

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

11226
59
2ej.

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS POSTGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "D" DEL I.S.S.S.T.E.
DE POZA RICA VERACRUZ.

INCIDENCIA DE CERVICITIS Y CERVICOVAGINITIS EN PACIENTES CON DISPLASIA
CERVICAL DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "D" DEL ISSSTE DE POZA RICA VER
PERIODO COMPRENDIDO DE NOVIEMBRE DE 1994 A OCTUBRE DE 1995

TRABAJO DE INVESTIGACION PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.



ISSSTE

**CLINICA HOSPITAL POZA RICA
DIRECCION MEDICA**

PRESENTA
DR. SANTOS GARCIA FUENTES

POZA RICA VER DICIEMBRE 1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

264933



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

INCIDENCIA DE CERVICITIS Y CERVICOVAGINITIS EN PACIENTES CON DISPLASIA
CERVICAL DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "D" DEL ISSSTE DE POZA RICA VER.
PERIODO COMPRENDIDO DE NOVIEMBRE DE 1994 A OCTUBRE DE 1995

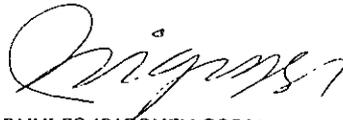
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA
DR. SANTOS GARCIA FUENTES

~~AUTORIZACIONES:~~

~~DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR~~

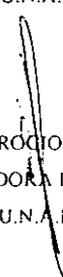
~~U.N.A.M.~~



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA

COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

U.N.A.M.



DRA. MARIA DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA

U.N.A.M.

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA
DR. SANTOS GARCIA FUENTES

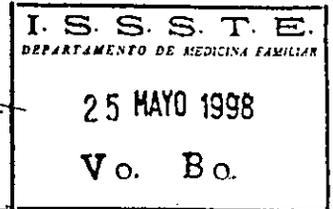
INCIDENCIA DE CERVICITIS Y CERVICOVAGINITIS EN PACIENTES CON DISPLASIA
CERVICAL DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "D" DEL ISSSTE DE POZA RICA VER.
PERIODO COMPRENDIDO DE NOVIEMBRE DE 1994 A OCTUBRE DE 1995.

DR. AMADO MEZA ANGELES
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MEDICOS GENERALES EN POZA RICA VER.

DR. JORGE RAMIREZ HERRERA
ASESOR DE TESIS.

DR. EMILIO GRANJEL GUERRERO
ASESOR I.S.S.S.T.E.

DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL
I.S.S.S.T.E.



POZA RICA VER. DICIEMBRE 1995.

TITULO

INCIDENCIA DE CERVICITIS Y CERVICOVAGINITIS EN PACIENTES CON DISPLASIA CERVICAL DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "D" DEL ISSSTE DE POZA RICA VER. PERIODO COMPRENDIDO DE NOVIEMBRE DE 1994 A OCTUBRE DE 1995.

INDICE

Marco teórico.....	1
Planteamiento del problema.....	10
Justificación.....	11
Objetivos.....	12
Metodología.....	13
Resultados.....	16
Tabla No 1.....	17
Gráfica I.....	18
Tabla No 2.....	19
Gráfica II.....	20
Tabla No. 3.....	21
Gráfica III.....	22
Tabla No. 4.....	23
Gráfica IV.....	24
Tabla No. 5.....	25
Gráfica V.....	26
Tabla No. 6.....	27
Gráfica VI.....	28
Tabla No. 7.....	29
Gráfica VII.....	30
Análisis.....	31
Conclusiones.....	34
Recomendaciones para la medicina familiar.....	35
Bibliografía.....	36
Anexo 1.....	39
Anexo 2.....	40

MARCO TEORICO

Los procesos inflamatorios que afectan las estructuras del aparato genital femenino son ocasionados, en la mayor parte de los casos por infecciones cuyos agentes etiológicos son bacterias, hongos, parásitos y/o virus. La infección genera una respuesta inflamatoria aguda o crónica dependiente del epitelio afectado, de las características de la patogenicidad del germen y de la interacción huésped - parásito. Las infecciones cervicovaginales son una de los problemas de salud mas frecuentes y complejos con repercusiones en la fertilidad, riesgo perinatal o neonatal si no son diagnosticados con oportunidad Karchmer. 1993 (15)

La cervicitis y la cervicovaginitis independientemente del agente o agentes etiológicos causales pueden considerarse cofactores para la inducción de cambios que se desarrollan a partir de la proliferación reparativa de las células de reserva a nivel del endocérnix que pueden tener un carácter atípico por la intensidad de los fenómenos proliferativos y por la presencia de alteraciones nucleares, que son semejante a las observadas en los carcinomas o por proliferación anómala de las células basales a nivel del exocérnix.

En el campo ginecólogo tiene relevancia, el conocimiento que a través de la citología se ha logrado de los padecimientos infecciosos cervicovaginales dado a su sintomatología son una de las causas mas frecuentes de consulta médica especializada y también en muchas ocasiones en que el laboratorio clínico no proporciona una información al respecto, lo cuál puede ser dada por la citología, mediante este procedimiento. Conde 1993 (9)

Desde el punto de vista hormonal, la vagina de la mujer activa es una cavidad húmeda, debido a secreciones de trasudado vaginal y moco cervical; en menor grado por secreciones uterinas, de las trompas de Falopio y de la glándula de Bartholin. Webbeter 1991 (27).

Al parecer la menarquia, producción de estrógenos por el ovario estimula la maduración (captación de glucógeno) de la mucosa escamosa vaginal y del cérvix. Cuando estas células se desprenden, el glucógeno se convierte en un sustrato para los agentes aerobios y anaerobios vaginales endógenos los estreptococos, echericha coli y estafilococos, el crecimiento de las Bacterias hacen descender el Ph. El endocérvix expuesto es sensible a estos cambios del medio químico y de la flora bacteriana y responde empezando por las transformación del epitelio cilíndrico en epitelio escamoso este proceso y la citada transformación también son estimuladas por los traumas y otras infecciones que aparecen en los años de la reproducción .

Cuando el epitelio escamoso al crecer en exceso hace desaparecer las papilas cilíndricas superficiales, tapa y obstruye los orificios de las criptas, lo que origina la acumulación de moco en las criptas (glándulas) mas profundas y la formación de quistes mucosos (de Naboth).

La cervicitis es el proceso patológico que se presenta como un enrojecimiento y granulaciones que se extienden y forman un anillo centrífugo de mucosa inflamada y aparecen ulceraciones o erosiones superficiales irregulares y en casos muy descuidados lo fenómenos de inflamación y reparación producen un tejido de granulación que originan nódulos friables y deforman la superficie de exterior del cuello uterino, estas modificaciones pueden llegar a confundirse con neoplasias.

Este proceso se asocia constantemente a un infiltrado inflamatorio formado por una mezcla de leucocitos polimorfonucleares y células monocucleares cuando la inflamación es intensa puede acompañarse de pérdida del revestimiento epitelial (erosión o ulceración) y de reparación del epitelio (atipia reparadora o discreplasia de reparación) todos estos elementos componen y caracterizan lo que conoce como cervicitis crónica.

Los cambios reparadores intensos, limitan las lesiones precancerosas porque las células que experimentan la reparación tiene agotado su contenido normal de glucógeno y

pueden mostrar atipias nucleares, también pueden dejar de teñirse de color castaño con la solución de Shiller.

La mayoría de la cervicitis cursan asintomáticas o se detectan únicamente al realizar exploraciones vaginales rutinarias de consulta o durante la toma de muestras de Papanicolau.

La cervicovaginitis corresponde al proceso inflamatorio que además del cérvix comprende la porción vaginal del aparato genital femenino. Generalmente se acompaña de ardor, prurito y flujo vaginal a esta sintomatología es una de las causas más frecuentes de consulta Chistoper 1995. (7.)

La displasia es una lesión en la cual parte del espesor del epitelio está constituido por células que muestran grados variables de atipia. La displasia puede dividirse en tres grados: leve, moderada y severa según el grado de atipia celular y de arquitectura tanto como el epitelio. Se observan en el epitelio pavimentoso de la portio tanto como en el epitelio metaplásico de la mucosa endocervical. De Palo 1993 (10).

En realidad la distinción de la displasia leve, moderada y severa es subjetiva y en lo que se refiere a la diferenciación entre la displasia severa y carcinoma in situ, a menudo es arbitraria. Ya en 1963 Koss afirmaba que la displasia leve y moderada eran lesiones "borderline" mientras que la displasia severa y carcinoma in situ deberían ser consideradas entidades que podían superponerse, tanto desde el punto de vista morfológico como biológico. De ahí surge la teoría de la unicidad/continuidad de las lesiones cervicales preneoplásicas, propuestas por Richart 1967. (23).

La neoplasia intraepitelial cervical se define como la "diversidad de cambios intraepiteliales que se inician con una neoplasia en general bien diferenciada, tradicionalmente clasificada como displasia leve y que culmina con el carcinoma invasivo". Ferenczy 1994 (12).

El concepto de neoplasia intraepitelial cervical se indica con mayor frecuencia con el acrónimo de CIN (del inglés cervical intraepitelial neoplasia) anula el concepto dualista displasia carcinoma in situ y considera que las lesiones preneoplásicas del cuello uterino como un fenómeno unitario, continuo y de maduración celular en el espesor del epitelio cervical hasta el compromiso total de este, con la configuración morfológica del carcinoma in situ.

NIC I las células que constituyen el cuadro citológico son de modo exclusivo, de tipo superficial e intermedio. Se trata por lo general de elementos isodiamétricos, poligonales con citoplasma abundante. En el caso de la infección viral las células tienen un citoplasma vacío al punto tal que forman una gran vacuola perinuclear que interesa gran parte del citoplasma (coilocitosis).

Muchos autores, después de revisar su casuística, han llegado a la conclusión de que más del 80% de las lesiones clasificadas como displasia leve, eran en cambio lesiones por HPV.

NIC II. (Displasia Moderada) se caracteriza por la presencia de elementos de tipo superficial e intercambio junto con células parabasales discarióticas. Estas por lo general aisladas, rara vez agrupadas, presentan un núcleo de dos o tres veces más grande que lo normal. Con cromatina granular.

NIC III. (Displasia Grave o Severa-Carcinoma In Situ) las células tienen dimensiones que varían desde una célula de reserva a las de una célula parabasal. La relación núcleo citoplasma esta siempre a favor del primero. El núcleo rodeado en general por escaso citoplasma, presenta un aspecto florido con membrana nuclear notablemente engrosada y multilobular por la presencia de profundas incisiones.

Si consideramos que un NIC (Neoplasia Intraepitelial Cervical) progresa invariablemente a un NIC III y éste de modo inexorable, progresa hacia un carcinoma invasor, es evidente que todo NIC debe ser tratado con el máximo rigor y eficiencia

cuando es diagnosticado; por el contrario, sino existe una relación invariable se podrían controlar estas lesiones en forma periódica, tratando solo aquella que muestran una evidente tendencia a la progresión. Si bien esta fuera de toda duda que una parte de los NIC I pasa a NIC II y de ahí a NIC III, no está del todo claro sin un NIC III se transforma por fuerza en un carcinoma invasor.

Ahora sabemos que solo algunos HPV son considerados sobre la base de prevalencia en biología molecular como de "alto riesgo" de "riesgo intermedio" oncogénico y que muchos son oncológicamente inócuos. Los de "alto riesgo" aislados del carcinoma espinocelular y del adenocarcinoma del cérvix están asociados con el NIC y con el carcinoma del cuello uterino. De Palo 1993 (10).

La infección del cuello uterino por VPH produce alteraciones de las células escamosas que se observan con frecuencia en el frotis de Papanicolau. Richard 1991 (24).

El virus del papiloma humano relacionado con la displasia cervical en amplio porcentaje, es tratada con crioterapia, rayo laser y aplicación de sustancias caústicas como el ácido tricloroacético, hidróxido de sodio y nitrato de plata con los mismos resultados y posteriormente control con papanicolau a la sexta semana de terminado el tratamiento. Ibarra 1994. (14).

Las pacientes con NIC cursan asintómaticas y se percatan de la anomalía después que un frotis de Papanicolau detecta la presencia de células anormales. Es una prueba de detección bastante bien tolerada por las pacientes, fácil de realizar, relativamente barata con sensibilidad y especificidad razonables. Koss 1989 (16)

El cáncer cervical es el resultado final de los trastornos epiteliales cervicales y ocurre más a menudo (cerca del 90% de los casos) a nivel de la unión escamocilíndrica, no se ha identificado la etiología pero factores de riesgo para la continuidad de la displasia cervical y cáncer son: compañeros sexuales múltiples, coito temprano, edad

joven de la mujer en el matrimonio, edad joven durante el primer embarazo, paridad elevada, estado socioeconómico bajo el tabaquismo. Benson 1994 (3).

En un estudio efectuado en Estados Unidos demostró que uno de los factores de riesgo importante en el desarrollo de la neoplasia intraepitelial cervical es el inicio de la vida sexual activa temprana, en la literatura médica internacional se menciona el caso de NIC en una adolescente en 1961.

Además de un estudio de 15 años con citología en adolescentes mostraron diversos grados de NIC así como estudios similares han reportado incremento del cáncer cervical en mujeres menores de 35 años. Ecónomos 1994 (11).

El aumento de los casos de NIC III en edad más joven y presencia de carcinoma invasor en edad inferior a los 40 años se ha comprobado en algunos países en las dos últimas décadas, cambios que modifican los factores clásicos de riesgo y hábitos de la vida como el tabaquismo, anticonceptivos orales, es decir, de los cofactores que requiere el agente nocivo que en la hipótesis demostrado en el VPH para dar lugar a la transformación en sentido neoplásico.

La sintomatología es obviamente asintomática por ello no existen signos de alarma ni signos clínicos. El NIC III puede ser monocéntrico, en el 80% de los casos está asociado con el NIC de bajo grado; el NIC alcanza su máxima incidencia en la tercera, cuarta y quinta década de la vida. De Palo 1993 (10).

El examen citológico cervicovaginal se basa en la exfoliación espontánea e inducida de células normales o patológicas del cuello uterino. La obtención del frotis se realiza después de haber introducido el espéculo con una espátula; se puede utilizar un isopo preferentemente humedecido en el canal cervical y se le imprime un movimiento circular que permita recoger moco y células endocervicales y/o metaplásicas de la unión escamocilíndrica que, sobre todo en las mujeres menopausicas, sobresale fácilmente con

respecto al orificio externo. Es importante la promoción del estudio de Papanicolau entre la población y cooperación de las pacientes lo que permite un mejor pronóstico. Alieri 1990 (2)

La respuesta del laboratorio de citopatología se sintetiza en las cinco clases de Papanicolau.

Clase I Hallazgos normales (ausencia de células anormales o atípicas).

Clase II Hallazgos inflamatorios (células anormales pero no demostrativas de malignidad).

Clase III Hallazgos sospechosos (células atípicas probablemente malignas, pero no concluyentes de malignidad).

Clase IV Hallazgos positivos (células firmemente demostrativas de malignidad).

Clase V Hallazgos positivos (células demostrativas en forma concluyente de malignidad.)

Por la utilización metódica y constante de la citología se ha logrado abatir la frecuencia del carcinoma invasor del cuello uterino al descubrir y tratar con toda oportunidad las neoplasias intraepiteliales (llámense displasias, NIC I, II, III, o Ca In Situ) e invasores incipientes. Sin embargo no se ha llegado a erradicar el padecimiento, por lo que se debe seguir insistiendo en todo médico no olvide que tiene al alcance un método muy sencillo y eficaz, él cual si se lo propone, podría hacer desaparecer el carcinoma del cuello uterino. Conde 1993 (9).

Un estudio realizado en la India refiere que cuando sospechamos clínicamente de NIC, con Papanicolau negativo, es importante el uso de la colposcopia debido a que

revela NIC II en el 5% de los pacientes, los cuales requieren colposcopia y biopsia directa. Peedcayil 1994 (21).

Con el incremento de muestras tomadas por cepillados y fijadas mediante la técnica de Papanicolau se ha visto que aumenta la detección de las lesiones neoplásicas en etapas tempranas. Nasu 1993 (19).

Factores de riesgo y pruebas epidemiológicas de la neoplasia cervicouterina han sugerido durante mucho tiempo que se comporta como una enfermedad de transmisión sexual. Muñoz 1989 (18).

Además de estos factores también se encuentran varias líneas de pruebas que apoyan un mecanismo biológico para la relación entre anticonceptivos orales y la neoplasia cervicouterina aún no se aclara el papel causal del uso de anticonceptivos orales. Brinton 1991 (4).

Se ha encontrado que la incidencia y la mortalidad del cáncer cervicouterino ha declinado en los últimos 20 años, muchos autores creen que el mejoramiento del estándar de vida, la salud pública, nutrición, el aumento del uso de anticonceptivos de barrera y la merma en la prevalencia en las enfermedades de transmisión sexual. Borst 1990 (5).

En algunos casos el epitelio cilíndrico del cérvix uterino manifiesta cierto grado de actividad proliferativa con algunas atipias celulares esto es lo que se llama displasia y es considerado como el primero de una serie de cambios que pueden culminar en neoplasia intraepitelial cervical y de manera subsecuente en carcinoma. Govan 1995 (13).

En la incidencia de cáncer cervicouterino ajustada a la edad la tasa más baja es de 2.6 por 100 000 en mujeres no judías en Israel y la más alta 54.6 por 100 000 en Perú, siendo más altas las tasas en los países en desarrollo particularmente Latinoamérica y el Caribe. Parkin 1992 (22).

En Estados Unidos las mujeres japonesas 4.5 por 100 000; blancas 7.2 por 100 000; afroestadounidenses 12.2 por 100 000 y latinas 18.4 por 100 000 esto pudiera explicarse por las diferentes oportunidades de atención de salud y factores de riesgo. Muñoz 1989 (18).

Las tasas más altas de mortalidad ajustadas a la edad se encuentran en México con 15.9 por 100 000 y las más bajas en Italia con 0.9 por 100 000 y Estados Unidos 2.6 por 100 000 en la trigésima primera posición.

En los últimos 40 años las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino han declinado en casi todos los países desarrollados fenómeno que se atribuye sobre todo a la introducción de las pruebas con frotis de Papanicolau. Colleman 1993 (8).

A pesar de la tendencia decreciente sigue siendo la principal causa de muerte en los países en vías de desarrollo y un problema de salud en todo el mundo, particularmente en poblaciones con servicios deficientes.

Se han efectuado estudios a nivel internacional de la causa etiológicas de cervicitis como el realizado en Checoslovaquia de 1988 a 1990 se estudiaron 155 casos de cervicitis de estos se fueron de etiología bacteriana es decir el 36.2 %; 17 casos por Clamydia 10.9 % y 4 pacientes con herpes 2.5 %; el grupo más grande de 78 casos es decir el 50.3 % presentaron lesiones inducidas por VPH. Ondrias 1992 (20).

En un estudio realizado en la clínica hospital de Toluca de 5000 citologías exfoliativas cervicovaginales sugiere que el VPH es un factor importante en la neoplasia intraepitelial cervical, la tendencia actual es considerar la asociación del papiloma a la displasia cervical y neoplasia del cérvix uterino en un gran número de casos parece sugerir fuertemente la presencia de lesiones papilomatosas y el desarrollo de carcinoma cervical. Rosales 1988 (25).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La bibliografía médica actual sugiere que la frecuencia de la atipia cervical diagnosticada mediante Papanicolau de 1.6 % al 5.4 % es proceso “benigno” que se encuentra asociado con una serie de entidades de gran importancia clínica como la infección por el virus del papiloma humano (VPH) Neoplasia Intraepitelial Cervical NIC y el Cáncer Invasor.

La cervicitis y la cervicovaginitis con una de las causas más frecuentes de consulta externa en ginecología. Presentándose esta patología prácticamente en cualquier edad, especialmente en mujeres con vida sexual activa con edades entre los 15 a 65 años.

Tomando en consideración lo expresado en la literatura sobre este tema y que refiere a la cervicitis y cervicovaginitis se encuentra frecuentemente asociada con casos de displasia cervical, por lo tanto es conveniente considerar ambas como un dato de alarma para la detección temprana de displasia, lo cual permite un control adecuado y un tratamiento oportuno con lo que se evita la progresión intraepitelial cervical.

Existen otros factores de riesgo en las mujeres que se detecta displasia cervical entre los que destacan el inicio de la vida sexual actividad temprana, multiparidad, número de parejas sexuales, nivel socioeconómico y las enfermedades de transmisión sexual.

Sin embargo en nuestra clínica de medicina familiar “D” del ISSSTE de Poza Rica Ver, no contamos con los datos precisos entre nuestra población derechohabiente acerca de la frecuencia en que estos factores coexistentes con los casos de displasia cervical, Ca In Situ y Ca Invasor.

Es importante entonces conocer en nuestra población derechohabiente ¿Qué porcentaje de cervicitis y cervicovaginitis se asocia con la displasia cervical.?

JUSTIFICACION:

Es de todos conocido que la enfermedad cuenta con un horizonte clínico en las etapas iniciales es posible la detección de esta, ya sea clínicamente o por medio de estudios, de ahí en el caso que nos ocupa es de gran importancia la detección temprana de la displasia cervical con la finalidad de proporcionarle al paciente la vigilancia control y manejo adecuado evitando de esta manera el progreso de las lesiones a etapas más avanzadas y a la Neoplasia Intraepitelial cervical.

Para ello contamos con la técnica de Papanicolau que es un método sencillo y económico que se efectúa en el consultorio y sin mayores molestias para la paciente y con resultados confiables de gran importancia.

Si sabemos que la infección genera una respuesta inflamatoria aguda o crónica dependiendo del epitelio afectado, de las características y de la patogenidad del germen y de la interacción Huésped agente.

Las infecciones cervicovaginales son uno de los problemas más frecuentes y complejos, con repercusiones en la fertilidad, riesgo perinatal, neonatal, también asociadas a la displasia cervical, por lo tanto al conocer la asociación de cervicitis y cervicovaginitis a pacientes con displasia cervical entre nuestra población derechohabiente, contribuye a establecer un indicador útil para poder identificar pacientes portadores potenciales de displasia cervical.

Debemos considerar importante la ventaja que nos representa detectar la displasia cervical en forma precoz lo cual nos permite ofrecer al paciente una buena vigilancia, control y tratamiento oportuno y adecuado generalmente con resultados curativos. De ésta manera evitamos encontramos etapas avanzadas de displasia cervical Ca In Situ y Carcinoma Invasor, los cuales requieren de un manejo terapéutico más complejo, agresivo y costoso con fines paliativos y que se efectúan en hospitales de tercer nivel y que finalmente se traducen en una mala calidad de vida para el paciente con una repercusión grave en el grupo familiar.

OBJETIVOS:

GENERAL Conocer la incidencia de cervicitis y cervicovaginitis asociada a pacientes con displasia cervical de la clínica de medicina familiar "D" del ISSSTE de Poza Rica Veracruz del periodo comprendido de noviembre de 1994 a octubre de 1995.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Conocer la incidencia del cérvix aparentemente sano asociado a la displasia cervical.

Conocer el promedio de edad de IVSA y el promedio de paridad en pacientes con displasia cervical. Ca In Situ y Ca Invasor.

ESPECIFICACION DE VARIABLES:

VARIABLE INDEPENDIENTE:

La cervicitis y cervicovaginitis corresponden a procesos inflamatorios de la porción vaginal del aparato genital femenino. La displasia cervical es una lesión en la cual parte del espesor del epitelio está constituido de células que muestran grados variables de atipia.

VARIABLES DEPENDIENTES:

Edad de cada una de las pacientes
Edad de inicio de vida sexual activa
Paridad de cada una de las pacientes

METODOLOGÍA

TIPO DE INVESTIGACIÓN REALIZADA por las características del estudio es:

Descriptivo por no contar con un grupo central.

Transversal por el tipo de medición de las variables dependientes del tiempo.

Observacional por el tipo de medición de las variables que no se modifican.

UNIVERSO DE TRABAJO 155 mujeres con Papanicolau que acudieron a consulta externa con edades entre los 15 a 65 años de la clínica de medicina familiar "D" del ISSSTE de Poza Rica Ver.

POBLACION: Se estudiaron mujeres con edades entre 15 a 65 años que acudieron a consulta externa de noviembre de 1994 a octubre de 1995 las cuales reunieron los criterios de cervicitis, cervicovaginitis y displasia cervical. Así como los criterios de inclusión y exclusión.

LUGAR : clínica de medicina familiar "D" del ISSSTE de Poza Rica Ver.

TIEMPO: La investigación se llevo a cabo de Noviembre de 1994 a octubre de 1995.

TIPO DE MUESTRA: Para este tipo de investigación, el muestreo utilizado fue esencial no probabilístico y exhaustivo debido a que se incluyeron las pacientes que reunieron los criterios la inclusión y que acudieron a la consulta externa de la clínica de medicina familiar "D" del ISSSTE de Poza Rica Ver, durante el periodo previsto de estudio.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Mujeres derechohabientes de la unidad.

Edad entre 15 a 65 años con vida sexual.

Papanicolau recientes.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Mujeres menores de 15 años.
Embarazadas.
Núbiles.
Mayores de 65 años.
Postoperadas de Histerectomía total.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

Pacientes foráneas que no cuentan con expediente en la unidad.

PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION:

Se procedió a tomar la cédula de cada una de las pacientes que acudieron al examen de Papanicolau durante el periodo comprendido de noviembre de 1994 a octubre de 1995 en el servicio de medicina preventiva, se obtuvieron los expedientes en el departamento de archivo clínico de la unidad.

Se reviso el expediente clínico de cada una de las pacientes y se recopiló la información que en el anexo I que contiene datos de cédula nombre, edad, fecha de práctica de Papanicolau, diagnostico citológico, fecha de captación, estudios de DOC, antecedentes gineco obstétricos, otros estudios y comentarios.

Se seleccionaron y analizaron los resultados de Papanicolau de las pacientes de cervicitis y cervicovaginitis y cérvix aparentemente sano asociado a displasia cervical. Así como también se analizaron los resultados de Papanicolau de los casos de displasia cervical. Ca In Situ y Ca Invasor para conocer el promedio de edad de IVSA y paridad, información recopilada en el anexo II. Los resultados se presentan en tablas de gráficas para su análisis posterior.

VARIACION DE LA MEDICION:

Análisis con estadísticas descriptivas, media, mediana y distribución de frecuencias de acuerdo al nivel de medición de cada variable.

HIPOTESIS : No requiere hipótesis.

CONSIDERACIONES ETICAS:

Este tipo de investigación por sus características de ser descriptivo, transversal y observacional está basado directamente en la revisión del expediente clínico y análisis de los resultados de Papanicolau de cada una de las pacientes por lo que en ningún momento sé atento la integridad física y moral de las pacientes.

DESCRIPCION DE RESULTADOS:

Se estudiaron mujeres derechohabientes con Papanicolau recientes encontrándose 64.52 % clase I; 20.65 % clase II; 10.97 % clase III; 3.22 % clase IV y 0.64 % clase V. De acuerdo a la clasificación de NIC el 85.17 % NIC I; 10.97 % NIC II; 3.22 % NIC III y 0.64 % Ca Invasor. (tabla 1 gráfica I). En orden de frecuencia la displasia cervical se presentó en un 42.10 % entre los 51 a 55 años; 10.52 % entre los 31 a 35, 41 a 45, 46 a 50 y 56 a 60 años; 5.26 % a los 25 años, entre los 36 a 40 y 61 a 65 años. (tabla 2 gráfica II). Un 31.6 % de cervicitis, 21.0 % de cervicovaginitis y un 47.4 de cérvix aparentemente sano relacionado con la displasia cervical. (tabla 3 gráfica III). Promedio de 18.4 años de edad de IVSA en pacientes con displasia cervical. (tabla 4 gráfica IV). Promedio de paridad de 4.3 hijos en pacientes con displasia cervical. (tabla 5 gráfica V). Promedio de 18.2 años de edad de IVSA en pacientes de Ca In Situ y Ca Invasor.(tabla 6 gráfica VI=. Promedio de paridad de 8.7 hijos en pacientes con Ca In Situ y Ca Invasor. (tabla 7 gráfica VII).

TABLA No. 1
I.S.S.S.T.E.
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "D"
POZA RICA, VER.

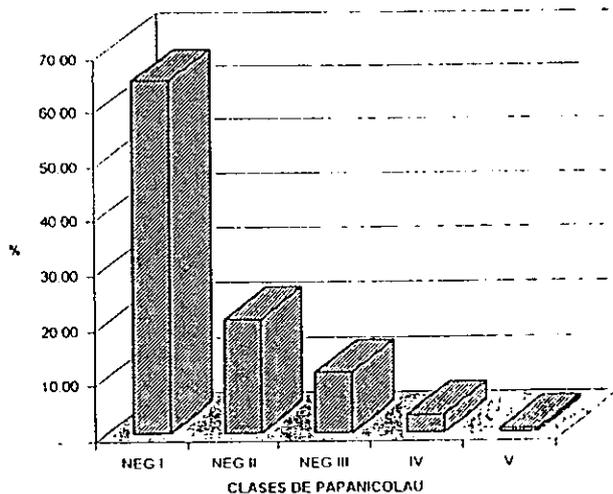
RESULTADOS DE CITOLOGIA CERVICOVAGINAL EN 155 MUJERES CON VIDA SEXUAL
 ACTIVA CON EDADES ENTRE 15 Y 65 AÑOS DE NOVIEMBRE 1994 A OCTUBRE 1995.

Papanicolau	No.	%	Morfología	No.	%	N.I.C.	No.	%
I	100	64.52	NORMAL	100	64.52	I	132	85.17
II	32	20.65	INFLAMATORIO	32	20.65			
III	17	10.97	DISPLASIA LEVE	17	10.97	II	17	10.97
			DISPLASIA MODERADA	0	0			
IV	5	3.22	DISPLASIA SEVERA	2	1.29	III	5	3.22
V	1	0.6	Ca In Situ	3	1.93			
			Ca Invasor	1	0.64			

FUENTE: DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA
 ARCHIVO CLINICO.

GRÁFICA I
ISSSTE
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "D"
POZA RICA VER.

RESULTADOS DE CITOLOGIA CERVICOVAGINAL EN MUJERES CON VIDA
SEXUAL ACTIVA (V.S.A.) DE 15 A 60 AÑOS DE NOVIEMBRE DE 1994 A
OCTUBRE DE 1995.



FUENTE:

Archivo Clínico
Medicina Preventiva

TABLA No. 2
I.S.S.S.T.E.
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "D"
POZA RICA, VER.

CLASIFICACION DE 19 PACIENTES CON DISPLASIA POR GRUPOS DE EDAD CON V.S.A. DE 15 A 60 AÑOS DE NOVIEMBRE 94 A OCTUBRE 95.

<u>EDAD</u>	<u>No. DE CASOS</u>	<u>%</u>
+ 25 AÑOS	01	5.26%
25 A 30	00	0.0%
31 A 35	02	10.52%
36 A 40	01	5.26%
41 A 45	02	10.52%
46 A 50	02	10.52%
51 A 55	08	42.10%
56 A 60	02	10.52%
61 A 65 ++	01	5.26%
<hr/>		
TOTAL	19	100.00

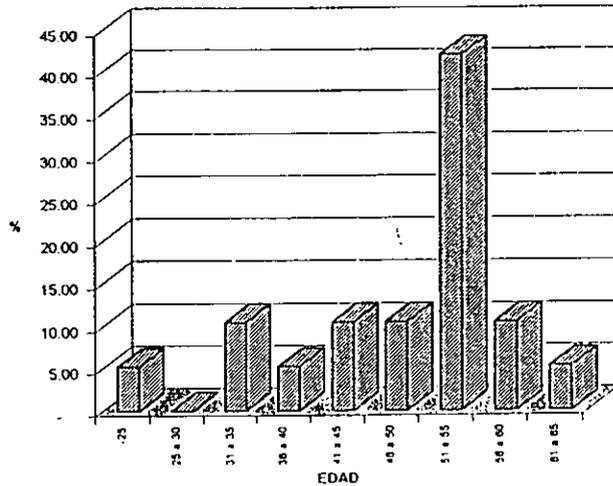
+ EDAD MINIMA

++ EDAD MAXIMA

FUENTE: ARCHIVO CLINICO
MEDICINA PREVENTIVA.

GRÁFICA II
ISSSTE
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "D"
POZA RICA VER.

CLASIFICACION DE 19 PACIENTES CON DISPLASIA POR GRUPOS DE EDAD
CON V.S.A. DE 15 A 60 AÑOS DE NOVIEMBRE DE 1994 A OCTUBRE DE 1995.



FUENTE:
Archivo Clínico.
Medicina Preventiva.

TABLA No. 3
I.S.S.S.T.E.
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "D"
POZA RICA, VER.

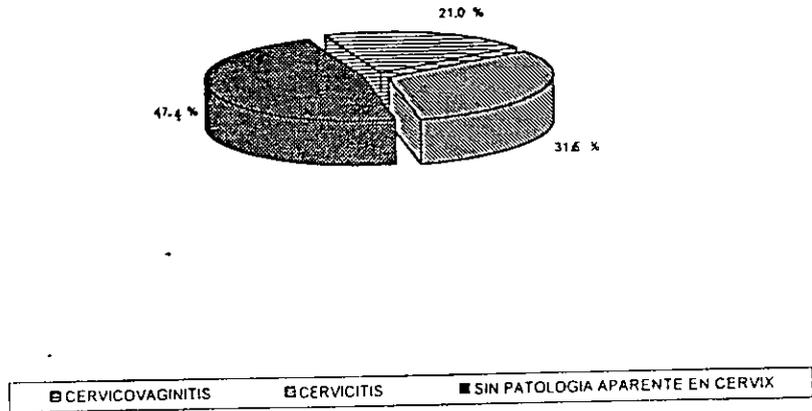
PACIENTES CON DISPLASIA CERVICAL Y SU RELACION CON CERVICITIS Y
CERVICOVAGINITIS DE NOVIEMBRE DE 1994 A OCTUBRE DE 1995.

CERVICITIS	6	31.6%
CERVICOVAGINITIS	4	21.0%
SIN PATOLOGIA DE CERVIX	9	47.4%

FUENTE: ARCHIVO CLINICO
MEDICINA PREVENTIVA

GRÁFICA III
ISSSTE
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "D"
POZA RICA VER.

PACIENTES CON DISPLASIA CERVICAL Y SU RELACION CON
CERVICITIS Y CERVICOVAGINITIS DE NOVIEMBRE DE 1994 A
OCTUBRE DE 1995



FUENTE

Archivo Clínico
Medicina Preventiva

TABLA No. 4
I.S.S.S.T.E.
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "D"
POZA RICA, VER.

PACIENTES CON DISPLASIA CERVICAL Y SU RELACION CON EL PROMEDIO DE EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA NOVIEMBRE 1994 A OCTUBRE 1995.

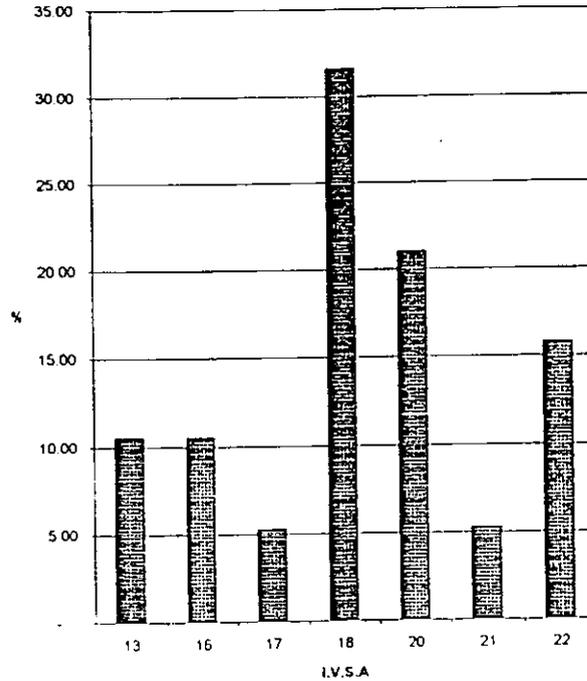
I.V.S.A	No. DE CASOS	%
13	2	10.5%
16	2	10.5%
17	1	5.3%
18	6	31.6%
20	4	21.0%
21	1	5.3%
22	3	15.8%

EDAD PROMEDIO DE I.V.S.A. DE 18.4 AÑOS

FUENTE: MEDICINA PREVENTIVA
ARCHIVO CLINICO

GRÁFICA IV
ISSSTE
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "D"
POZA RICA VER.

RELACION DE PACIENTES CON DISPLASIA CERVICAL E INICIO DE VIDA
SEXUAL ACTIVA (I.V.S.A.) DE NOVIEMBRE DE 1994 A OCTUBRE DE 1995.



Edad promedio de IVSA 18.4 años .

FUENTE:
Archivo Clínico
Medicina Preventiva

TABLA No. 5
I.S.S.S.T.E.
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "D"
POZA RICA, VER.

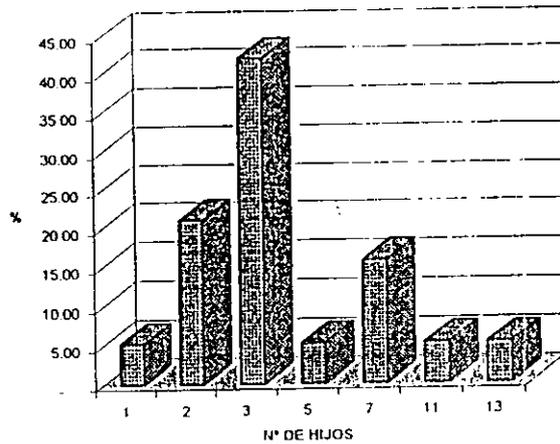
RELACION DE DISPLASIA CERVICAL Y PARIDAD DE PACIENTES CON VIDA SEXUAL
 ACTIVA DE 15 A 60 AÑOS DE NOVIEMBRE DE 1994 A OCTUBRE DE 1995.

<u>No. DE PACIENTES</u>	<u>No. DE HIJOS (PARIDAD)</u>	<u>%</u>
1	1	5.26%
4	2	21.05%
8	3	42.10%
1	5	5.26%
3	7	15.78%
1	11	5.26%
1	13	5.26%
<hr/>		
19 TOTAL	PROMEDIO 4.3	100.00%

FUENTE: ARCHIVO CLINICO
 MEDICINA PREVENTIVA.

GRÁFICA V
ISSSTE
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "D"
POZA RICA VER.

RELACION DE DISPLASIA CERVICAL Y PARIDAD DE PACIENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA DE 15 A 60 AÑOS DE NOVIEMBRE DE 1994 A OCTUBRE DE 1995.



Promedio de paridad

4.3 hijos .

FUENTE:
Archivo Clínico.
Medicina Preventiva

TABLA No. 6
I.S.S.S.T.E.
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "D"
POZA RICA, VER.

PACIENTES CON CA IN SITU Y CA INVASOR RELACIONADOS CON LA EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA NOVIEMBRE DE 1994 A OCTUBRE DE 1995.

No. DE CASOS	EDAD DE I.V.S.A.	%
1	14	25%
2	18	50%
1	23	25%

PROMEDIO DE EDAD I.V.S.A. 18.2 AÑOS

FUENTE: MEDICINA PREVENTIVA
ARCHIVO CLINICO

ANALISIS.

Como se ha mencionado en este trabajo entre los factores de riesgo importante para el carcinoma cervicouterino se encuentra el inicio de la vida sexual activa temprana y la multiparidad. También se encuentran presentes en este estudio realizado en pacientes con cervicitis, cervicovaginitis asociadas a displasia cervical así como también un porcentaje de cérvix aparentemente sano asociado a displasia cervical. Estudio realizado en la Clínica de Medicina Familiar "D" del ISSSTE de Poza Rica, Ver., de noviembre de 1994 a octubre de 1995.

No contamos en nuestra unidad con servicio de citología por lo que las muestras se envían a otro nivel para su estudio, sin embargo se encontró un porcentaje adecuado de pacientes con displasia cervical para su estudio. En el hospital "Dr. Gonzalo Castañeda" del ISSSTE se estudiaron 50 pacientes con citologías cervicovaginales positivas a displasia leve, moderada y severa con búsqueda intencionada de *Chlamydia Trachomatis*, encontrándose en 10 pacientes que representan el 20%, demostrándose que es promotor y modificador de atipia cervical. Alaniz 1995 (1).

En el presente estudio realizado en nuestra unidad las infecciones cervicovaginales se asocian en gran porcentaje a la displasia cervical aunque no tenemos estudios precisos de su etiología.

Debemos considerar lo reportado en estudios como el realizado en la India donde se recomienda que los Papanicolau negativos sospechosos clínicamente, deben estudiarse con colposcopia y biopsia directa debido a que el 5% de los casos demostraron NIC II. En nuestro país en la Clínica de displasia de Zapopan se correlacionaron los resultados de Papanicolau II con diagnóstico colposcópico e histopatológico encontrándose en un 17.4% de los casos riesgo para CaCu. Briseño 1996 (6)

Las neoplasias intraepiteliales cervicales son frecuentes en las mujeres con vida sexual activa, con factores de riesgo, las infecciones vaginales vírales se vieron relacionadas con NIC II y NIC III. Sánchez 1997 (26).

Actualmente se aplica una nueva clasificación de estas lesiones en 1988 en el National Cancer Institute se convocó a un grupo para dedicarse a la clasificación de Papanicolau. El propósito fue definir una terminología uniforme para la lectura de los frotis estándares de lo adecuado del frotis y lineamientos para enlazar los resultados del frotis al tratamiento clínico.

La clasificación resultante de Bethesda tiene la norma de que es difícil distinguir entre las lesiones del VPH y el NIC I por lo que los dos tipos se combinan en una categoría denominada Lesiones Intraepiteliales Escamosas de Baja Grado (LGSIL) de manera similar las lesiones NIC II y NIC III se incluyen en una categoría denominada Lesiones Intraepiteliales Escamosas de Alto Grado (HGSIL) Las lesiones que contienen células de características nucleares anormales pero sin cambios sugerentes de atipia coilocítica o NIC I se clasifican como células escamosas atípicas de significado indeterminado. Mitchel 1996 (17).

En el periodo que se realizó este estudio los resultados de Papanicolau se reportaron Negativo I, Negativo II, displasia leve, moderada, severa. Los resultados de Ca In Situ, displasia moderada y severa a cargo del servicio de ginecología y en tercer nivel por oncología.

Actualmente los reportes de Papanicolau especifican: negativo a cáncer: negativo con proceso inflamatorio, displasia leve (NIC I), displasia moderada (NIC II), displasia grave (NIC III), "In Situ" (NIC III), microinvasor, invasor, adenocarcinoma y maligno no específico. Además de hallazgos adicionales como: imagen de VPH, imagen de virus del herpes, tricomonas, bacterias, hongos y otras alteraciones.

Después de haber revisado trabajos de la literatura médica internacional y nacional consideramos de vital importancia la práctica de Papanicolau a las mujeres de vida sexual activa, con factores de riesgo como el inicio de vida sexual activa temprana, la multiparidad, las infecciones cervicovaginales asociadas a la displasia cervical, así como el cérvix aparentemente sano también asociado a displasia cervical. La técnica de Papanicolau tiene por objeto detectar las lesiones incipientes, en un principio denominadas displasia leve, moderada y severa, también NIC I, II, III de cualquier forma que se reporten los resultados son de gran importancia con fines de prevención, manejo y pronóstico.

CONCLUSIONES

En la clínica de Medicina Familiar "D" del ISSSTE de Veracruz después de haber realizado el presente trabajo podemos concluir que del periodo comprendido de noviembre 1994 a octubre de 1995 se presentaron:

Un 31.6% de los casos de cervicitis y un 21.0 de cervicovaginitis están relacionadas con displasia cervical. Así como también tenemos que un 47.4% de cérvix aparentemente sano se asocia con displasia cervical. Por todo lo anterior debemos indicar toma de Papanicolau a toda mujer con factores de riesgo tales como el inicio de vida sexual activa temprana y la multiparidad principalmente, mismos para la displasia cervical, Ca In Situ, y Ca Invasor.

Así como también debemos insistir en nuestro equipo de salud con promoción del programa de DOC a toda mujer que acuda a nuestra unidad, informándoles de las ventajas que representa la detección de las alteraciones del cérvix, para un manejo adecuado, un buen pronóstico y resultados curativos.

Tomando en cuenta que el cérvix aparentemente sano también se asocia a un gran porcentaje de displasia cervical es conveniente practicar Papanicolau a toda mujer con vida sexual activa y principalmente a quienes presentan factores de riesgo.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS PARA LA MEDICINA FAMILIAR.

Como hemos visto a nivel internacional la literatura médica menciona que los países en vías de desarrollo y más concretamente América Latina y el Caribe presentan las tasas más altas de morbilidad en cuanto a presencia de CaCu esto debido probablemente a que la población de estas zonas tienen menos recursos en atención de salud y están más expuestos a los factores de riesgo. Sin embargo debemos considerar que para la detección de grados incipientes de atipias cervicales en la unión escamo cilíndrica del cérvix uterino por medio de Papanicolau es de gran importancia para el manejo adecuado en caso de presentarse displasia leve, moderada y severa lo que facilitará además en cada paciente tomar medidas curativas y con ello mejorar la calidad de vida de las pacientes. De ahí la importancia de la función del médico familiar para incrementar la promoción de la práctica de Papanicolau en:

Las unidades de Medicina Familiar debido a que se presentan en la consulta externa un gran número de mujeres por diversos padecimientos, aprovechándose esta oportunidad para ofrecer las ventajas que representa la práctica de Papanicolau, canalizándose al servicio de Medicina preventiva para la toma de su muestra de exudado cervicovaginal.

En los casos en que se detecte displasia moderada o severa enviarse oportunamente al servicio de ginecología para su estudio y manejo adecuado en cada caso.

Hacer más intencionada la búsqueda en aquellas mujeres que presentan factores de riesgo tales como el inicio de vida sexual activa temprana y la multiparidad.

Ofrecer a las mujeres derechohabientes de la unidad en las salas de espera pláticas de orientación sobre lo sencillo y valioso de la toma de muestras de exudado cervicovaginal para Papanicolau.

Involucrar a todo el equipo de salud para ofrecer los servicios de Medicina Preventiva haciendo énfasis en la práctica de Papanicolau y los requisitos para la toma de las muestras.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Alaniz Chlamydia Trachomatis y displasia Cervical.
Ginec. Obst. Mex. 63 1993 377:381.
- 2.- Alleri Blanca M. Cialdea L Morosini. The National Working Group for quality assurance in Cytohistophotology: Survey of performance of cervical citoplatology laboratories and of screning programs in Italy: Tumor 1990: 176 344:8
- 3.- Benson Pernoll. Cuello uterino 19 Manual de Ginecología y Obstetricia Manual Moderno 1er. edición 1994 547:548.
- 4.- Brinton La: Oral contraceptives and cervical neoplasia Contraception 43.1991 1.581.
- 5.- Borst M.P. Baker V.V. Dixon D. et al: Oncogene alteration in edometrial Carcinoma Ginecol Oncol 38.1990.364.
- 6.- Briseño H.H. Alvarez A.M. Andrade B.J. Meza P.F. Evaluación Colposcópica clase II Ginecología y Obstetricia 64 Supl. I 19976 78.
- 7.- Cristopher P. Crum. M. D. Aparato Genital femenino patologia estructural y funcional Cotran Kumar, Robbins Interamericana Mc Graw-Hill 5º edición 1995 1153:54.
- 8.- Colleman M.P. Esteve J. Damiacky et al Trends in cáncer incidence an mortality IARC Sci Publ 121.1993.I.
- 9.- Conde Vargas Blanca I. Citología exfoliativa 71 Ginecología y Obstetricia Nuñez Maciel G. Eduardo Méndez Editores S.A. de C.V. 3er edición I. 1993 825:826.

- 10.- De Palo Neoplasia intraepitelial del cuello uterino 12 Colposcopia y patología del tracto genital inferior De Palo Editorial Médica Panamericana Reimpresión actualizada de la 1er edición 1993.235:250.
- 11.- Ecónomos Abnormal cervical cytology in adolescente J. Repod Med. DEC-39 (12) 1994.973:6
- 12.- Ferenczy A Wiright TC: Anatomy and histology of the cervix In Kurman R. J. (edit): Blausteins Pathology of the female genital tract edit. 4 New York Springer-Verlag 1994 pag 185.
- 13.- Govan Enfermedades del cuello uterino 10 Ginecología Ilustrada Govan Hart Callander Interamericana Mc Graw Hill 4ta. Edición I.1995.208:209.
- 14.- Ibarra Morax G. Dra. Huri Martínez Velázquez, Dra. María del Carmen Córdova Mendoza. Efectos de la crioterapia para lesiones producidas por virus del papiloma humano y neoplasia intraepitelial cervical Revista Médica Hospital de la Mujer agosto-octubre 1994. V-4 No. 27 .11.
- 15.- Karchmer K Cervicovaginitis aguda y crónica Guía de Prescripción médica mayo 30 1993. p. 12
- 16.- Koss L.G. The Papanicolau test of cervical cáncer detection A triumph and tragedy Jama 261 1989.737.
- 17.- Mitchell Morris M. Guillermo Tortolero-Luna Neoplasia Intraepitelial Cervical y Cáncer cervico uterino Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales Mc-Graw Hill Interamericana Vol 2 1996.316.
- 18.- Muñoz N. Bosh Fx. Epidemiology of cervical cáncer. IARC Sci. Pub. 1989.94:9.

- 19.- Nasu I. Meurer W: Fu-Ys Endocervical glandular atypia and adenocarcinoma: A correlation of cytology and histology Department of pathology of California Los Angeles School of medicine Int. J. Gynecol-Pathol 1993 (3)-208:18
- 20.- Ondrias F. Pathology of the uterine cervix. Infections lesions of the endocervix No. 93 (II) 1992:547:9
- 21.- Peedicayil. Colposcopia in women with a normal Papanicolaou smear. Nati-Med-J-India. Sep-Oct. 7 (5) 1994:208:209.
- 22.- Parkin D.M. Muir, Whelan SL, et al: Cáncer incidence in five continents. IARC Parkin D.M. Muir 1992:120:45
- 23.- Richart RM Natural History of cervical intraepithelial neoplasia Clin Obstet-Ginecol 1967. 10:748.
- 24.- Richard C. Reichman Infecciones por el virus del papiloma humano 149 Principios de Medicina Interna Harrison Interamericana MC Graw Hill 12o edición V.I. 1991. 931.
- 25.- Rosales E. G. Cervical Intraepithelial neoplasia and virus of human papiloma Ginec. Obst. Mex V. 56 1988. P. 87:70.
- 26.- Sánchez Vega José Trinidad Frecuencia de neoplasia intraepitelial del cervix y factores de riesgo en la ciudad de México Ginecología y Obstetricia V. 65 Enero 1997.
- 27.- Webster Michel, Infecciones y secreción del aparato genital femenino Manual de Obstetricia y Ginecología B. G. Wren R. A. Lobo Interamericana, Mc Graw Hill. 3er. edición 12. 1991. p. 290.

PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR INFORMACION

Anexo I

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "D" DEL ISSSTE DE POZA RICA
VERACRUZ.

Protocolo: Incidencia de cervicitis y cervicovaginitis en pacientes con displasia cervical.

Nombre _____ cédula _____ edad _____

Fecha _____ diagnóstico citológico _____

Domicilio _____

Fecha de captación _____

Estudios de DOC _____

ANTECEDENTES GINECO-OBTETRICOS

Menarca _____ Gestas _____

V.S.A. _____ Para _____

Regular _____ Irregular _____ Leucorrea _____

Flujo sang _____ Sangrado coito _____

OTROS ESTUDIOS.

COMENTARIOS.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR INFORMACION

Anexo II

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "D" DEL ISSSTE DE POZA RICA
VERACRUZ.

Protocolo: Incidencia de cervicitis y cervicovaginitis en pacientes con displasia cervical.

PACIENTES CON DISPLASIA CERVICAL

Incidencia de cervicitis. _____

Incidencia de cervicovaginitis _____

Cérvix aparentemente sano _____

Promedio de edad de IVSA. _____

Promedio de Paridad. _____

PACIENTES CON CA IN SITU Y CA INVASOR.

Promedio de edad de IVSA. _____

Promedio de paridad. _____