.
GARDNERELLA VAGINALIS, ANAEROBES AND VAGINAL DISCHARGE.
Lancet. Jun 19 1982; 1(8286): 1376 - 1379.

33. Vontver, A. L., Eschenbach, A. D.
PARTICIPACION DE GARDNERELLA VAGINALIS EN LA VAGINITIS INESPECIFICA.
Cifn. Obstet. Ginecol. 1981; 1 : 447 - 468.
34. Wagner, G., Ottesen B.
VAGINAL PHYSIOLOGY DURING MENSTRUATION.
Annals of Internal Medicine. 1982; 96(Part.2): 921 - 923.
35. Yankee, D.
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES POR HAEMOPHYLUS VAGINALIS.
Anuario de Sexología 1980. Mundo Médico: 5 - 10.
36. Departamento de Salud y Servicio Humanos de los E.E.U.U.
Servicio de Salud Pública.
Centros para el control de enfermedades. Atlanta, Georgia.
Informe Semanal de Incidencia y Mortalidad.
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL. PAUTAS DE TRATAMIENTO.
MMWR Suplemento. 20 Agosto 1982, 31(25).

T E S I S .

37. Dra. Del Rfo Martínez Ma. Catalina.
DETECCION DE PACIENTES CON VULVOVAGINITIS A NIVEL DE CONSULTA ---
EXTERNA.
Para obtener el Título de Especialidad en Medicina Familiar.
IMSS Clínica Hospital T-1 No. 16, Torreón, Coahuila.
1976 - 1978.
Tesis No. 228, Biblioteca de la Facultad de Medicina UNAM.
38. Dr. Olivo Reyes Rodolfo.
EVALUACION DIAGNOSTICA Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CERVICOVAGI-
NITIS.
Para obtener el Título de Especialidad en Medicina Familiar.
U. A. Coahuila, IMSS.
Clasificación: XM83 - 05
Biblioteca Central del IMSS, Centro Médico Nacional.