



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 53
ZAPOPAN JALISCO.**

**“PREVALENCIA DE VAGINOSIS POR GARDNERELLA Y LOS
HALLAZGOS REPORTADOS POR MEDIO DEL DOC. EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 92 DEL IMSS EN EL AÑO
2004”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. VERÓNICA MERCADO GONZALEZ

ZAPOPAN JALISCO

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



“PREVALENCIA DE VAGINOSIS POR GARDNERELLA Y LOS
HALLAZGOS REPORTADOS POR MEDIO DEL DOC. EN LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR No. 92 DEL IMSS EN EL AÑO 2004.”

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

PRESENTA:

DRA. VERÓNICA MERCADO GONZALEZ.

AUTORIZACIONES:

DRA. PRISCILA MIREYA JIMÉNEZ ARIAS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
UMF No. 53 ZAPOPAN JALISCO

DR. ALBERTO JAVIER GUTIÉRREZ CASTILLO
ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD DE LA UMF No. 53.

DRA. PRISCILA MIREYA JIMÉNEZ ARIAS
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
UMF No. 53 ZAPOPAN JALISCO.

DR. ALBERTO JAVIER GUTIÉRREZ CASTILLO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD DE LA UMF No. 53.

ZAPOPAN JALISCO

2007.

“PREVALENCIA DE VAGINOSIS POR GARDNERELLA Y LOS
HALLAZGOS REPORTADOS POR MEDIO DEL DOC. EN LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR No. 92 DEL IMSS EN EL AÑO 2004.”

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

PRESENTA:

DRA. VERÓNICA MERCADO GONZALEZ.

AUTORIZACIONES:

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. FELIPE DE JESÚS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
SEGÚN CONVENIO IMSS-UNAM.

“PREVALENCIA DE VAGINOSIS POR GARNERELLA Y LOS
HALLAZGOS REPORTADOS POR MEDIO DEL DOC, EN LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR No, 92 DEL IMSS
EN EL AÑO 2004.”

AUTORA:

Dra. VERÓNICA MERCADO GONZALEZ
ALUMNO DEL 3er. AÑO DE
MEDICINA FAMILIAR.
UMF. No. 53
ZAPOPAN JALISCO.

ASESOR: Dr. ALBERTO JAVIER GUTIÉRREZ CASTILLO
PROFESOR TITULAR: Dra. PRISCILA MIREYA JIMÉNEZ ARIAS.

ÍNDICE GENERAL:

1. TITULO.....	1.
2.- ÍNDICE GENERAL.....	6
3.- MARCO TEÓRICO.....	7
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
5.- JUSTIFICACIÓN.....	15
6.- OBJETIVOS.....	16
- GENERAL	
- ESPECIFICOS	
7.- METODOLOGÍA.....	17
- MATERIAL Y METODOS	
- CARACTERÍSTICAS DE ESTUDIO	
- CRITERIOS DE INCLUSIÓN	
- CRITERIOS DE NO-EXCLUSIÓN.	
8.- RESULTADOS.....	21
- RECOLECCION DE DATOS	
- MÉTODO PARA CAPTAR INFORMACIÓN	
- RESULTADOS DE TABLAS Y GRAFICAS.	
9.- DISCUSION.....	36
10.- CONCLUSIONES.....	37
11.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	39
12.- ANEXOS.....	41

MARCO TEORICO

Las infecciones de genitales representan en todo el mundo un alto índice de consulta en la mayoría de las instituciones que prestan los servicios de salud.

Estas infecciones pueden ser causadas por diversas entidades, desde bacterias aerobias y anaerobias, hongos, virus y parásitos. Pueden ser o no transmitidas sexualmente.

Algunos factores que predisponen a la mujer en edad fértil a estas enfermedades son los tratamientos hormonales, ya que cambian el pH, el dispositivo intrauterino y la frecuencia de las duchas vaginales.

La prevalencia de vaginosis bacteriana en mujeres de edad fértil es del 15 al 30% en países en desarrollo, revelando un estudio en México de una prevalencia del 32%.

Ha sido relacionada con riesgo de complicaciones durante la gestación y de parto pretérmino, aumentando el riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria.

La *Gardnerella vaginalis* está presente en forma casi universal en la vagina de la mujer asociada con la flora anaerobia como bacteroides, peptoestreptococos, *Mobiluncus* etc.,¹

Se estima que anualmente ocurren alrededor de 333 millones de casos nuevos de enfermedades de transmisión sexual curables en el ámbito mundial. Alrededor del 85% de estos casos ocurren en países en desarrollo. En México, las ETS constituyen un problema importante, con repercusiones tanto en la salud individual como en la colectiva. Además de sus complicaciones y secuelas, numerosos estudios epidemiológicos y biológicos apoyan el hecho de que las ETS, tanto ulcerativas, como no ulcerativas (vaginosis bacteriana, clamidia etc.). Aumentan la transmisión del VIH.²

A pesar de que es la más frecuente de las infecciones vaginales, representa un reto para el médico, puesto que cuando se acompaña de síntomas. Es común el diagnóstico empírico de moniliasis y con lleva un tratamiento inadecuado. En el 50% de los casos, la vaginosis bacteriana es asintomático, de ahí la importancia de conocer su frecuencia e identificar y tratar este padecimiento en forma adecuada para evitar complicaciones futuras, ya que se asocia con este padecimiento en forma adecuada para evitar complicaciones futuras, ya que se asocia con una gran cantidad de problemas ginecológicos y obstétricos. Entre las primeras sé cuanta la enfermedad inflamatoria pelviana, así como el aumento de las infecciones posteriores a cirugía ginecológica. La vaginosis bacteriana en el embarazo predispone y aumenta el riesgo de aborto, parto pretérmino, endometritis posparto y bajo peso al nacer.

Se han asociado en grado variable diversos factores de riesgo para VB como la raza negra, embarazos previos, actividad sexual y el uso de dispositivos

intrauterinos y más recientemente;: la exposición a un nuevo compañeros sexual y las duchas vaginales.³

Originalmente Gardner y Dukes (1955) los denominaron como Hemophilus vaginales, aunque Zinneman y Turner en 1963 demostraron que no pertenecía a este género, debido a varias características bacteriológicas (no necesitan la protoporfirina con su Ion ferroso ni nicotinamida, ni la adenina, ni otras sustancias que si son necesarias para el crecimiento de los microorganismos tipo hemóphilus), de modo provisional los clasificaron dentro del genus corynobacteria. En 1972 Criswel y Col, demostraron que la pared de esta bacteria carecía del ácido diaminopimelico y no debería incluirse en este último grupo, por esta y otras razones se creó el nuevo genus gardnerella vaginalis (en honor al científico que dedicó más tiempo a su estudio).

Es un bacilo pequeño que reproduce en un plano vertical a su eje más largo. Es un coco bacilo carente de cápsula y de movilidad y se tiñe de modo variable con la tinción de gram., Los cultivos viejos suelen ser Gram. (-) y los jóvenes Gram. (+), algunos microbiólogos lo ven como parte de la flora normal de la vagina y dicen que su patología nace de un desequilibrio en los componentes del flujo vaginal.

Es muy difícil cultivarla y sus requerimientos nutritivos son específicos, por esta razón el resultado de su cultivo en los medios normales es casi siempre negativo. El medio ideal de cultivo es un medio de agar enriquecido con sangre, con una atmósfera 5% de CO₂.

Debido a su facilidad de crecimiento en sangre y el hecho de que degrada la glucosa, pone de manifiesto él porque el flujo vaginal de las portadoras de este coco bacilo tienen un olor más intenso en los días premenstruales y en la menstruación.

En condiciones normales el germen más abundante es él lacto bacilo, el cual al parecer controla el crecimiento de las gardnerellas y mantiene el ph ácido de la vagina, produciendo él ácido láctico. Cuando la gardnerella crece, hay una notable ausencia de los lacto bacilos y aumenta el ph por encima de 5.⁴

La gardnerella vaginalis se considera una bacteria oportunista de baja patogenicidad, ya que se ha aislado sin provocar sintomatología aparente, además se han determinado algunos factores tanto locales como sistémicos que favorecen su desarrollo en este epitelio, tales factores han sido entre otros antibiótico terapia, uso de anticonceptivos, inmunosupresiones, ausencia de relaciones sexuales o bien infecciones primarias debida a otros gérmenes como tricomonas, neisseria,

candida y virus herpes. Otro factor que se ha asociado a infecciones por gardnerella vaginalis es el embarazo aunque estudios en nuestro país han superado poco la frecuencia en no embarazadas.⁵⁻⁶

Sin embargo estos hallazgos sugieren que los cambios hormonales inherentes a esta condición, tienden a incrementar la cantidad de GV como biota colonizante, lo que facilita su participación como patógeno oportunista.

Se ha evidenciado que las pacientes con inicio temprano de relaciones sexuales, la promiscuidad y el no uso del preservativo, como medio de prevención de las enfermedades de transmisión sexual, así como la inestabilidad conyugal. Siendo sus principales manifestaciones la colporea, prurito, fetidez, ardor, e irritación.

La proliferación de estos gérmenes producto de la perturbación del ecosistema microbiano de la vagina con desplazamiento de los lacto bacilos, produce un desequilibrio con producción de poliaminas por las bacterias anaerobias. Así como ácidos orgánicos que son citotóxicos y producen exfoliación de las células vaginales que originan la secreción características de esta entidad y el típico olor a pescado al volatizarse las aminas ante un ph alto, como ocurre con la presencia del semen o al agregársele a las secreciones una solución de hidróxido de potasio al 10%.⁷

La vaginosis bacteriana, se caracteriza por la sustitución de los lacto bacilos por gardnerella asociación que se debe con frecuencia a anaerobios, cerca de 50% de las pacientes pueden permanecer temporalmente sintomáticas, aunque los estudios datan de hace 40 años, su conocimiento sigue siendo confuso, debido a que han existido cambios del principal microorganismo causante, la gardnerella vaginales, ya que los criterios clínicos de la enfermedad no son específicos y porque este padecimiento continúa siendo subdiagnosticado.⁸

La vaginosis bacteriana sé diagnóstica según los criterios de Asmsel (1983), los cuáles se enumeran a continuación:

- flujo gris, homogéneo y abundante
- células guía al microscopio
- ph del flujo vaginal > 4.5
- Olor del flujo vaginal a pescado, el cual se incrementa al añadirle soluciones básicas de hidróxido de potasio al 10%.

Una alternativa es la de usar los criterios de NUGENT O HAY/SON:

- Grado I (normal) predominio de lactobacilus
- Grado 2 (intermedio) flora mixta con presencia de algunos lactobacilus, aunque también con presencia de gardnerella.

- Grado 3 (vaginosis bacteriana) , predominio de gardnerella, mobiluncus y bacteroides, pocos o ningún lactobacillus (Hay et al , 1994).

La puntuación de Nugent se deriva de estimar las proporciones relativas de los tipos bacterianos en una escala entre 0 y 10. una puntuación <4 se considera normal, de 4 a 6 intermedia y > 6 como vaginosis bacteriana.

Mencionan que el aislamiento de gardnerella no se puede usar para diagnosticar vaginosis bacteriana ya que se pueden obtener cultivos positivos de muestras vaginales de más del 50% de mujeres normales <8 nivel de evidencia II Nugent, Krohn y Hillier, 1991), en varios estudios de investigación se ha demostrado que una alta concentración de GV se relaciona con la presencia de vaginosis bacteriana (nivel de evidencia IIa) (Mc Donald, et al 1997).⁹

El exudado vaginal es remitido al laboratorio para el diagnóstico de vaginitis, una inflamación de la vagina y vaginosis, una alteración del equilibrio de la flora vaginal sin inflamación.

La causa de vaginosis no puede determinarse sólo sobre la base de los síntomas clínicos o el exámen físico. Se requiere la evaluación microscópica del exudado vaginal. Los métodos de cultivo son menos útiles para el diagnóstico de algunas entidades vaginales, con menos del 50%, por eso se utilizan los criterios de Amsel para el diagnóstico de vaginosis, cuando se cumplen 3 de sus criterios o se diagnostica con el gram si no aparecen leucocitosis y cualquiera de estos criterios:

- aparecen células clue o claves
- presencia de abundantes bacilos gram variables, pequeños o gram negativos curvados y ausencia o escasos lactobacillus
- cumple los criterios de Nugent y Thomason, más de 7 morfotipos bacterianos distintos.¹⁰

El trabajo de laboratorio clínico se enriquece día a día con métodos automatizados, sin embargo es importante la búsqueda y utilización de métodos económicos y simples que ayuden a diagnosticar y que se incorporen a la rutina de laboratorios con menos recursos. Un ejemplo de ello es el diagnóstico de VB, pues este cuadro requiere hasta de un mes de trabajo para poder obtener el agente en cultivo puro. La tinción de gram representa un método diagnóstico presuntivo de tal agente y más aun el método propuesto y evaluado en él diagnóstico de la vaginosis bacteriana. Observando que la gardnerella en vaginosis se incrementa hasta 1000 veces su concentración normal.¹¹

El tratamiento incluye metronidazol de 400 a 500mg os veces al día por 5 a 7 días o metronidazol 2g una sola dosis. Hay esquemas alternativos, que incluyen metronidazol, gel intravaginal (0.75%), una vez al día por 7 días o clíndamicina 300mg dos veces al día por 7 días.

Desde el punta de vista teórico, el metronidazol tiene ciertas ventajas porque es menos activo contra lactobacillus que la clindamicina.

Por los posibles efectos secundarios del metronidazol se recomienda que durante el embarazo se utilice la clindamicina en forma de crema.

A pesar de que esto es controvertido se recomienda que siempre se trate a la o las parejas sexuales, ya que se ha comprobado que se puede aislar G, vaginalis a partir del semen y que las recaídas son más frecuentes en las mujeres cuyas parejas no han sido tratadas.¹²⁻¹³

Por ultimo la NORMA OFICIAL MEXICANA, indica que para establecer el diagnóstico de infección por gardnerella vaginallis , los criterios son;

- ph mayor 4.5
- prueba de KOH positiva (olor a pescado)
- identificación de células clave

y el tratamiento debe incluir uno de los siguientes esquemas:

- metronidazol 500mg VO c 12hrs por 7 dias
- clindamicina 300mg VO cada 12hrs , o
- metronidazol 2gr VO dosis única
- clíndamicina crema 2% con aplicador de 5grs intravaginal por 7 días.¹⁴

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

En este grupo de pioneros también se encuentra SCHILLE, uqe descubrió la técnica de impregnación del cervical con solución yodada a fin de descubrir las zonas yodo negativas que con frecuencia son asiento de lesiones a veces análogas. Así como también MEYER, el gran patólogo alemán que realizo trabajos con carcinoma temprano de cerviz publicados en 1941. 19

DEFINICIONES.

El médico familiar no debe olvidar que el flujo vaginal es uno de los síntomas más frecuentes en las mujeres, y muchas de ellas se acostumbran a tener incluso

cierta sintomatología hasta que se presenta una exacerbación convirtiéndose en problema ayudándonos a diagnosticar la patología una adecuada historia clínica, y exploración física, ratificando la citología o la detección oportuna de cáncer o DOC.

LEUCORREA.

El término de leucorrea se le da el nombre a cualquier flujo, exudado o secreción blanca, el color puede variar de acuerdo a la etiología y la causa más frecuente es una infección vaginal, encontrándose en otras causas como menarquia, anticonceptivos orales, cuerpos extraños, sustancias químicas irritantes.

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

En condiciones normales todas las partes de las mucosas genitales se mantienen húmedas por las secreciones propias o que se originan en el segmento más alto del cerviz, formados por secreción originada de la bóveda vaginal y la acumulación de las células epiteliales vaginales. En la mujer madura el exudado vaginal en que ocurre manchado de la ropa, mal olor, irritación y si le impide la función se le considera anormal. 15

DETECCIÓN OPORTUNA DE CANCER O DOC.

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

FORMA DE LA DETECCIÓN OPORTUNA DE CANCER.

Es la forma del documento institucional creada para la recolección de datos que permiten diagnosticar oportunamente, el cancer cervico uterino, así como otros hallazgos histopatológicos que permiten instituir un tratamiento curativo y/o preventivo. 16, 17

HALLAZGOS ADICIONALES

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

GARDNERELLA VAGINALES.

Con frecuencia se aísla en el 90% de las secreciones vaginales, actualmente se puede encontrar en el 40-50% de las mujeres normales sin signos ni síntomas de infección vaginal.

El microorganismo se localiza en la superficie de la vagina. Es importante asistir a la supervisión histológica periódica de la mujer, que hace algunas decadas se

considero necesario a partir de los 35 años de edad, y actualmente se recomienda en edades menores de los 20^a o menos si inicio con vida sexual activa. 18.

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La vaginosis bacteriana es una infección común sobre todo en mujeres sexualmente activas y que se quejan predominantemente de olor vaginal y exudado, el cultivo vaginal de gardnerella no demuestra que la paciente tenga vaginosis bacteriana por lo tanto, en nuestro nivel de atención lo más accesible es la toma de DOC, método que se aplicará para determinar la presencia de la gardnerella. Por lo anterior se plantea lo siguiente:

¿ En las mujeres derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No 92, cuál es la prevalencia de vaginosis por gardnerella y que hallazgos se reportan en los DOC realizados?

JUSTIFICACIÓN:

La prevalencia de vaginosis por gardnerella a nivel mundial es entre un 15 a un 30% en mujeres de edad fértil, revelando un estudio realizado en México de un 32%, teniendo relación y complicaciones durante la gestación incrementando el índice de parto prétermino y aumentando el riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria.

Las enfermedades de transmisión sexual han permanecido durante varias décadas dentro de las primeras cinco causas por las cuáles los adultos y adultas buscan servicios de salud en los países en desarrollo.¹

Teniendo como base una población de 28,933 mujeres entre 15 a 64 años de edad en esta unidad en el año 2003 y un porcentaje no concluyente captadas con diagnostico de vaginosis sin especificar etiología a través del DOC., por lo que se revisaron los resultados siendo un total de 5631 muestras de las cuáles 338 fueron reportadas con gardnerella. Este estudio se realizo en la Unidad de Medicina Familiar No 92 para conocer la prevalencia de vaginosis por gardnerella y establecer acciones con el fin de limitar y prevenir la aparición de esta, ya que se trata de una bacteria oportunista y puede estar presente sin algún dato clínico hasta en un 50%. 2

OBJETIVOS:

Establecer la prevalencia de vaginosis por gardnerella y que hallazgos se reportan en el DOC de las mujeres derechohabientes de la U.M.F. No. 92.

ESPECIFICOS:

- 1.- Determinar que grupo de edad presenta más alta prevalencia de vaginosis por gardnerella.
- 2.- Establecer la presencia o no del flujo vaginal en relación con la presencia de gardnerella.
- 3.- Identificar los factores asociados a la vaginosis por gardnerella.

METODOLOGÍA:

A) Clasificación del estudio.

Es una investigación de tipo **observacional, descriptivo, retrospectivo** y **transversal**

B) Grupo de estudio.

Serán todas las mujeres que se realizaron el DOC en el año 2004 en la UMF No. 92 del IMSS en Guadalajara, Jalisco, teniendo como referencia un total de 5631 DOC.

Obteniendo la información de los listados de medicina preventiva y se realiza el vaciado de cada uno de los expedientes clínicos donde esta anexado la hoja del DOC. (338 muestras positivas)

Tamaño de la muestra: son 338 pacientes con reporte de gardnerella en su toma del DOC.

C) Variables:

Las variables que se tomaran serán de tipo cuantitativas siendo las siguientes:

VARIABLE	DEFINICION	NATURALEZA	MEDICION	ANALISIS
Género	De acuerdo al genotipo: Masculino Femenino	Nominal	cuantitativa	Frecuencia porcentajes
Características macroscópicas del cervix	apreciación de las características del cervix que e reportan en el DOC	Nominal	Cualitativa Cuello sano Cuello anormal sin tumoración Cuello anormal con tumoración	Frecuencia porcentajes
Edad	La referida en el expediente clínico	cronológica	En años	promedios
Flujo Vaginal	Exudado presente vaginal	Nominal	Si o no	Frecuencia porcentaje

Presencia de DIU	Portadora del dispositivo uterino	Nominal	Si o no	Frecuencia porcentaje
Embarazo actual	Estado de gestación presente	Nominal	Si o no	Frecuencia porcentaje
vaginosis por gardnerella	una alteración del equilibrio de la flora vaginal sin inflamación.	Nominal	Si o no	Frecuencia porcentaje
DOC	Método diagnostico que reporta la citología vaginal	Nominal	-Negativo a cáncer -Negativo con proceso inflamatorio ++ +++ -Displasia leve (nic i) -Displasia moderada NIC II -Displasia grave NIC III -N SITU -Micro invasor -Invasor -Adenocarcinoma -Maligno no especificado. HALLAZGOS ADICIONALES -Imagen del virus del papiloma -Del virus del herpes -Tricomonas -Bacterias -Hongos -Otros -Ninguno	Frecuencia porcentajes

D) Criterios de Inclusión.

- Se incluyen las pacientes de 15 años y más de edad, adscritas a la UMF No.92 del IMSS.
- Pacientes con DOC reportado con gardnerella en el año del 2004.

E) Criterios de no inclusión.

- Pacientes femeninas con datos incompletos reportados en el formato de DOC del el expediente clínico.
- Pacientes femeninas que no tengan DOC.

F) Criterios de exclusión.

No existen.

G) Lugar en donde se realizará el proyecto.

El proyecto se realizará en la UMF No. 92 del Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Jalisco, ubicada en la Avenida Gobernador Curiel y calle Pintura, Colonia Miravalle de la zona Metropolitana de Guadalajara Jalisco.

PROCEDIMIENTOS:

Se utilizo para captar la información el expediente clínico, tomando los resultados del DOC. (de la hoja vigilancia epidemiológica cáncer cervico-uterino en la solicitud de citología vaginal la forma 003-0019-01 del IMSS. Que fueron un total de 338 participantes..

Una vez hecho el vaciado de las variables se aplico las pruebas de porcentaje, desviación estandar y tendencia central.

ANALISIS DE LOS DATOS

En las variables cuantitativas se obtuvieron promedios y otras medidas de tendencia central , también desviación estandar realizando las gráficas en el programa SPSS.

ASPECTOS ETICOS

Esta de acuerdo con las normas éticas, el reglamento de la Ley General Salud en materia de investigación para la salud y con la declaración de Helsinki de 1975 enmendada en 1989 y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas practicas de la investigación clínica.

Además se deberá tener una declaración escrita de que se respetarán cabalmente los principios contenidos en el código de Nuremberg, la declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el informe Belmont, el código de Reglamentos Federales de Estados Unidos.

RESULTADOS:

Se revisaron los resultados de los DOC realizados en la UMF 92 en el año 2004 con un total de 5631 reportes de los cuáles positivos para gardnerella fueron 338 , equivalente al 6%.

De los 338 DOC con reporte para gardnerella el grupo de edad que predomino fue entre los 35 a 44ª (años) con un 30.8% con 104 casos (ver cuadro I y gráfica 1), de los cuáles el 50% se hacía la detección por primera vez y el 50% de manera subsecuente. (ver cuadro II y gráfica 2), de estas pacientes 53 paciente tenían las características del cuello anormal sin tumor, 50 con cuello normal y solo una con reporte de cuello anormal con tumor. (ver cuadro III y gráfica 3.).

Las pacientes que utilizaban DIU al momento de su toma fueron 35 pacientes equivalente al 10.4% del total, predominando la edad de 25 a 34ª con 22 pacientes. (ver cuadro IV y V y grafica 4)..

La presencia de flujo al momento de la toma fue de 113 pacientes que equivalen a un 33.4%, predominando el grupo de edad de 25 a 34 a con 37 pacientes que representan un 32.7%, siguiendo el grupo de mujeres entre 35 a 44ª con 32 pacientes que equivalen al 28.3% sumando estos dos grupos el 61% del total.(ver tabla VI y gráfica 5 Y 6).

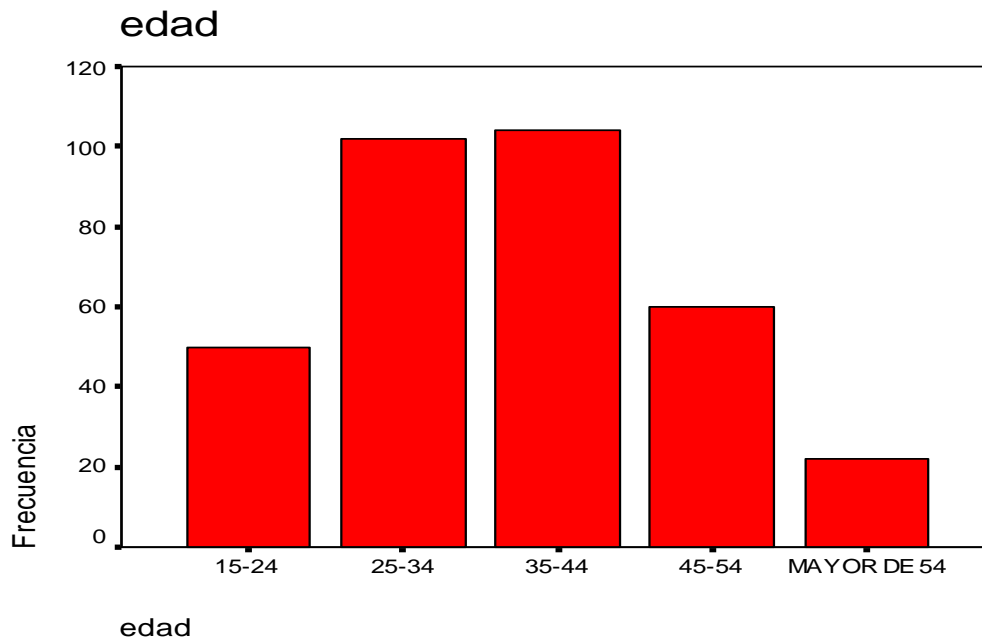
El diagnóstico citológico del DOC fue negativo con proceso inflamatorio EL 98.2%, con 332 reportes, NIC 1 con 1.5% 5 casos y NIC 3 con el .3% con 1 reporte. (ver tabla VII y gráfica 7).

Los hallazgos adicionales reportados en el DOC se observa que el 46.7% se reporta sin ningun hallazgo equivalente a 157 pacientes del total, siguiendo las bacterias con un 33.4% que equivalen a 113 casos, eritrocitos con el 8% con 27 casos, candida con el 4.7% que son 16 casos, virus del papiloma humano con el 1.8% 6 casos y por último tricomonas con el 5.6% equivalente a 19 casos. (ver tabla VII y grafica 8).

En relación a presencia de embarazo unicamente se reportaron 2 pacientes que equivalen al .6% del total. (ver tabla IX Y grafica 10).

CUADRO I.- GRUPO DE EDAD DE LAS 338 PACIENTES CON REPORTE DE GARDNERELLA REPORTADO EN EL DOC EN LA UMF No. 92 DEL IMSS EN EL AÑO 2004.

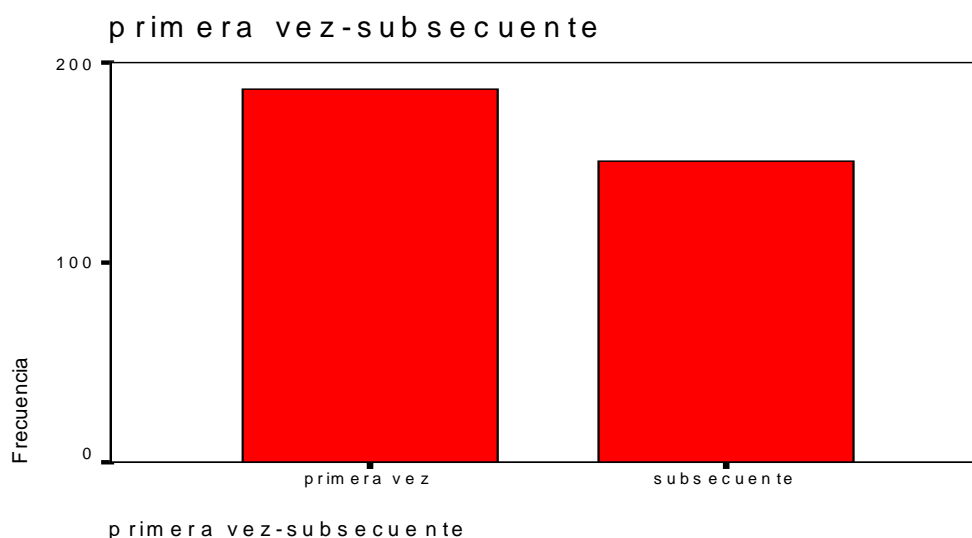
Edad		Frecuencia	Porcentaje
	15-24	50	14.8
	25-34	102	30.2
	35-44	104	30.8
	45-54	60	17.8
	> 54	22	6.5
	Total	338	100.0



CUADRO II.- RELACION QUE EXISTE EN LA DETECCIÓN DEL DOC DE LAS 338 PACIENTES REPORTADAS CON GARDNERELLA EN LA UMF 92 DEL IMSS, SI ES PRIMERA VEZ O SUBSECUENTE Y EL GRUPO DE EDAD.

edad		Primera vez-subsecuente		Total
		primera vez	subsecuente	
15-24		38	12	50
25-34		59	43	102
35-44		52	52	104
45-54		30	30	60
MAYOR DE 54		8	14	22
Total		187	151	338

GRAFICA 2.. RELACION DEL TIEMPO DE DETECCIÓN EN LAS 338 PACIENTES DE LA UMF 92 CON REPORTE DE GARDNERELLA.

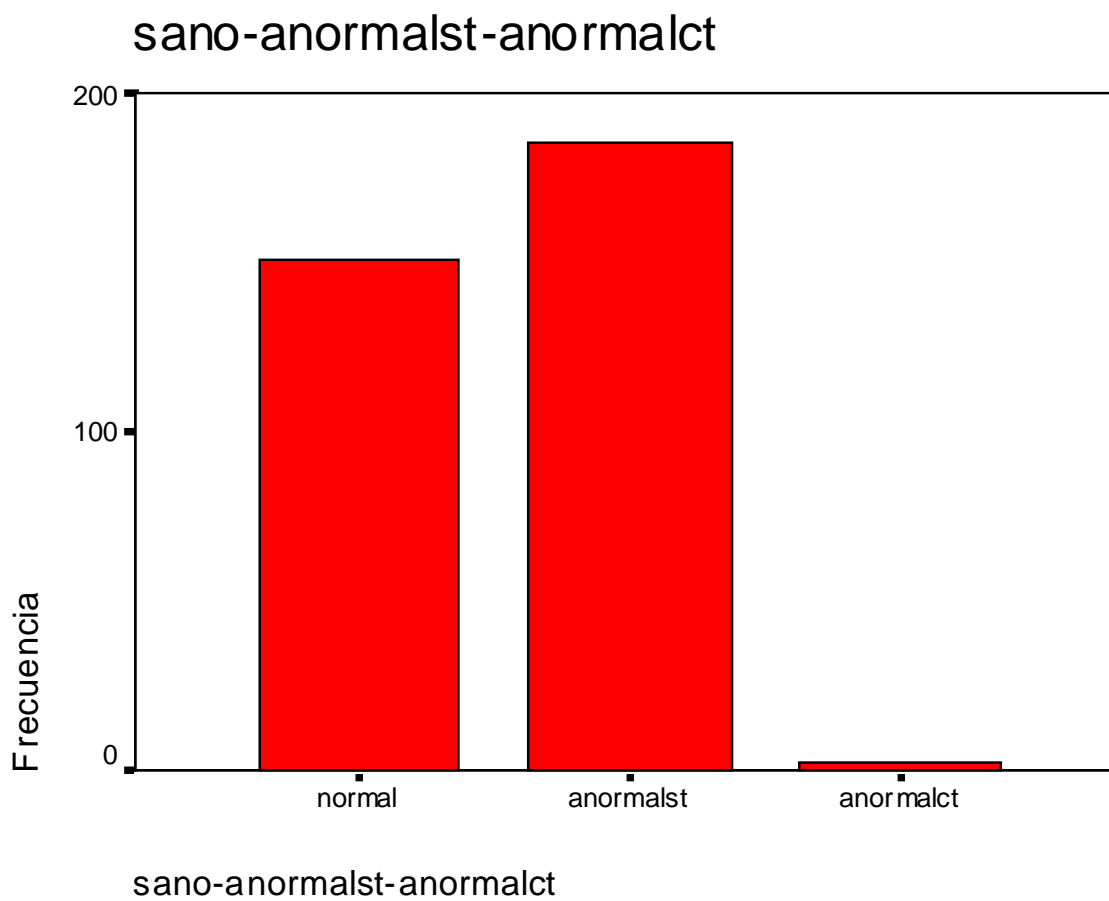


CUADRO III.- HALLAZGOS DEL REPORTE DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL CUELLO UTERINO AL MOMENTO DE LA TOMA DEL DOC, DE LAS 338 PACIENTES CON REPORTE DE GARDNERELLA DE LA UMF 92 DEL IMSS.

Características del cuello	Frecuencia	Porcentaje
Normal	151	44.7
Anormal sin tumoración	185	54.7
Anormal con tumoración	2	.6
Total	338	100.0

En este cuadro se observa que el 54.7% presentaban un cuello anormal sin tumoración al momento de la toma, cu cuello normal en el 44.7% y un cuello anormal con tumor en el .6%.

GRAFICA 3. REPRESENTACIÓN EN BARRAS DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL CUELLO UTERINO AL MOMENTO DE LA TOMA DEL DOC.



anormalst = anormal sin tumoración

anormalct = anormal con tumoración

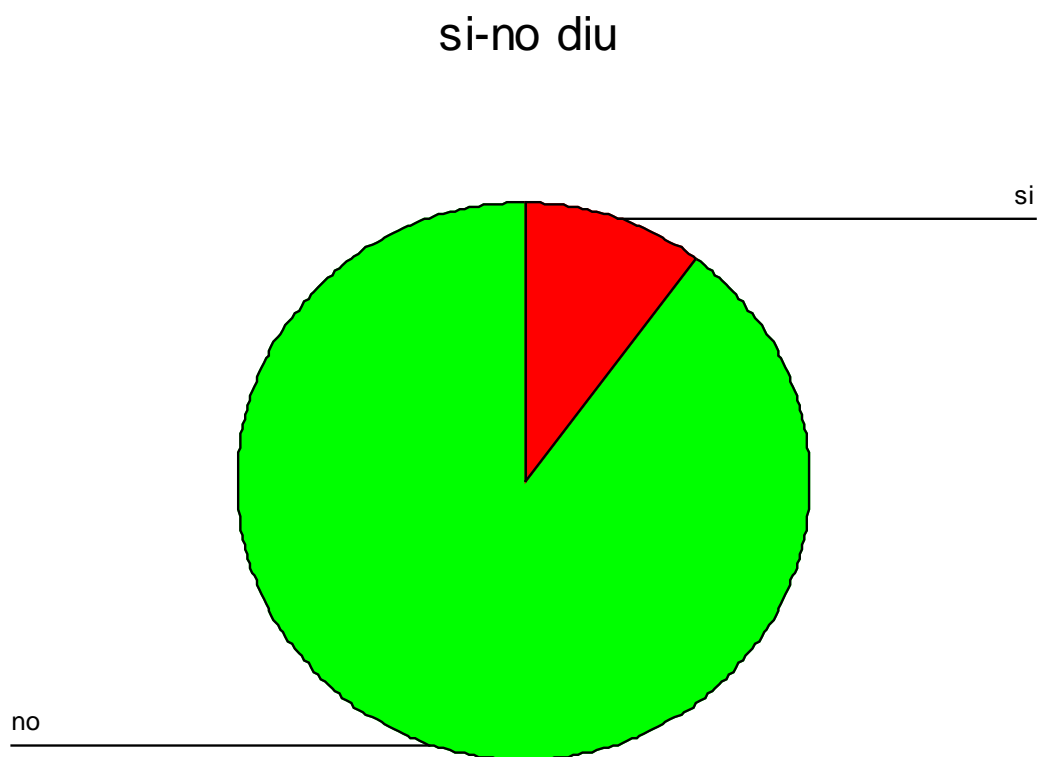
CUADRO IV,. PACIENTES QUE UTILIZABAN DIU COMO METODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR AL MOMENTO DE LA TOMA DE LAS 338 PACIENTES CON REPORTE DE GARDNERELLA DE LA UMF 92 DEL IMSS.

Presencia de DIU	Frecuencia	Porcentaje
si	35	10.4
no	303	89.6
Total	338	100.0

CUADRO V.- RELACION DE GRUPO DE EDAD Y NUMERO DE PACIENTES CON DIU AL MOMENTO DE LA TOMA DEL DOC.

Edad	si-no		Total
	si	no	
15-24	9	41	50
25-34	22	80	102
35-44	3	101	104
45-54	1	59	60
> 54	0	22	22
Total	35	303	338

GRAFICO 4. REPRESENTA AL GRUPO DE USUARIAS PORTADORAS DE DIU AL MOMENTO DE LA TOMA DEL DOC.



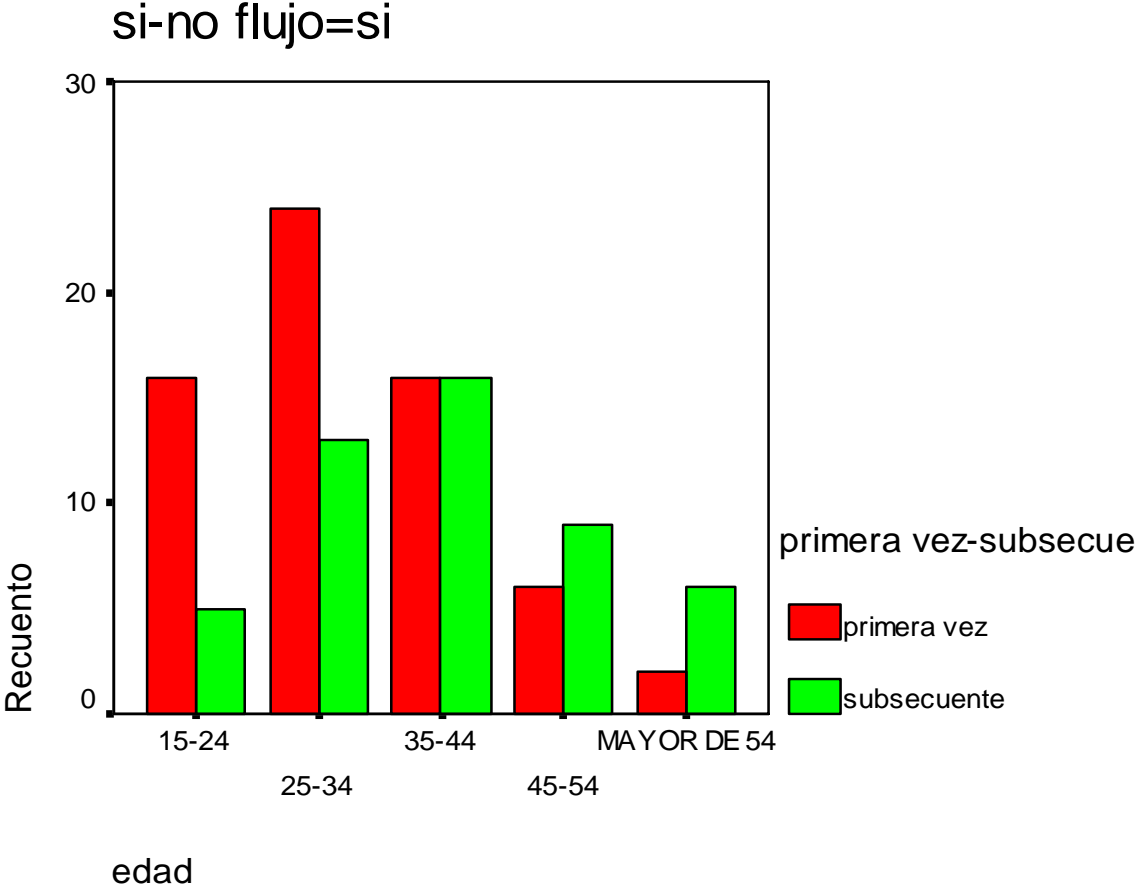
SE OBSERVA QUE UN 10.4% UTILIZABA EL DIU COMO METODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR AL MOMENTO DE LA TOMA DEL DOC.

CUADRO VI.- PRESENCIA O NO DE FLUJO AL MOMENTO DE LA TOMA DEL DOC EN RELACION A LA EDAD Y LA RELACION CON SU PRIMERA DETECCIÓN O SUBSECUENCIA EN LA TOMA DEL DOC, DE LAS 338 PACIENTES CON REPORTE DE GARDNERELLA EN LA UMF 92.

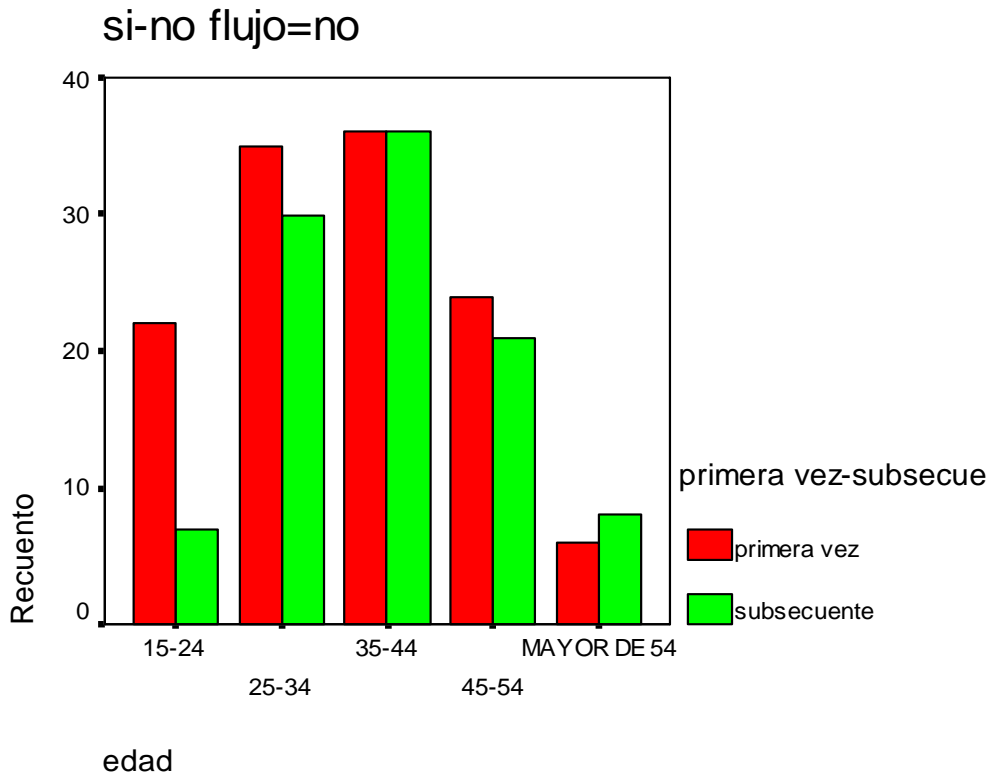
			Primera vez	Subsecuente	Total
Si FLUJO	Edad	15-24	16	5	21
		25-34	24	13	37
		35-44	16	16	32
		45-54	6	9	15
		> 54	2	6	8
		Total	64	49	113
No FLUJO	Edad	15-24	22	7	29
		25-34	35	30	65
		35-44	36	36	72
		45-54	24	21	45
		> 54	6	8	14
		Total	123	102	225

En esta tabla se observa que el grupo de mujeres con presencia de flujo fue el comprendido en las edades de 25 a 44^a con un total de 69 casos de 113 reportados que equivalen a un 61%

GRAFICA 5.- RELACION DE EDAD CON PRESENCIA DE FLUJO AL MOMENTO DE LA TOMA DEL DOC. PREDOMINANDO MUJERES DE 25 A 44ª QUE SE HACIAN POR PRIMERA VEZ SU DETECCIÓN



GRAFICA 6.- PACIENTES QUE NO PRESENTABAN FLUJO AL MOMENTO DE LA TOMA Y LA RELACION CON LA EDAD ADEMÁS DE VER SI ERA LA PRIMERA VEZ O SUBSECUENTE SU TOMA DE DOC.

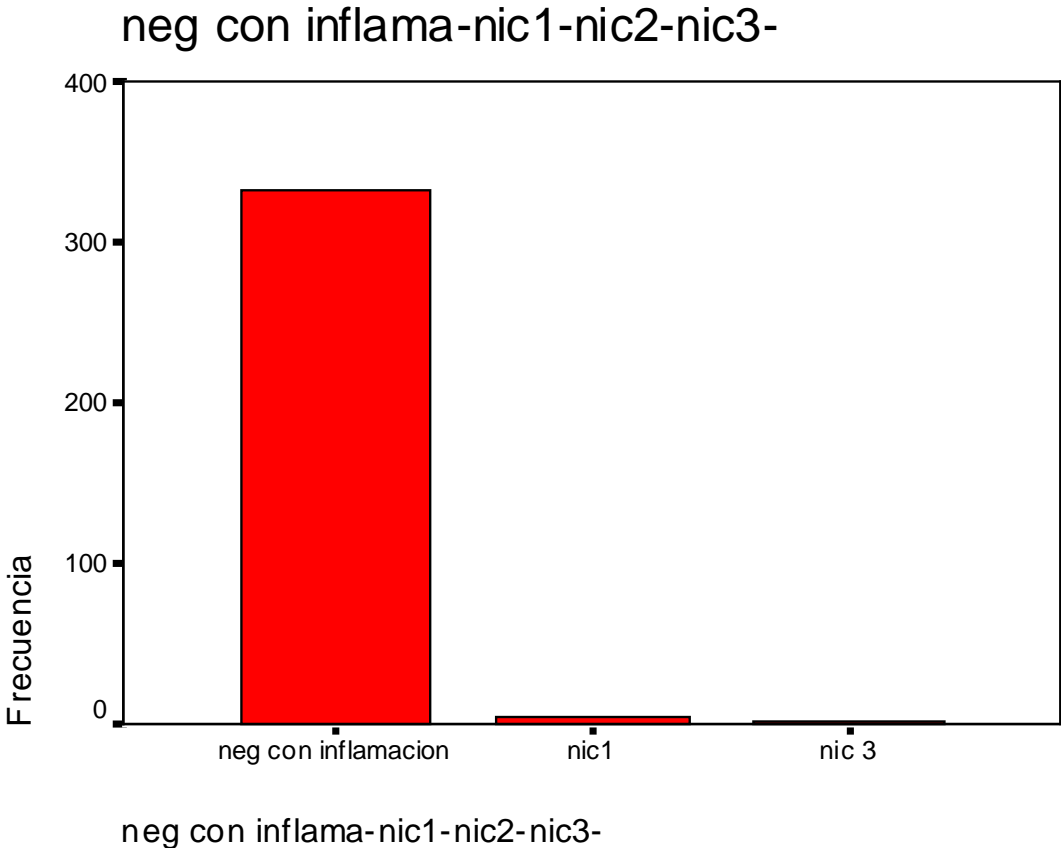


CUADRO VII.- REPORTE DEL DIAGNOSTICO CITOLOGICO DE LAS 338 PACIENTES CON REPORTE DE GARDNERELLA EN LA UMF 92 DEL IMSS .

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	NEGATIVO CON INFLAMACION	332	98.2
	NIC 1	5	1.5
	NIC 3	1	.3
	Total	338	100.0

En esta tabla se observa que el 98.2% se encontraron negativo a cáncer con inflamación +, ++, +++ .

GRAFICA 7.- REPRESENTA EN BARRAS EL RESULTADO CITOLOGICO DE LOS DOC DEL TOTAL DE MUESTRAS.



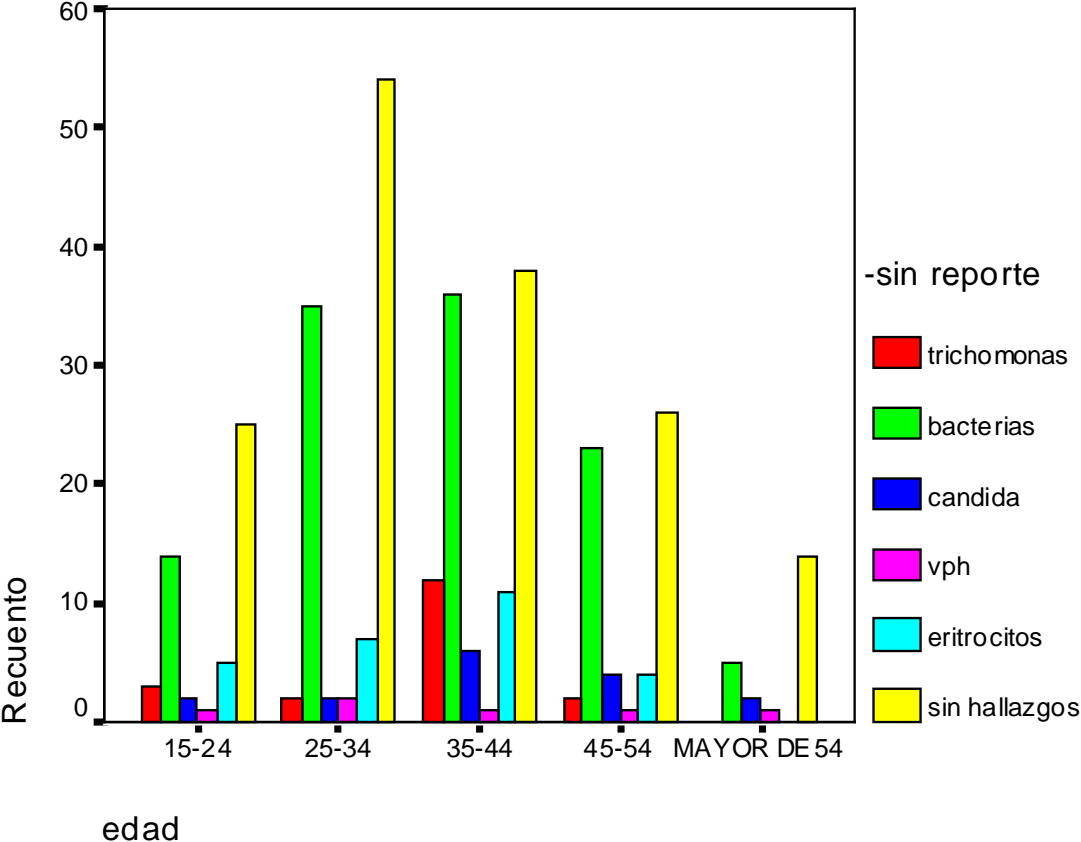
SE OBSERVA EN ESTA GRÁFICA SIGNIFICATIVAMENTE EL REPORTE DE NEGATIVO A MALIGNIDAD CON PROCESO INFLAMATORIO.

CUADRO VIII.- HALLAZGOS ADICIONALES REPORTADOS EN EL DOC DE LAS 338 PACIENTES CON REPORTE DE GARDNERELLA DE LA UMF No 92.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	trichomonas	19	5.6
	bacterias	113	33.4
	candida	16	4.7
	VPH	6	1.8
	eritrocitos	27	8.0
	sin hallazgos	157	46.4
	Total	338	100.0

Las bacterias estuvieron presentes en el 33.4% del total del reporte, eritrocitos con el 8%, tricomonas con 5.6%, candida con el 4.7% y virus del papiloma humano con el 1.8%.

GRAFICA 8.- SE REPRESENTA EL GRUPO DE EDAD Y LA RELACION CON LOS HALLAZGOS CITOLOGICOS EN EL REPORTE DEL DOC.



GRAFICA 9.- RELACION DE GRUPO DE EDAD CON EL REPORTE OBSERVADO DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL CUELLO AL MOMENTO DE LA TOMA DEL DOC

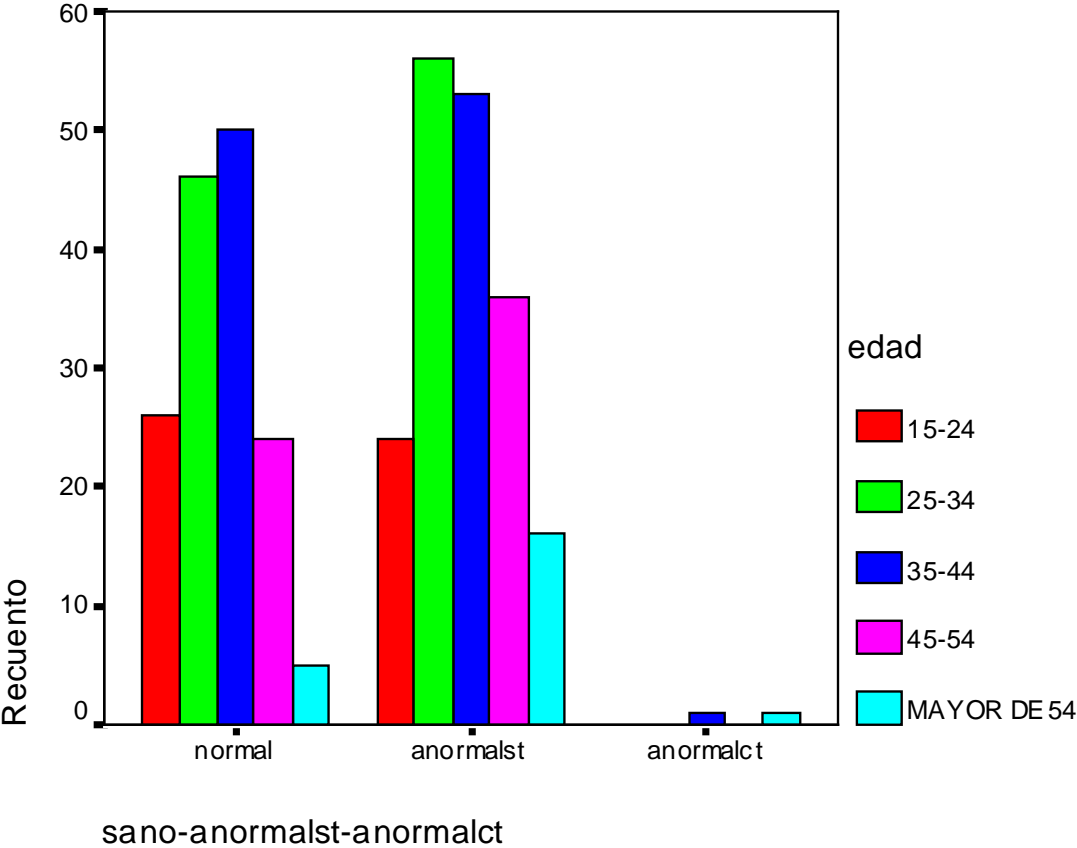
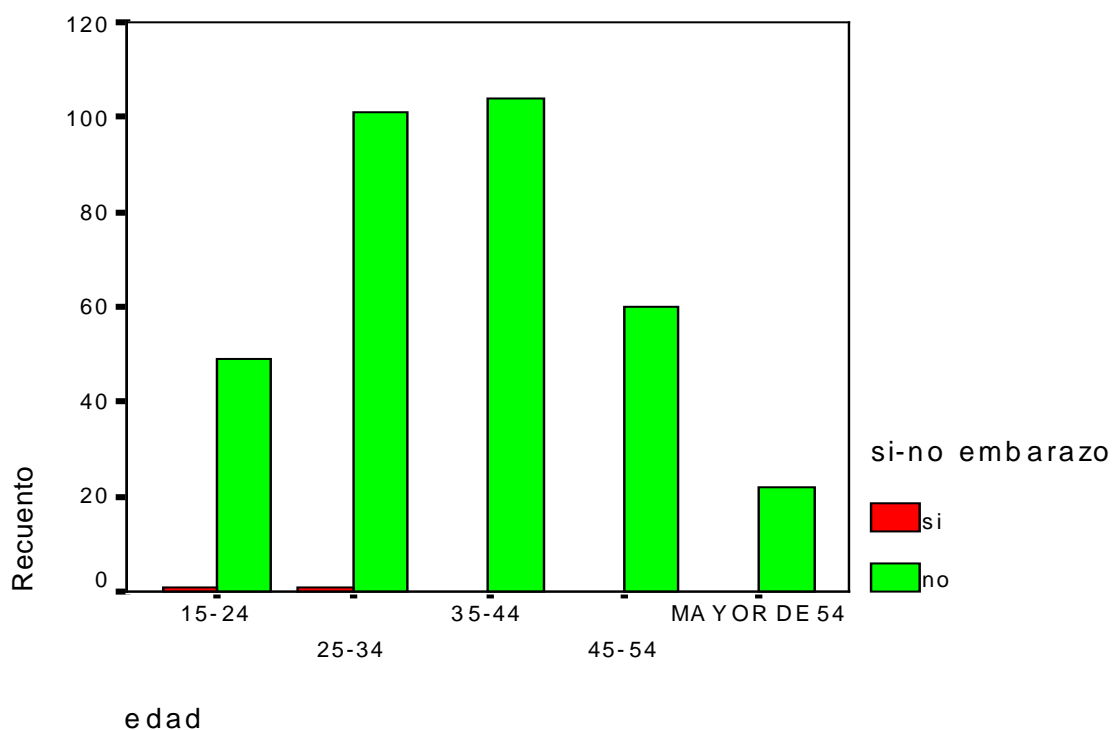


TABLA IX.- PRESENCIA DE EMBARAZO O NO AL REALIZAR LA TOMA DEL DOC

		si-no embarazo		Total
		si	no	
Edad	15-24	1	49	50
	25-34	1	101	102
	35-44		104	104
	45-54		60	60
	MAYOR DE 54		22	22
Total		2	336	338

Unicamente 2 pacientes estaban embarazadas al momento de la toma del DOC de las 338 pacientes. Representando un .6%

GRAFICA 10.- REPRESENTA POR GRUPO DE EDAD LA PRESENCIA O NO DE EMBARAZO.



DISCUSIÓN.-

De los cuadros infecciosos en cuello uterino, cervix y vulva que cursan con flujo vaginal encontramos la vaginosis bacteriana la cual es una enfermedad causada por un microorganismo llamado Gardnerella vaginalis y que esta presente en forma casi universal en la vagina de la mujer asociada a la flora anaerobia.

La prevalencia se encuentra en pacientes en edad fértil hasta los 44^a como lo demuestro en está investigación y que coincide con la de Flores Escamilla et al (1), y Mendoza González et al. (6) en sus respectivos estudios de vaginosis por gardnerella. No todas las mujeres reconocen la presencia de flujo como lo demuestra un estudio que realizo Canto de Cetina et al (4) . También se observó que no hay relación con el uso del DIU y la presencia de gardnerella como lo señala Shourvnikova et al. (20).

La presencia de otros patógenos asociados se presenta en igual orden que los encontrados por Flores-Paz et al (8) reportando tricomonas en primer lugar y luego candida albicans.

Los microorganismos encontrados son variables por lo que recomiendo se realice el DOC ademas de cultivo vaginal para diferenciar ampliamente los diferentes microorganismos que se encuentran presentes en vagina y nos producen enfermedad, ya que son una prueba certera y confiable ademas de accesible a nuestro nivel de atención.

La inflamación vaginal y la presencia de flujo vaginal sustentan el diagnóstico en mujeres en edad reproductiva que asisten a clínicas de médicos de primer contacto en el IMSS , esta entidad representa una de las primeras doce causas de demanda de atención en las UMF.

Por lo que el DOC es ideal realizarlo de 6 a 8 semanas posterior a darles un tratamiento de las cervicovaginitis para evitar un diagnóstico con alteraciones inflamatorias por lo que insisto en que debemos hace

una buena historia clínica y una adecuada exploración para dar el tratamiento oportuno e ideal.

CONCLUSIONES:

La vaginosis bacteriana representa la infección más común entre las mujeres en edad reproductiva y es similar a la reportada en otros estudios. Lo que significa que puede tener repercusiones perinatales y ginecológicas y su diagnóstico fácilmente lo podemos hacer en un primer nivel de atención.

Las mujeres en etapa reproductiva y vida sexual activa son las que acuden con más frecuencia a realizarse el DOC .

Que se encuentran entre los 25 a 44^a de edad y están dentro de la edad recomendada por la guía técnica del IMSS.

Que la etiología más frecuente es la vaginosis bacteriana y micosis vaginal.

Que aunque el DOC es un método sencillo y accesible para nuestros pacientes se reporta bajo porcentaje de prevalencia por gardnerella ya que a la gran mayoría no se le realiza el cultivo.

Que nuestras pacientes embarazadas no acuden a realizarse el DOC generalmente por miedo a complicaciones.

Que no hay relación con el uso de DIU y la presencia de gardnerella.

RECOMENDACIONES:

El medico familiar debe enfocar sus esfuerzos en la prevención.

La educación sexual responsable y oportuna debe iniciarse y reforzarse desde las instituciones básicas de educación por personal calificado.

Que se debe realizar interrogatorio dirigido a la presencia de síntomas o signos vaginales cuando se sospeche de presencia de flujo.

Recomendar y orientar a la mujeres embarazadas que no corren riesgos a realizarse la toma del DOC y que nuestras enfermeras se las tomen sin ningún pretexto.

Proporcionar información sobre la higiene de pareja durante su vida sexual, y la práctica de sexo seguro.

Informar los riesgos que presentan al tener promiscuidad sexual.

Formar un buen equipo de salud entre el médico familiar, enfermería y trabajo social para la adecuada información clara, oportuna y veraz sobre la prevención y orientación de la sexualidad principalmente de adolescentes y jóvenes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1.-Flores ER, Martínez V T, Llaca D J, Prevalencia de vaginosis bacteriana en una clínica universitaria, revista de salud pública y nutrición, Vol4 No 1 enero marzo 2003.
- 2.- SINDO, IMSS, UMF 92.
- 3.-<http://www.salud.gob.mx/conasida/otraspub/letraese/ls1998/lsjunio98.htm>.
- 4.- Canto de CT. Polanco RL. Fernández GV et al. Prevalencia de vaginosis bacteriana en un grupo de mujeres de una clínica de planificación familiar. Gac. Med Mex, ene/feb , 2002,vol.138.n01issn 0016-3813.
- 5.-Ginecología y Obstetricia Nestor G Núñez Acevedo Gyn&obst MD, Málaga España.
http://www.medynet.com/usuarios/nnuneza/ginecologia/gard_nerellas.html.
- 6.- Mendoza G A Sánchez V J, Sánchez PI et al. Frecuencia de vaginosis producida por gardnerella vaginalis y su asociación con otros patógenos causantes de infección genital en la mujer. Ginecol Obstet Mex, jul 2001, vol 69, No. 7, SIN 0300-9041.
- 7.-www.inper.edu.mx/gineco/pac/go1/4/fluidovh.html-88k
Enfermedades de transmisión sexual que cursan con incremento del fluido vaginal.
- 8.-http://www.bus.sid.cu/revistas/gin/vol_25_3_99/gin07399.htm.
Vaginosis bacteriana en edades tempranas.
- 9.-Flores-Paz R, Rivera S R.Garcia-Jimenez E, et al, Etiología de la infección cervicovaginal en pacientes del hospital Juárez de México. Salud Pública Mex, 2003, vol. 45 supp/5, ps 694 s 697. sin 0036-3634-
- 10.-<http://www.docencia-css.pa/documento/guias/compendioguiasatencion.pdf>.(vaginosis bacteriana libro 3 ginecología. pág. 70 y 71).
- 11<http://www.microbiologiaclinica.com/vaginal.htm>.
apuntes para el manejo del exudado vaginal.
- 12<http://docencia-css.Org.pa/documentos/guias/compendioguiasatencion.pdf>.(vaginosis bacteriana, pág. 70, 71)
- 13.- <http://www.drscope.com/pac/gineobs/g4/g4-pag20.htm>.

PAC GO

14.-<http://www.salud.gob.mx/unidades>

15.-Zarama MFA, et al, factores de riesgo para cáncer de cerviz.
Ginecología y Obstetricia de México 2003; 71: 112-117)

16. Alan H. DeCherney. M pernoll L.
Diagnóstico y tratamiento ginecoobstetricos
Octava edición eningles, séptima en español 2000
Capitulo 34 Pág. 869 – 80.

17.- Instituto Mexicano del Seguro Social
Seguridad y solidaridad social
Programas integrados de salud
Guía técnica. Mujeres de 20 a 59años
Editado abril del 2002
pp. 45- 49.

18. - Stephen L. Curry MD y David L : Barclay, MD
enfermedades benignas de la vulva y la vagina
diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos
El manual moderno DF. Séptima edición 200.
Capítulos 34 pagina 870-877.

19.- IMSS
Dirección general de prestaciones medicas
Manual de procedimientos para prevención – detección
Diagnostico y tratamiento de cáncer cérvico uterino
Pág 19-20 edición 1998-2000.

20.- Shoubnikova M, D Hellberg, S Nilsson and PA Mardh 1997. contraceptive use
in women with bacterial vaginosis. Contraception Vol .55 No. 6:355-8

ANEXOS

- 1- No se requiere carta de consentimiento informado para el paciente.**
- 2- Hoja de D.O.C. utilizada en la U.M.F.**



VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL CANCER CERVICO UTERINO

SOLICITUD DE CITOLOGIA CERVICAL

FOLIO

I. Identificación de la unidad

Unidad Médica _____ Delegación _____ Jurisdicción _____

II. Identificación de la solicitante

Núm. afiliación _____ Consultorio M V No DH Fecha _____ día _____ mes _____ año

Nombre _____ Edad _____ años

Lugar de residencia _____ Calle y número _____ Colonia o localidad _____

Municipio o delegación política _____ Entidad Federativa _____ C.P. _____ Teléfono _____

En caso de necesidad puede también localizarse a través de

Nombre _____ Domicilio _____ Calle y número _____ Colonia o localidad _____

Municipio o delegación política _____ Entidad Federativa _____ C.P. _____ Teléfono _____

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

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

VIII. Utensilio con el que se tomó la muestra (1) Espátula de Ayre (2) Citobrush (3) Pipeta (4) Abatelenguas (5) Otro

IX. Tomó la muestra citológica: _____ X. Matrícula: _____

RESULTADO DE LA CITOLOGIA CERVICAL

XI. Laboratorio: _____ XII. Número citológico _____

XIII. Fecha de recepción _____ día _____ mes _____ año XIV. Fecha de interpretación _____ día _____ mes _____ año

XV. Características de la muestra
(1) Presencia de células endocervicales (2) Metaplasia epidermoide (3) Inadecuada para diagnóstico

XVI. Diagnóstico citológico
(1) Negativo a cáncer
(2) Negativo con proceso inflamatorio
(3) Displasia leve (Nic I)
(4) Displasia moderada (Nic II)
(5) Displasia grave (Nic III)
(6) "in situ" (Nic III)
(7) Microinvasor
(8) Invasor
(9) Adenocarcinoma
(10) Maligno no especificado
XVII. Hallazgos adicionales
(1) Imagen del virus del papitoma
(2) Imagen del virus del herpes
(3) Tricomonas
(4) Bacterias
(5) Hongos
(6) Otros _____
(7) Ninguno

XVIII. (1) Repetir estudio por:
(2) Células cervicales ausentes (3) Muestra mal fijada (4) Muestra mal teñida
(5) Exudo inflamatorio abundante (6) Sangrado (7) Laminilla rota o extraviada
(8) Muestra contaminada con: _____ (9) Otra: _____

XIX. Nombre del Citotecnólogo: _____ XX. Matrícula _____

XXI. La muestra fue revisada por el patólogo (1) Si (2) No XXII. Firma del patólogo _____

XXI. Nombre del Patólogo: _____ XXIV. Matrícula _____

431-20-C-1



VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL CANCER CERVICO UTERINO

SOLICITUD DE CITOLOGIA CERVICAL

FOLIO

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

II. Identificación de la solicitante
Núm. afiliación _____ Consultorio [M] [V] No DH []
Nombre _____ Fecha _____
Lugar de residencia _____ Teléfono _____

III. Detección de cáncer del cérvix
Ultima citología:
(1) Primera vez en la vida
(2) Un año o menos
(3) 2 años
(4) 3 ó más años

IV. Condiciones gineco-obstétricas a la detección
(1) Puerperio postparto o postaborto
(2) DIU in situ
(3) Tratamiento hormonal
(4) Otro tratamiento ginecológico
(5) Embarazo actual
(6) Post menopausia
(7) Histerectomía
(8) Fecha de la última regla

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

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

RESULTADO DE LA CITOLOGIA CERVICAL

XI. Laboratorio: _____ XII. Número citológico _____
XIII. Fecha de recepción _____ XIV. Fecha de interpretación _____

XV. Características de la muestra
(1) Presencia de células endocervicales (2) Metaplasia epidermoide (3) Inadecuada para diagnóstico
XVI. Diagnóstico citológico
(1) Negativo a cáncer
(2) Negativo con proceso inflamatorio
(3) Displasia leve (Nic I)
(4) Displasia moderada (Nic II)
(5) Displasia grave (Nic III)
(6) "in situ" (Nic III)
(7) Microinvasor
(8) Invasor
(9) Adenocarcinoma
(10) Maligno no especificado
XVII. Hallazgos adicionales
(1) Imagen del virus del papitoma
(2) Imagen del virus del herpes
(3) Tricomonas
(4) Bacterias
(5) Hongos
(6) Otros
(7) Ninguno

XVIII. (1) Repetir estudio por:
(2) Células cervicales ausentes (3) Muestra mal fijada (4) Muestra mal teñida
(5) Exudo inflamatorio abundante (6) Sangrado (7) Laminilla rota o extraviada
(8) Muestra contaminada con: _____ (9) Otra: _____

XIX. Nombre del Citotecnólogo: _____ XX. Matrícula _____
XXI. La muestra fue revisada por el patólogo (1) Si (2) No XXII. Firma del patólogo _____
XXI. Nombre del Patólogo: _____ XXIV. Matrícula _____