

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO



CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA ENTRE EXPLORACIÓN  
GINECOLÓGICA CON ESPECULOSCOPIA Y  
RESULTADO DE EXUDADO VAGINAL

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA  
**DR. ARTURO RUIZ RODRÍGUEZ**

DIRECTOR DE TESIS: DRA LIDIA BAUTISTA SAMPERIO

MEXICO, DISTRITO FEDERAL 2012



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.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**



**CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA ENTRE EXPLORACIÓN  
GINECOLÓGICA CON ESPECULOSCOPIA Y  
RESULTADO DE EXUDADO VAGINAL**

**TESIS**

**PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA  
DR. ARTURO RUIZ RODRIGUEZ**

**DIRECTOR DE TESIS:  
DRA. LIDIA BAUTISTA SAMPERIO**

**MÉXICO DISTRITO FEDERAL**

**2012**

## **AUTORIZACIONES**

TESIS RESPALDADA POR EL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN CON NÚMERO  
DE REGISTRO R-3515-2010-18 EMITIDO POR EL COMITÉ LOCAL DE  
INVESTIGACIÓN DE LA UMF No. 94 DEL

---

Dr. Víctor Manuel Aguilar  
Coordinador Delegacional de Investigación en Salud

---

Dr. Humberto Pedraza Méndez  
Coordinador Delegacional de Educación en Salud

---

Dr. Alejandro Hernández Flores  
Director de la UMF No. 94

---

Dra. Patricia Ocampo Barrio  
Coordinador de Educación e Investigación en Salud  
De la UMF No. 94

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a mis maestras por su experiencia, vasto conocimiento, dedicación, vocación y amor por el conocimiento:

*Dra. Lidia Bautista Samperio*

*Dra. Patricia Ocampo Barrio*

## **DEDICATORIAS**

A Dios que todos los días me regala un nuevo amanecer y me dio una maravillosa familia imperfecta y abierta al cambio.

A mi familia, cuyo amor se manifiesta de tantas maneras, pero especialmente en su inagotable paciencia y comprensión.

A mis amigos de toda la vida por las horas de compañía que les negué...

A mis colegas y amigos que tuve el privilegio de conocer durante la especialidad porque solo nosotros sabemos lo que nos ha costado llegar hasta aquí...

A ti Claudia por confiar en mí, en nosotros, en la sabiduría de la vida y en el amor verdadero bajo un principio de realidad...

## RESUMEN

### Concordancia diagnóstica entre exploración ginecológica con especuloscopia y resultado de exudado vaginal.

Bautista-Samperio L.<sup>1</sup>, Ruiz-Rodríguez A.<sup>2</sup>

**INTRODUCCIÓN:** La patología cervicovaginal, es un problema de salud pública. El médico tiene al alcance su detección oportuna a través de la clínica y el exudado vaginal, evaluadas por separado y la primera, frecuentemente incompleta. Es evidente la necesidad de su valoración conjunta.

**OBJETIVO:** Determinar la concordancia diagnóstica entre la exploración ginecológica con especuloscopia y el reporte citológico del exudado vaginal en un primer nivel de atención.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Observacional, descriptivo, transversal, comparativo, 147 mujeres en edad fértil, sin embarazo, atendidas en laboratorio para toma de exudado vaginal en UMF. 94; bajo consentimiento informado, se realizó exploración ginecológica y especuloscopia; se aplicó "guía para el diagnóstico clínico de patología ginecológica", de cinco bloques: primero, datos identificación general; segundo, características de leucorrea, signos y síntomas acompañantes; tercero, datos especuloscopia; cuarto, diagnóstico clínico; quinto, diagnóstico citológico. Análisis estadístico descriptivo, porcentajes, prueba de hipótesis coeficiente de concordancia bicerial puntual, con  $p < 0.05$ .

**RESULTADOS:** Se obtuvo para Candidiasis concordancia del 100%, Vaginosis bacteriana del 76%; Tricomonomiasis del 50%. La concordancia diagnóstica mostró una aceptable (0.55) a alta concordancia (1) en más de tres cuartas partes de las participantes.

**CONCLUSIONES:** Concordancia diagnóstica estadísticamente significativa, que corrobora que el médico con la clínica, tiene al alcance la mejor herramienta diagnóstica.

**PALABRAS CLAVE:** Exploración ginecológica, especuloscopia, exudado vaginal.

<sup>1</sup> Maestra en Administración en Sistemas Salud. Médico Especialista en Medicina Familiar. Profesor Titular del Curso de Especialización e Medicina Familiar en la Unidad de Medicina Familiar 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

<sup>2</sup> Médico Residente del 3º año del Curso de Especialización en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

## INDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCION.....	4
MARCO TEORICO.....	7
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	16
METODOLOGIA.....	17
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
POBLACIÓN.....	18
ESCENARIO.....	18
DISEÑO DEL INSTRUMENTO.....	18
OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	19
RESULTADOS.....	19
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	22
DISCUSIÓN.....	24
CONCLUSIONES.....	25
RECOMENDACIONES.....	25

## **INTRODUCCIÓN**

La patología infecciosa del aparato genital femenino, por su comportamiento epidemiológico se reconoce como un problema de salud pública; La cervicovaginitis forma parte de los 12 principales motivos de consulta en medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En la Unidad de Medicina Familiar 94, existen adscritas 47235 mujeres de 15 a 49 años, representando 26 % del total. De 1993 a 2004, la cervicovaginitis se ubicó entre los 20 principales diagnósticos en el primer nivel de atención y representó 38 % de las consultas a mujeres en edad fértil. En 2006, la cervicovaginitis en esta unidad se situó en el decimotercer lugar de los principales motivos de consulta.

La Norma oficial mexicana NOM-039-SSA2- 2002 para prevención y control de las infecciones de transmisión sexual caracterizadas por flujo vaginal, especifica los criterios de diagnóstico y tratamiento para infecciones vaginales. Dichos criterios señalan que el diagnóstico se realiza por el antecedente de contacto sexual y presencia de signos y síntomas claves; se confirma a la exploración con espejo y tacto vaginal. La detección se realiza en laboratorio mediante examen en fresco del exudado vaginal y se confirma por cultivo.

En este contexto en la UMF 94, los médicos se apoyan en el servicio de Laboratorio para acciones de detección y /o diagnóstico de patología ginecológica infecciosa. Más allá de una meta institucional el quehacer del médico debe enfocarse a la prevención y anticipación al daño; sin embargo en la observación empírica frecuentemente se observa omisión de un interrogatorio adecuado acerca de la presencia de leucorrea, características de esta, signos y síntomas acompañantes así como la falta de exploración ginecológica con especuloscopia previo al envío de la mujer a realización del exudado vaginal. Considerando lo anterior, y la inexistencia de una evidencia sobre la concordancia de lo que el médico explora, lo que describe y el reporte del exudado vaginal, nace la inquietud de realizar éste trabajo, que contribuya a una evaluación mas completa y la oportunidad de una identificación de elementos modificables en el proceso, evitando así la cronicidad y recurrencia de estas entidades, en pro de la salud de la mujer.

## **DEFINICIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION**

Comúnmente en las pacientes portadoras de patología infecciosa cervicovaginal, la exploración ginecológica ya sea simple o armada con especuloscopia se realiza de manera inadecuada o no se realiza; aunado a esto el interrogatorio en las pacientes no se hace de manera intencionada en la búsqueda de signos y síntomas claves, lo que origina diagnósticos etiológicos inespecíficos y favorece que sean multitratadas y no tengan una evolución hacia la mejoría

## **OBJETIVO DE LA INVESTIGACION**

Determinar la concordancia diagnóstica entre la exploración ginecológica con especuloscopia y el reporte citológico del exudado vaginal en un primer nivel de atención.

## **RELEVANCIA DEL ESTUDIO**

Es de importancia trascendental, la utilidad de la clínica, con un interrogatorio adecuado e intencionado apoyado de una exploración ginecológica con especuloscopia para realizar un diagnóstico clínico presuntivo, un envío sustentado al laboratorio para toma de exudado vaginal para corroborar diagnóstico emitido, pudiendo indicar un tratamiento médico oportuno y específico, evitando así la cronicidad y recurrencia de la patología ginecológica.

## **PROPOSITO**

Incitar al personal médico a realizar de manera sistemática un interrogatorio y una exploración ginecológica con especuloscopia en las pacientes que acudan por cuadro clínico de cervicovaginitis y corroborar diagnóstico de presunción con envío a toma de exudado vaginal para indicar tratamiento médico adecuado.

## **EXPECTATIVA EMPÍRICA**

Existe una alta concordancia diagnóstica entre la exploración ginecológica con especuloscopia, y el reporte citológico del exudado vaginal, en mujeres atendidas en un primer nivel de atención.

## **VARIABLES DEL ESTUDO**

### **Variable en estudio.**

Concordancia diagnóstica entre la exploración ginecológica con especuloscopia y resultado de exudado vaginal.

### **Definición operacional.**

Correlación entre el diagnóstico fundamentado por la clínica y el reporte citológico del exudado vaginal, en relación a la emisión del diagnóstico de enfermedad cervicovaginal.

**Indicadores clínicos:** Características de leucorrea y características del cérvix, cavidad vaginal y vulva,

**Indicador de gabinete:** Reporte de citología vaginal.

**Variables universales.**

Edad

**Definición operacional**

Años transcurridos desde el nacimiento hasta el momento actual de un individuo expresado por el mismo.

Estado civil

**Definición operacional**

Situación civil que le paciente tenga en el momento de recabar la información.

Escolaridad

**Definición operacional**

Nivel escolar obtenido por el paciente hasta el momento del estudio.

Ocupación

**Definición operacional**

Tipo de actividad que despeña la persona para su sustento.

## **JUSTIFICACIÓN**

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, la patología ginecológica infecciosa, es de los padecimientos de mayor demanda de atención médica en las Unidades de Medicina Familiar; la literatura reporta que la prevalencia de esta entidad de acuerdo con la etiología sólo se especifica en 20.7 % de los casos. Como consecuencia, el apego al tratamiento específico no se fundamenta de acuerdo con los criterios adecuados, lo que propicia que las pacientes sean multitratadas o no se resuelva la enfermedad y tiendan a la cronicidad y recurrencia.

En la Unidad de Medicina Familiar No. 94, siendo de primer nivel se incorporan en la atención de la mujer actividades médico-preventivas, como la detección oportuna de patología cervicovaginal, para lo cual se deriva al servicio de Laboratorio para la toma de exudado vaginal, paralelamente a ello se ha

observado en la práctica clínica que frecuentemente se omite en éstos casos la revisión ginecológica y armada de la paciente, y aunque el personal paramédico ha sido capacitado en ello, se reporta un alto porcentaje de cervicovaginitis de etiología inespecífica, de ahí la intención de proponer esta investigación en la cual se sugiere que la exploración clínica ginecológica con especuloscopia, pudiera modificar ésta circunstancia, partiendo además que no existen datos documentados sobre la concordancia de la clínica y los reportes recibidos de exudado vaginal, infiriendo que ésta relación representaría un envío sustentado en una exploración clínica consistente y adecuada, con la intención de validar un diagnóstico clínico oportuno, minimizar que este se de por hallazgo y fortaleciendo así la política de atención médica integral.

Consideramos que el médico familiar esta capacitado para realizar estas acciones apegadas a la ética médica y a las políticas institucionales de salud, desde sus acciones en el ámbito clínico y utilizando los servicios de apoyo para detección y/o confirmación diagnostica como es el exudado vaginal, incidiendo así, en el abatimiento de las complicaciones de dichas entidades, de las cuales algunas pueden ser tan severas y mortales como las neoplásicas.

## **CAPITULO I**

### **MARCO TEORICO**

El tracto genital femenino tiene una continuidad anatómica y fisiológica, por lo tanto los agentes infecciosos que afectan un órgano, propician la lesión a órganos adyacentes. Cuando se sospecha la presencia de una de éstas entidades es preciso utilizar entonces los métodos diagnósticos apropiados para confirmarlas y/o tratarlas, principio válido en todos los casos. <sup>(1)</sup> Cabe señalar entonces algunos aspectos relevantes de las patologías que con mayor frecuencia el médico de primer contacto maneja en su ejercicio profesional, así puede citarse a la:

**Vulvovaginitis**, entendida como los diferentes grados de inflamación de la vulva, la vagina y el tejido endocervical ectópico. Se diagnostica aproximadamente en el 25% de las mujeres que acuden a la consulta por un problema ginecológico. Puede ser de origen infeccioso en más del 75% en los que, la transmisión sexual ocupa un papel importante y en el resto su origen es

no infeccioso. En ocasiones estas causas se encuentran solapadas, entonces el diagnóstico es más difícil y el proceso puede cronificarse. Entre los agentes infecciosos destaca las causadas por tricomonas, candida y bacteriana. Como elemento clínico importante es las características de leucorrea, presencia prurito, escozor, disuria y dispareunia. Para el diagnóstico, existe una alta correlación entre la clínica y las características del flujo vaginal y pueden ser orientadoras. <sup>(1)</sup>

**Candidiasis vaginal**, enfermedad inflamatoria de la vagina, producida por diferentes especies de *Cándida*, de origen endógeno del tracto genital inferior femenino pues *Cándida* pertenece a la flora (no patógena) vaginal que en ciertas circunstancias produce patología. O exógeno por contagio en piscinas y en ocasiones encontrado el patógeno en surco balanoprepucial, de parejas con candidiasis vulvovaginal. Secundaria generalmente a condiciones fisiológicas alteradas que determinan disminución de la inmunidad local. Es una patología estrógeno-dependiente, con factores como embarazo, anticonceptivos orales, Diabetes no controlada ( aumentan el glucógeno celular), uso de antimicrobianos de amplio espectro como Tetraciclina, Ampicilina, Cefalosporinas que eliminan flora proteccionista sobre todo lactobacillus, inmunodepresión, terapia de reemplazo hormonal, estrés, corticoterapia, citostáticos, obesidad, VIH positivo, uso de pantalones ajustados, duchas vaginales y ropa interior de nylon (fibra sintética), clima tropical, subtropical, dietas ricas en carbohidratos y frutas, edades extremas de la vida, hiper o hipoparatiroidismo, uso de espermicidas, nuliparidad y fase lútea del ciclo menstrual. <sup>(1)</sup>

La clasificación más conocida es la de candidiasis complicada y no complicada. La primera se caracteriza por ser esporádica o poco frecuente, con síntomas leves a moderados; *C. albicans* es la causa más probable y no existe inmunosupresión ni se relaciona a embarazo. En tanto la candidiasis complicada, presenta recurrencia, infección severa, se relaciona a otras especies diferentes a *C. albicans*, inmunodepresión, diabetes y embarazo.

Clínicamente presenta prurito y ardor vulvar en 83.3%, vulvodinea, sensación de quemadura (56,3%) (12), dispareunia y síntomas urinarios: Disuria, polaquiuria y tenesmo. Flujo variable con Aspecto de leche cortada en 78.3% de los casos o blanco grisáceo con o sin flóculos, eritema vulvar (37.5%),

eritema vaginal (54.2%), test de aminas negativo y pH vaginal 4.4 +- 0.7. También se acompañan lesiones descamativas, exulceraciones y úlceras (secundarias a rascado) y rara vez lesiones costrosas, despulimiento de la mucosa, edema, o congestión intensa. El diagnóstico se fundamenta en el interrogatorio, exploración clínica y la especuloscopia, siendo suficiente sin tener que requerir de exámenes complementarios. En general el PH es inferior a 4.5 y el test de aminas (-).

Tratamiento no farmacológico incluye corregir factores predisponentes, discontinuar uso de productos vaginales perfumados, y estimular el uso de ropa interior de algodón. El manejo farmacológico toma en cuenta el tipo de candidiasis, de acuerdo a esto se determina la dosis, la vía y el tiempo de tratamiento. Existen diferentes esquemas de acuerdo al tipo de candidiasis (complicada o no) y circunstancias agregadas (embarazo, etc.), la disponibilidad y costo de medicamentos, *Cándida albicans* responde a fluconazol, también puede utilizarse Nistatina o clotrimazol solo o en combinación con azoles, butoconazol. <sup>(2)</sup>

**Tricomoniasis vaginal**, proceso infeccioso inflamatorio secundaria a la presencia *Tricomonas vaginalis* que parasitan el tracto genitourinario de la mujer, se transmite a través de las relaciones sexuales, considerándose por tanto una infección de transmisión sexual (ITS). Favorecen el establecimiento de las tricomonas, la baja acidez vaginal causada por la sangre menstrual, la mucorrea cervical, semen e infecciones concomitantes como la *Gardnerella Vaginalis*. El orificio uretral, glándulas vestibulares y clítoris se observan intensamente inflamados. Cuando la infección aguda cambia al estado crónico, (lo que ocurre usualmente) existe una atenuación de los síntomas, la secreción pierde su aspecto purulento debido a la disminución del número de tricomonas y leucocitos, al aumento de células epiteliales y al establecimiento de una flora bacteriana mixta. Los síntomas se desarrollan de 4 a 30 días después de la infección; se puede presentar en tres formas: vaginitis asintomática, vulvovaginitis aguda o crónica y uretritis. Estos síntomas se acrecientan con la menstruación. La manifestación clínica mas frecuente es la vulvo vaginitis de evolución aguda o crónica y el signo o síntoma mas frecuente es la leucorrea de tipo purulento y espumoso, variable en cantidad de color amarillento verdoso o gris, inodora o de olor fuerte. Otros síntomas son el prurito vulvar,

ardor y la irritación genital dolorosa que puede llegar a provocar intensa dispareunia.

Al espejuelo se aprecia vagina en empedrado y cérvix con aspecto de fresa esto por dilatación capilar y las hemorragias puntiformes, generalmente el endocervix no muestra afección y si es así se encuentra una cervicitis mucopurulenta; es importante señalar que esta infección puede coexistir con la presencia de *Clamidia tracomatis* y/o *Neisseria gonorrhoeae* que en toda circunstancia deberá descartarse. Una toma de fondo de saco vaginal y cuello (y/o uretra del hombre y mujer) diluida en suero fisiológico sobre un porta permite la visualización de tricomonas (en movimiento cuando tiene flagelo, o inmóvil en no flagelado) y de leucocitos en un 50% de los casos. El pH es mayor de 4,5 o puede recurrirse al cultivo, método más sensible y específico de diagnóstico, que se realiza en medio específico de Diamond. El tratamiento son 2 gr. por vía oral en monodosis de Metronidazol o Tinidazol. Alternativamente Metronidazol 500 mg. vía oral, durante 7 días. El Metronidazol gel es menos eficaz (<50%) que la vía oral, aunque más eficaz que el Tinidazol ambos aprobados por la FDA. <sup>(3)</sup>

**Vaginosis bacteriana (VB)**, es un proceso que afecta la vagina por alteraciones de la flora bacteriana que se traduce en cambios fisicoquímicos de las secreciones vaginales y en el que intervienen las características propias del hospedero y su pareja sexual. Es el término actual que se le ha conferido a un síndrome clínico polimicrobiano que se caracteriza por presentar secreción vaginal anormal con disturbios en el ecosistema vaginal con desplazamiento del lactobacilo por microorganismos anaerobios. Se ha determinado que en la Vaginosis Bacteriana se produce un aumento de mil veces en cuanto a la cantidad de bacterias anaerobias, no lactobacilos (una minoría de la población bacteriana vaginal normal) que en forma esencial reemplaza la flora endógena (lactobacilos que producen peróxido). Por tanto existe un criterio bien fundamentado sobre la presencia de una interacción microbiana que caracteriza la Vaginosis Bacteriana donde predomina la *G. vaginalis*, bacterias anaerobias y el *M. hominis*, las que constituyen el núcleo patológico de esta afección. La mayoría de las pacientes son asintomáticas (más del 50%), y se diagnostican en una exploración o citología de rutina. El síntoma fundamental es leucorrea blanco-grisácea, adherente, maloliente, con un característico “olor

a pescado". Al no producir inflamación tisular, las pacientes no refieren prurito, dispareunia ni disuria. La vaginosis bacteriana se asocia a múltiples parejas sexuales, nuevo compañero sexual, lavados vaginales y ausencia de lactobacillus vaginales y aumento de infecciones tras una maniobra invasiva (inserción de DIU o histeroscopia).

Para su diagnóstico se han de cumplir 3 de 4 criterios de Amsel: Secreción homogénea aumentada en volumen de aspecto blanco-grisácea y adherente, pH>4,5, Olor a aminas antes o después de instilarle KOH, Células clave (células del epitelio vaginal que aparecen recubiertas de bacterias, lo que les da un aspecto granular, como rebozadas). Deben existir al menos un 20% de células clave en el frotis. Los *lactobacillus* son escasos o están ausentes. El tratamiento de elección es el Metronidazol oral: 500 mg. cada 12 horas durante 7 días o Metronidazol gel 0,75% 5g intravaginal, cada 24 horas/5días o Clindamicina crema 2% 5g intravaginal antes de acostarse 7 días. <sup>(4)</sup>

**Herpes genital**, es una infección viral causada por el Virus Herpes Simple (VHS). Producen lesiones en los labios o boca y en los genitales. Los virus de la familia *Herpesviridae* están constituidos por un grupo de virus DNA con características morfológicas y biológicas comunes. La transmisión es por contacto directo con secreciones infectadas, que en el caso del VHS-1 se asocian principalmente con transmisión oral, y para el VHS-2 con transmisión genital. La infección sintomática afecta principalmente a la piel o a las membranas mucosas, es una enfermedad esencialmente benigna y conocida desde hace tiempo, produce úlceras en la zona genital, en las mujeres, suele presentarse en la vulva y la entrada de la vagina; Suelen producir hormigueo, picazón, quemazón o dolor, seguido por la aparición de puntos rojos dolorosos, que en uno o dos días, forman ampollas llenas de líquido. Las ampollas se rompen, dejando úlceras dolorosas, que secan, producen una costra y curan en aproximadamente 10 días. Las mujeres, particularmente, experimentan a menudo dolor al orinar. En algunos casos, producen malestar general.

La clínica descrita por el/la paciente y la exploración física son la base del diagnóstico. En algunos casos, puede estar indicada la confirmación por cultivo, para lo que se tomarán muestras de las lesiones para enviarlas al laboratorio. <sup>(5)</sup> El tratamiento antiviral oral acorta el tiempo de curación de las lesiones y la duración e intensidad de los síntomas, aunque no previene las

recurrencias. Las pautas recomendadas para un primer episodio clínico de herpes genital son: Aciclovir 200 mg. vo. 5 veces al día durante 7-10 días o, Famciclovir 250 mg. vo. 3 veces al día durante 7- 10 días. <sup>(6)</sup>

**Virus del papiloma humano**, comprenden un grupo de virus no envueltos, de ADN pequeño, con simetría icosaédrica, que inducen verrugas o papilomas en una gran variedad de vertebrados superiores, incluyendo al hombre. Cada tipo es asociado preferentemente con una lesión clínica específica y con un sitio anatómico preferencial por cada epitelio escamoso, mucosal o cutáneo. Entre los más comunes que representan al grupo de bajo riesgo se incluyen los tipos 6 y 11 que usualmente causan verrugas benignas y que ocasionalmente, se asocian con lesiones no invasivas; mientras que los tipos VPH-16 y VPH-18, se corresponden con los de "alto riesgo" por su gran potencial carcinogénico. El riesgo de contraer un VPH genital está influenciado por la actividad sexual, por lo sigue un patrón típico de enfermedades transmitidas sexualmente: promiscuidad, actividad sexual a temprana edad, historial de otras enfermedades transmitidas sexualmente, verrugas genitales, pareja sexual con cáncer de cérvix o de pene, edad, uso prolongado de anticonceptivos orales, etc. <sup>(7)</sup>

La infección por VPH es inicialmente asintomática y la transmisión puede ocurrir antes de que la expresión del virus se manifieste. El epitelio diferenciado es necesario para el completo desarrollo y crecimiento del virus, fenómeno conocido como tropismo celular que es evidenciado por la restricción de funciones de replicación viral. El resultado usual de la infección por VPH es una verruga o papiloma. Las verrugas de la piel pueden ser verrugas planas (superficiales) o verrugas plantares (mas profundas). La detección temprana y el tratamiento oportuno del VPH en lesiones precancerosas pueden prevenir la progresión a cáncer. Los métodos principales de diagnóstico han sido en primera instancia la clínica, y su confirmación a través de métodos citológicos como el papanicolaou, que busca cambios en las células de la zona de transformación. <sup>(8)</sup>

El tratamiento de las infecciones con VPH se basa en la actualidad en la utilización de algunas cremas tópicas disponibles, cuya actividad antiviral no es bien conocida o que actúan activando una respuesta inmune local contra el virus. En el caso de las lesiones precancerosas producidas por VPH, el

tratamiento más adecuado es la eliminación de las zonas afectadas mediante cirugía. En gran parte, este tratamiento es eficaz porque VPH produce lesiones superficiales bien localizadas, y los VPH no producen infecciones sistémicas. <sup>(9)</sup>

**Cáncer cervicouterino, (CaCu)** es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras, de lenta y progresiva evolución, en etapas de displasia leve, moderada y severa, que evolucionan a Cáncer in situ, en grado variable cuando esta se circunscribe a la superficie epitelial y luego a Cáncer invasor cuando traspasa la membrana basal. El virus de papiloma humano (VPH) desempeña una función causal necesaria en la carcinogénesis del cuello uterino. Se han evaluado agentes ambientales tales como el humo del tabaco, los anticonceptivos hormonales, el régimen alimentario y diversos microorganismos infecciosos como posibles cofactores del VPH en la carcinogénesis cervical. <sup>(10)</sup>

Las mujeres con cáncer invasor del cuello uterino a menudo tienen como manifestación inicial alguno o varios de los siguientes síntomas: hemorragias intermenstruales, hemorragias postcoitales, menstruaciones más abundantes, flujo seropurulento abundante, flujo fétido. En la mayoría de las mujeres, la exploración vaginal con espejo revela una masa proliferativa ulcerada. Conforme avanza la invasión del estroma, la enfermedad se vuelve clínicamente evidente y revela varios patrones de proliferación, que a menudo son visibles en el examen con el espejo. Las lesiones muy tempranas pueden presentarse como una zona de superficie rugosa, rojiza y granulosa que sangra al tacto. Los cánceres más avanzados pueden ser exofíticos, endofíticos o una combinación de ambos. Los carcinomas exofíticos por lo general invaden superficialmente, y la mayor parte de su masa se proyecta hacia la luz vaginal como un hongo o una protuberancia proliferativa similar a una coliflor, con excrecencias polipoideas o papilares. Los cánceres endofíticos pueden infiltrar ampliamente el estroma, distorsionando el cuello uterino, con poco crecimiento visible en la superficie, dan lugar a un cuello sumamente aumentado de tamaño, irregular y en forma de barril, con una superficie rugosa, papilar o granulosa. Los tumores que son a la vez exofíticos y endofíticos generalmente están ulcerados.

En todos los tipos, la hemorragia al tacto y la necrosis son las características clínicas predominantes. También es común el flujo maloliente, debido a la infección agregada del tejido necrótico por anaerobios. <sup>(11)</sup> Estudios recientes en población de alto riesgo han demostrado que la adición del test de HPV a la citología cervical en el screening aumenta la sensibilidad en la detección de NIE de alto grado y cáncer cervicouterino. Las opciones de manejo para NIE de bajo grado varían ampliamente, destaca la simple observación hasta terapias excisionales. Pacientes con NIE de bajo grado persistentes debieran ser tratadas, principalmente con el uso de terapias ablativos ambulatorias.

Las guías de manejo para NIE de alto grado están bien establecidas. Se recomienda curetaje endocervical de no existir lesión visible en el ectocérvix. En toda paciente con NIE de alto grado confirmado por biopsia debe realizarse conización con bisturí frío o electroconización para excluir enfermedad invasora. En mujeres con cáncer invasor, el tratamiento depende primariamente de la extensión de la lesión, y también de factores como la edad, el deseo de conservar la fertilidad y presencia de otras condiciones médicas <sup>(10)</sup>. Hemos podido observar a través de la revisión de la patología ginecológica infecciosa y neoplásica, la importancia que tiene la exploración ginecológica con especuloscopia para la realización del diagnóstico por lo que mencionaremos la técnica para realizarla:

**Especuloscopia,** se define como una exploración vaginal y cervical con espéculo. Está indicada en la exploración ginecológica, para favorecer la inspección y la toma de muestras de vagina y cuello. Se utiliza también en procedimientos histeroscópicos o quirúrgicos por vía vaginal, para la preparación y mejor visualización del campo. El material que se utiliza es: Camilla ginecológica, guantes, espéculo adecuado, fuente de luz, sábana para cubrir a la paciente, lubricante. Se debe: explicar el procedimiento, haciendo hincapié en los puntos en los que puede colaborar con el personal y la forma de hacerlo, preservar la intimidad de la paciente en todo momento: indicarle de forma clara dónde puede desvestirse, qué ropa debe quitarse y dónde puede dejarla, colocar a la paciente en posición ginecológica (posición de litotomía): decir a la mujer que se siente al filo de la camilla ginecológica. Después se colocará lentamente hacia atrás recostándose sobre la espalda, en decúbito dorsal, colocando los pies en los estribos o apoyando las piernas (los huecos

poplíteos) en las piernas, y con la sábana se le cubren los muslos, hasta las rodillas, los brazos pueden descansar a lo largo del cuerpo o sobre el pecho. El personal médico deberá lavarse las manos antes y después del procedimiento y colocarse guantes. Una vez colocada la mujer, se coloca el foco de luz para una buena visibilidad y facilitar la inspección de la vulva y la especuloscopia. La introducción del espéculo se deberá realizar: introduciéndolo lentamente con la abertura en vertical y completamente cerrado, siguiendo el eje de la vagina, conforme vamos introduciendo el espéculo se va girando éste a su posición horizontal, se abre el espéculo hasta visualizar el exocérvix. <sup>(11)</sup>

**Exudado vaginal**, está indicado en pacientes que presentan prurito perivaginal con poca o ninguna secreción, ulceraciones lineales superficiales, presencia de pápulas por detrás del área del eritema, secreciones espesas o adherentes, fluidas, flojas o grisáceas, fetidez vaginal o signos de cervicitis.

La mayoría de las situaciones clínicas que pueden ser objeto de estudios microbiológicos son: vulvovaginitis, vaginosis, infección gonocócica y detección de portadoras de *Streptococcus agalactiae*. Los principales microorganismos causantes de vulvovaginitis son: *Cándida albicans* y otras especies de *Cándidas*, *Trichomonas* vaginales y virus herpes simple, como más frecuente. La etiología de las vaginosis (estado caracterizado, desde el punto de vista microbiológico, por la ausencia o franca disminución de *Lactobacillus* spp. y abundante flora mixta) está representada por *Gardnerella* vaginales, anaerobios: (*Mobiluncus*, *Bacteroides* y cocos anaerobios).

Para el procesamiento de la muestra, uno de los escobillones se empleará para el examen microscópico y el otro para cultivo. el primero es el único método aceptado para el diagnóstico microbiológico de la Vaginosis bacteriana. Se hará una extensión del escobillón en portaobjetos y tinción de Gram; en el caso del cultivo dependiendo de la orientación diagnóstica pueden sembrarse las muestras en distintos medios (Tyayer Martín en atmósfera de CO<sub>2</sub>, medio para *Gardnerella*, Sabouraud con antibiótico u otro medio para *Cándida*, Caldo para cultivo de *Trichomonas vaginalis*, etc.).

Si la tinción de Gram es significativa de Vaginosis se reflejará en el informe: tinción de Gram compatible con vaginosis bacteriana; Si la tinción de Gram es indicativa de flora alterada se pondrá en el informe: infección cervicovaginal de características inespecíficas; Si hay crecimiento de flora típica vaginal se

informará como: flora normal; Si hay crecimiento de algún o algunos de los gérmenes considerados patógenos se pondrá en el informe: crecimiento escaso, moderado o abundante, y se incluirán las pruebas de sensibilidad.<sup>(11)</sup>

### **ANTECEDENTES CIENTÍFICOS**

De 1993 a 2004, en México, la cervicovaginitis se ubicó entre los 20 principales diagnósticos en el primer nivel de atención y representó 38 % de las consultas a mujeres de 15 a 49 años. <sup>(11)</sup>

Debido a la frecuencia de la cervicovaginitis como entidad nosológica, se realizó un estudio descriptivo y transversal en la Unidad de Medicina Familiar 53 del IMSS en León, Guanajuato, México, en el periodo de junio a diciembre de 2004, en 227 expedientes clínicos de mujeres entre los 15 y 49 años de edad con diagnóstico de cervicovaginitis. De acuerdo con la edad, el grupo de mayor representación fue el de 31 a 40 años con 38.5 %, seguido del grupo de 21 a 30 años. Respecto a las variables de caracterización estudiadas, el cuadro clínico se consideró como suficiente en 48.5 % de todos los casos. A su vez, el flujo vaginal y sus características estaban registrados en el 54 %, la sintomatología urinaria en 14.1 %, el prurito vulvar en 27.3 % y otros síntomas acompañantes en 3.5 %.

Dentro de la etiología de las cervicovaginitis, 22.6 % de los casos fueron producidos por *Gardnerella vaginalis*, 19.1 % por *Candida spp.*, 7.8 % por *Candida albicans* y 1.5 % por *Trichomonas vaginalis*. Respecto a la frecuencia de la etiología, en 79.3 % de los diagnósticos se consignó cervicovaginitis inespecífica, sin mencionar etiología probable. Cabe mencionar que el seguimiento médico sólo estaba documentado en 27.3 % de los casos. <sup>(12)</sup>

En nuestro estudio es importante la exploración ginecológica con especuloscopia, ya que muchas veces las pacientes al realizar un interrogatorio no nos aportan información o se encuentran asintomáticas, por lo que es de trascendencia mencionar este estudio, descriptivo, transversal, y analítico realizado en la Unidad de Medicina Familiar 24 del IMSS en Tepic, Nayarit, en el periodo de enero a febrero 2009 en un grupo de 221 pacientes de 15 a 49 años que acudieron a la consulta de Medicina Familiar, para conocer la incidencia de cervicovaginitis en pacientes asintomáticas e identificar los agentes causales más comunes. Las variables fueron: antecedentes y

demografía. Previo consentimiento informado se les aplicó un cuestionario y posteriormente se les realizó una especuloscopia vaginal con toma de exudado. Se diagnosticó cervicovaginitis en 108 pacientes (48.9%), de las cuales se reportó *Cándida* en 84 (38%), *Gardnerella vaginalis* en 44 (19.9%) y *Trichomonas vaginalis* sólo en 3 (1.4%).<sup>(13)</sup>

Además de la cervicovaginitis, otra infección frecuente dentro de la patología cervicovaginal es la infección por virus del papiloma humano (VPH), que clínicamente, se manifiesta por la presencia de condiloma o papiloma, lesión visible y/o palpable a través del tacto vaginal exploración clínica o armada con especuloscopia. En este estudio, prospectivo, transversal y observacional realizado en la clínica de primer nivel de atención Zaragoza del Sistema de Transporte Colectivo Metro de la Ciudad de México; de enero del año 2000 a junio del 2009, para evaluar la prevalencia anual de condiloma acuminado genital en las mujeres que acuden a detección oportuna de cáncer cervicouterino (CaCu) se incluyeron todas las pacientes que acudieron a detección oportuna de CaCu. Se reportaron en 3,232 citologías cervicovaginales la detección de 106 casos de condiloma acuminado genital confirmados por clínica y biopsia, lo que dio una prevalencia anual de 3.2%.

La mayor cantidad de casos por prevalencia por edad fue entre 30 y 34 años, con tasa de 21.6%; las infecciones agregadas documentadas con mayor frecuencia, y reportadas en las citologías de los 106 casos de condiloma acuminado, se presentaron de la siguiente manera: virus papiloma humano en 10 pacientes (9.4%); *Candida albicans* en 7 (6.6%); virus del papiloma humano y *Candida albicans* en 1 caso (0.9%) *Gardnerella vaginalis* 6 (5.7%); *Trichomona vaginalis* 1 paciente (0.9%) y sin ningún tipo de infección 81 (76.4%).<sup>(14)</sup>

## **CAPITULO II**

### **METODOLOGÍA**

#### **Diseño de la investigación**

- Observacional, Descriptivo, Transversal y Comparativo.

## **Población**

- Mujeres en edad fértil, derechohabientes del IMSS adscritas a la UMF No 94, enviadas a toma de exudado vaginal en el periodo noviembre 2010 a enero 2011.

## **Escenario**

- Laboratorio clínico de la Unidad de Medicina Familiar No 94 IMSS.

## **Diseño del instrumento**

- Para identificar las características clínicas sugerentes de patología ginecológica, se construyó una **“Guía para el diagnóstico clínico de patología ginecológica,”** (Anexo No. 2) exprofeso con base en el lineamiento para el diagnóstico y manejo de la patología cervicovaginal del IMSS, con estructura mixta, con datos generales de complementación y de interés al estudio con estructura cerrada, con opción de respuesta de realiza y no realiza. La guía contempló cinco apartados:
  - α. **Primer apartado:** Se registraron los datos de identificación general: nombre, teléfono, número de afiliación, consultorio, turno, edad, estado civil, escolaridad y ocupación.
  - β. **Segundo apartado:** Se realizó un interrogatorio a las pacientes acerca de la presencia de leucorrea, signos y síntomas asociados.
  - χ. **Tercer apartado:** En la exploración ginecológica el investigador identificó: características de vulva, vagina (normal, hiperemia, leucorrea, sangrado, ulceración), a la especuloscopia las características de: vagina, cérvix (hiperemia vaginal ó de cérvix, edema, leucorrea (cantidad, consistencia, color, olor), friabilidad, sangrado, presencia de ampollas, úlceras costras, verrugas genitales, condilomas, etc.
  - δ. **Cuarto apartado:** Se registró el diagnostico clínico presuntivo de la pacientes de acuerdo a la integración clínica del investigador.
  - ε. **Quinto apartado:** Se registró el resultado del reporte citológico del exudado vaginal.

### **Obtención de la información**

La integración de la muestra se realizó por el médico residente recibiendo directamente a las participantes en el área de laboratorio, previa explicación del objetivo y su forma de participación, aquellas que aceptaron se les entregó el formato de consentimiento informado para recabar su rubrica (Anexo No. 1). Conjuntamente con el personal paramédico del servicio el cual realizó el procedimiento rutinario para toma de muestra, en tanto la exploración ginecológica y especuloscopia la realizó el investigador responsable, para todo esto se apoyó en el registro de los datos y acciones en la "Guía para el diagnóstico clínico de patología ginecológica" (Anexo No.2)

De manera inmediata en los casos que se encontró patología ginecológica muy aparente, de manera verbal el investigador informó a la participante y la remitió a solicitar cita con su médico familiar previa información al Jefe de departamento clínico del módulo correspondiente por consultorio y/o turno.

Se realizó el seguimiento, hasta obtener el resultado del exudado vaginal y se complementó en el formato de recolección los diagnósticos emitidos en el formato de exudado vaginal.

El vaciado de los datos se realizó en una hoja de cálculo concentrando todos los datos de la guía y agregando una columna, registrando la concordancia en los diagnósticos del investigador y los reportados en el exudado vaginal.

## **CAPITULO III**

### **RESULTADOS**

Se realizó exploración ginecológica y especuloscopia en 147 mujeres que fueron enviadas para toma de exudado vaginal, todas ellas aceptaron participar en el presente estudio. Su edad promedio fue de 30 años  $\pm$ 13 años. Se encontró una mayor frecuencia en el grupo de 15-18 años con un total de 43 pacientes (29.25%) el grupo de mujeres en el que se realizó el diagnóstico clínico presuntivo de Candidiasis fue de 19-22 años con 18 pacientes (12.24%), para el de Vaginosis bacteriana el grupo de mayor frecuencia fue el de 15-18 años con 15 pacientes (10.20%); para Tricomonirosis el grupo con mayor frecuencia fue el de 15-18 años con 9 pacientes en total(8%); en el caso de probable infección por el Virus de Papiloma Humano el grupo con mayor

frecuencia nuevamente fue el de 15-18 años con 8 pacientes (3.52%) y para el de probable neoplasia los grupos de edad fueron de 43-46 años y el de 47-50 años con 1 paciente respectivamente (0.68%). (Ver cuadro 1)

Nuestra muestra se integró en mayor número por mujeres solteras siendo un total de 54 pacientes (36.7%); con respecto a la patología cervicovaginal, para el diagnóstico clínico de Candidiasis se observó mayor frecuencia de mujeres casadas 24 (16.32%), para Vaginosis bacteriana mujeres solteras con un total de 19 pacientes (12.92%), en el caso de Tricomoniasis nuevamente las mujeres solteras predominaron con 11 pacientes (7.48%); para el Virus del Papiloma Humano se observó una frecuencia mayor en mujeres en unión libre y solteras con 6 pacientes (2.64%) y para el diagnóstico clínico de neoplasia el estado civil que presentó mayor frecuencia fue el de casada y viuda ambas con 1 paciente (1.36%). (Ver cuadro 2)

Se obtuvo una mayor frecuencia en el nivel secundaria con un total de 53 pacientes (36.05%), respecto a cada patología cervicovaginal para la Candidiasis el nivel secundaria fue el de mayor frecuencia con un total de 20 pacientes (13.60%), en la Vaginosis bacteriana se observó mayor frecuencia en el nivel secundaria con un total de 16 pacientes (10.88%), para la Tricomoniasis nuevamente el nivel secundaria fue el de mayor frecuencia con 11 pacientes (7.53%), para el Virus de Papiloma Humano se observaron tres niveles de escolaridad con una misma frecuencia: primaria, secundaria y preparatoria con 5 pacientes respectivamente (2.2%) y para el diagnóstico clínico presuntivo de neoplasia se observó secundaria y ausencia de educación escolar ambas con 1 paciente (0.68%). (Ver cuadro 3)

La ocupación que se observó con mayor frecuencia en las pacientes fue la de ama de casa con un total de 59 pacientes (40.13%); se observó como ocupación más frecuente en Candidiasis a las amas de casa con un total de 25 pacientes (17.00%), para Vaginosis bacteriana la ocupación más frecuente fue ama de casa con 19 pacientes (12.92%), en el caso de Tricomoniasis la ocupación de empleada presentó la mayor frecuencia con 10 pacientes (6.8%), en el Virus de Papiloma humano se presentó una frecuencia mayor para las amas de casa y empleadas ambas con 7 pacientes en total (3.08%), la presencia de Neoplasia tuvo una frecuencia mayor en amas de casa y empleadas con un paciente por ocupación (0.68%). (Ver cuadro 4)

En cuanto a la presencia de leucorrea y síntomas asociados, 147 (100%) refirieron presencia de leucorrea, de las cuales, 82 (55.78%) refirieron leucorrea de color blanca-grumosa, 52 (35.37%) amarillo-verdosa, 7 (4.76%) transparente y 6 (4.08%) de color grisácea. Los síntomas asociados referidos por las pacientes fueron prurito 115 (78.23%), ardor 113 (76.87%) y dispareunia 28 (19.80%). (Ver cuadro 5)

En la exploración ginecológica con especuloscopia, se identificó cuadro clínico sugestivo de Candidiasis en 56 pacientes (38.09%), de Vaginosis bacteriana en 46 pacientes (31.29%), Tricomoniasis en 26 pacientes (17.68%), de Virus de Papiloma Humano en 17 pacientes (7.48%), y 2 pacientes con cuadro sugestivo de neoplasia (1.36%). (Ver Figura 1)

Es importante señalar que clínicamente no se identificó ningún caso de Herpes genital. Con respecto a las pacientes en las que se identificó cuadro clínico sugestivo de infección por virus de papiloma humano y neoplasia fueron enviadas a realización de Citología exfoliativa cervicovaginal con técnica de Papanicolau y se dio aviso a sus médicos familiares tratantes para dar el seguimiento pertinente.

El resultado del análisis de laboratorio con el reporte bacteriológico realizado en las muestras de flujo vaginal fue el siguiente: Infección por *Candida albicans* 60 pacientes (40.81%), *Gardnerella Vaginalis* en 35 pacientes (23.80%), Infección cervicovaginal de características inespecíficas en 31 pacientes (21.08%), *Trichomonas Vaginalis* 13 pacientes (8.8%) y Flora normal en 7 pacientes (4.7%).(Ver Figura 2)

Los reportes bacteriológicos de las pacientes reportaron la presencia de *Candida Albicans* en 60 pacientes mientras que el diagnóstico clínico presuntivo fue de 56 pacientes por lo que el diagnóstico clínico fue superado al observar el resultado del análisis de laboratorio; en el caso de Vaginosis bacteriana se observó una concordancia del 76% ya que clínicamente se diagnosticaron 46 pacientes, reportándose 35 pacientes con presencia de *Gardnerella Vaginalis*, parásito anaerobio predominante en esta infección; se realizó el diagnóstico clínico presuntivo de Tricomoniasis en 26 pacientes, reportando la presencia de *Trichomonas Vaginalis* solo en 13 con una concordancia del 50%. Del total de las pacientes que formaron parte de este

estudio, se reportaron con cuadro de infección vaginal inespecífico a 31 de ellas y 7 obtuvieron un reporte con presencia de flora normal. (Ver Figura 3)

### **ANALISIS DE RESULTADOS**

Con base al comportamiento de las características sociodemográficas identificadas, podemos considerar que la muestra fue heterogénea. La distribución por edad, muestra un comportamiento similar a lo referido por Martínez-Ojeda M. quien señala que de 1991 a 2002, la cervicovaginitis se ubicó entre los 20 principales diagnósticos en el primer nivel de atención y representó 38 % de las consultas a mujeres de 20 a 59 años <sup>(12)</sup>, en nuestro estudio se ubico entre los 15-18 años, esto probablemente se deba a que es la etapa de la vida femenina donde hay mayor actividad sexual. El estado civil que se identificó con una frecuencia mayor fue el de las pacientes solteras, lo que representa una situación en la que las mujeres pueden tener mayor numero de parejas sexuales; la escolaridad es otro punto a mencionar ya que el nivel educativo que con mayor frecuencia se identificó en el presente estudio fue el de secundaria con 20 pacientes seguido del nivel primaria con 14 pacientes; Ortiz C. refiere como factores de riesgo para Vaginosis bacteriana: factores demográficos como escolaridad y de conducta sexual, que incluyen: inicio de vida sexual activa, número de parejas sexuales de por vida, número de relaciones sexuales por semana y la edad para los tres grupos <sup>(4)</sup>.

En nuestro interrogatorio el signo que se presento en todas las pacientes fue la leucorrea; López Álvarez menciona en su Guía de práctica clínica de 2008 para Vulvovaginitis que es este el signo fundamental para orientarnos hacia un probable diagnóstico clínico. <sup>(1)</sup> Los síntomas con mayor frecuencia por entidad fueron: para Candidiasis el prurito en 45 pacientes que representó el 28.5%, en este mismo tenor, Sarzuri B. refiere en un estudio de revisión del 2007 que dentro de las manifestaciones clínicas más comunes en la Candidiasis es el prurito y ardor vulvar en 83.3% <sup>(2)</sup>; en el caso de Vaginosis bacteriana fue el prurito el síntoma referido en el interrogatorio, siendo de llamar la atención ya que Gardnerella vaginalis, parasito predominante en esta entidad no produce inflamación tisular y por consiguiente las pacientes no refieren prurito, disuria ni dispareunia según lo referido por Ortiz C. en su estudio de revisión de 2007 para Vaginosis bacteriana <sup>(4)</sup>; para Tricomoniasis el síntoma de mayor

frecuencia fue el ardor y la dispareunia referido por 25 pacientes respectivamente, similar a lo que Cadena D. comenta en su estudio de revisión en 2006, donde comenta que dentro de los síntomas clínicos mas frecuentes son el prurito vulvar, ardor y la irritación genital dolorosa que puede llegar a provocar intensa dispareunia <sup>(3)</sup>.

Al realizar el diagnóstico clínico presuntivo se identificó Candidiasis como la entidad de mayor frecuencia con un total de 56 pacientes, condición elevada si consideramos que Sarzuri B. refiere que la candidiasis vulvovaginal constituye la segunda causa de vaginitis en mujeres en edad fértil, así como en adolescentes <sup>(2)</sup>; La vaginosis bacteriana ocupó el segundo lugar con un total de 46 pacientes, similar a lo que Ortiz C. refiere señalando a la Vaginosis Bacteriana como la causa más frecuente de estas infecciones, o como la segunda, después de la candidiasis <sup>(4)</sup>; El diagnóstico clínico De Tricomoniasis se realizó en un total de 26 pacientes, siendo un hallazgo importante en el estudio ya que Cadena D. refiere que la prevalencia de tricomoniasis en nuestra población es desconocida, debido a que la enfermedad no es notificada y a la baja sensibilidad de métodos de diagnóstico comúnmente empleados agregando que la incidencia actual ocurre entre los veinte y cincuenta años de edad (periodo de mayor actividad sexual) <sup>(3)</sup>.

El germen causal más frecuentemente identificado en nuestro estudio fue la *Candida albicans* con un total de 60 reportes bacteriológicos; Sarzuri B. refiere la prevalencia de candidiasis vulvovaginal en mujeres adultas del 6 al 13.8% de las mujeres en actividad sexual, de las cuales el 74 al 94% es producida por *Cándida albicans* <sup>(2)</sup>. *Gardnerella Vaginalis* fue reportada en 35 pacientes, Ortiz C. refiere que el diagnóstico de VB se realiza sobre la base de criterios bien establecidos a partir del examen de la secreción vaginal: un pH mayor que 4,5; una prueba de aminas positiva; la existencia de células guías y una leucorrea homogénea no adherente. Se da por positivo aquel caso donde se encuentren al menos 3 criterios <sup>(4)</sup>. 13 de las pacientes se reportaron con presencia de *Trichomonas Vaginalis*, Cadena D. refiere que cuando existe una sospecha clínica clara puede recurrirse al cultivo, método más sensible y específico de diagnóstico <sup>(3)</sup>.

Un aspecto importante de mencionar es el número de reportes bacteriológicos en los que se identificó infección vaginal de características inespecíficas con un

total de 31 pacientes, Varela S. en un estudio de revisión del 2005 refiere que esta es una entidad nosológica a la que se le presta poca o nula atención, debido a su naturaleza crónica y la presencia de cuadro clínico indefinido, pero que sin embargo presenta complicaciones importantes para la salud de la mujer <sup>(20)</sup>.

Se observo que el número de reportes bacteriológicos (60) supero al número de pacientes diagnosticadas con Candidiasis (56), hallazgo que contradice lo referido por Sarzuri B. quien menciona que el diagnostico clínico suele sobre diagnosticar más que subdiagnosticar. En la gran mayoría la observación de leucorrea y de la mucosa vaginal mediante la especuloscopia, es suficiente sin tener que requerir de exámenes complementarios (2). Con respecto a la Vaginosis bacteriana se encontró una concordancia del 76%, Ortiz C. refiere que esta entidad puede diagnosticarse en una exploración ginecológica armada con especuloscopia o en una citología de rutina. El síntoma fundamental es leucorrea blanco-grisácea, adherente, maloliente, con un característico “olor a pescado” (4). La concordancia para la Tricomoniasis fue del 50% consideramos que es alta ya que esta entidad tiende a subdiagnosticarse, sin embargo Cadena D. refiere que las manifestación clínica mas frecuente es la leucorrea, que se presenta como un flujo de tipo purulento y espumoso generalmente suficientes para realizar diagnóstico clínico e iniciar tratamiento médico (3).

## **CAPITULO IV**

### **DISCUSIÓN**

En la literatura no se informan estudios que identifiquen o estén dirigidos a caracterizar el diagnóstico y tratamiento de las cervicovaginitis, la mayoría se enfoca principalmente a la prevalencia y etiología.

El bajo porcentaje de exploración ginecológica no tiene una explicación técnico-médica. Algunos argumentos manifestados por el personal que otorga la atención médica son condiciones inadecuadas de los consultorios, insuficiencia de recursos materiales, falta de personal paramédico asistente y otros, como la no disposición de las pacientes. Datos de los cuales no tenemos evidencia ni son motivos del presente estudio.

Como consecuencia, el apego al tratamiento específico no se fundamenta de acuerdo con los criterios mencionados, lo que propicia que las pacientes sean

multitratadas o no se resuelva la enfermedad y tiendan a la cronicidad, factor de riesgo para amenaza de parto prematuro, esterilidad tubárica, enfermedad inflamatoria pélvica o, incluso, para cáncer cervicouterino, como se describe en diversos estudios.

Así mismo, las actividades complementarias o médico-preventivas fueron desestimadas, pues su recomendación se realizó en bajo porcentaje, a pesar de su importancia en la prevención y tratamiento de las cervicovaginitis y de que así se sugiere en la norma oficial mexicana y guías clínicas.

### **CONCLUSIONES**

- La concordancia entre el diagnóstico clínico presuntivo y el reporte citológico del exudado vaginal mostró una aceptable (0.55) a alta concordancia (1) en más de tres cuartas partes de las participantes.
- Dado el resultado de la concordancia estadísticamente significativa, entre el interrogatorio, especuloscopia y exudado vaginal, se corrobora que el médico tiene al alcance la mejor herramienta diagnóstica.

### **RECOMENDACIONES**

- Insistir al profesional médico en la utilización de la clínica para sustentar su diagnóstico presuntivo y manejo oportuno en consecuencia, dado el resultado de concordancia observada en éste trabajo.
- Documentar a través de la clínica el registro en el expediente y solicitud de laboratorio, el diagnóstico clínico presuntivo, para la corroboración del mismo; mayormente en aquellos casos inconsistentes.
- Incitar al profesional médico y paramédico de aplicar la propedéutica clínica ginecológica adecuada.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sarzuri B., Reynolds E. Candidiasis vaginal. Rev Pacea Med Fam. 2007; 4(6): 121-127.
2. Cadena D., Miranda N., Calderón N. Tricomoniasis urogenital. Rev Pacea Med Fam. 2006; 3(4): 84-89.
3. Ortiz C., Ley M., Llorente C., Almanza C. Vaginosis bacteriana en mujeres con leucorrea. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2007; 26(2): 74-81.
4. Varela J. Teoría y práctica del herpes genital. Rev Pacea Med Fam. 2001; 4(7): 428-435.
5. León G., Bosques D. Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2005; 4(6):163-75.
6. López Saavedra A., Soberón M. Cáncer cervicouterino y el Virus del Papiloma Humano: La historia que no termina. Cancerología. 2006; 1: 31-55.
7. Serman F. Cáncer Cervicouterino: epidemiología, historia natural y rol del Virus Papiloma Humano. perspectivas en prevención y tratamiento. Rev Chil Obstet Ginecol. 2002; 67(4): 86-73.
8. Espinoza E. Castillo J. Introducción al cáncer invasor del cuello uterino. Rev Pacea Med Fam. 2007; 4(7): 121-127.
9. Martínez-Ojeda M., Saldaña-González J., Sánchez-Hernández M. Criterios para el diagnóstico de cervicovaginitis aplicados en el primer nivel de atención. Rev Med Inst. Mex Seguro Soc. 2007; 45 (3): 249-254.
10. Jiménez E., Álvarez M. Incidencia de cervicovaginitis en pacientes asintomáticas. Rev Med Fam Mex. 2009; 67(8): 130-145.
11. Jiménez-Vieyra R. Prevalencia de condiloma acuminado en mujeres que acuden a detección oportuna de cáncer cervicouterino en un primer nivel de atención. Ginecol Obstet Mex. 2010; 78(2): 99-102.
12. Zamudio A., Zepeda J., Rodríguez B., Tenorio R. Evaluación del Papanicolaou y la colposcopia en el diagnóstico de la infección por el virus del papiloma humano. Rev Fac Med UNAM. 2001; 44(1): 5-7.
13. Zamilpa-Mejía L., Uribe-Salas F., Juárez-Figueroa L., Calderón-Jaimes E., Conde-González C., Prevalencia y factores asociados con sífilis y herpes genital en dos grupos de población femenina. Sal Pub Mex. 2003; 45(5): 617-623.
14. Rodríguez M., Lunar T., Lara-Martínez, GM., López-Gómez Y. Calidad en la toma de muestra para la detección oportuna de cáncer cervicouterino. Rev Mex Patol Clín. 2006; 53(4): 229-234.
15. Gutiérrez J., Valencia A., Pesqueira J., López J. zaragoza S., Stefano B. et al. Haciendo frente a la epidemia de VIH/SIDA en México: ¿Una respuesta organizada?. Rev Invest Clín. 2004; 56(2): 242 -252.
16. Hernández-Colín V., Aguilar-Cacho F., Toraño-Zamudio V., Sandoval-Jurado L., Ceballos-Martínez Z. Identificación de mecanismos de transmisión del virus papiloma humano en mujeres infectadas. Rev Enferm IMSS. 2006; 14 (2): 75-79.
17. Varela S. Citología Cervical. Rev Med Hondur. 2005;73: 131-136.
18. Rodríguez-Reyes E., Cerda-Flores R., Quiñones-Pérez J., Cortés-Gutiérrez E. Validez de tres métodos utilizados para la detección incipiente del cáncer cervicouterino. Rev Med Inst Mex Seg Soc. 2009; 46 (3): 267-272.

## **WEBIBLIOGRAFÍA**

1. Fisterra.com, Vulvovaginitis [sede web]. La Coruña: Fisterra.com; 2008 [actualizada 26 de diciembre de 2008; acceso 1 de julio de 2010]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>
2. Fisterra.com, Úlceras genitales [sede web]. La Coruña: Fisterra.com; 2007 [actualizada 07 de septiembre de 2007; acceso 2 de julio de 2010]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>
3. Fisterra.com, Citología de cérvix, ó test de Papanicolaou [sede web]. La Coruña: Fisterra.com; 2006 [actualizada 18 de febrero de 2010; acceso 1 de julio de 2010]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>

**ANEXOS**





ANEXO 1      INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL      Folio  
 DELEGACIÓN NORTE DEL DF.  
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94  
 JEFATURA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
 “GUÍA PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE PATOLOGÍA GINECOLÓGICA”

**Ficha de identificación**

Nombre y Teléfono	
Número de afiliación	
Número de consultorio y turno	
Edad	
Estado civil	
Escolaridad	
Ocupación	

**Interrogatorio**

Tiene flujo	SI	NO		
<b>CARACTERÍSTICAS DEL FLUJO</b>				
Color	Amarillo-verdosa	Blanca-grumosa	Transparente	Grisáceo
Olor	Mal oliente	No característico		
<b>SÍNTOMAS ASOCIADOS</b>				
Comezón	SI	NO		
Ardor al orinar	SI	NO		
Dolor durante actividad sexual	SI	NO		

**Exploración ginecológica**

<b>CARACTERÍSTICAS REGIÓN VULVAR</b>				
Edema vulvar	SI	NO		
Eritema vulvar	SI	NO		
Lesiones condilomatosas	SI	NO		
Lesiones descamativas (rascado)	SI	NO		
Lesiones ampollosas	SI	NO		
Úlceras	SI	NO		
<b>CARACTERÍSTICAS CAVIDAD VAGINAL</b>				
Eritema vaginal	SI	NO		
Pared con aspecto “empedrado”	SI	NO		
Pared friable con tendencia al sangrado	SI	NO		
Zonas necróticas	SI	NO		
Lesiones ampollosas	SI	NO		
Úlceras	SI	NO		
<b>CARACTERÍSTICAS CERVIX</b>				
Eritema cervical	SI	NO		
Cérvix con aspecto “en fresa”	SI	NO		
Friabilidad con tendencia al sangrado	SI	NO		
Lesiones ampollosas	SI	NO		
Úlceras	SI	NO		
Lesiones condilomatosas	SI	NO		
Variantes anatómicas	SI	NO		
<b>CARACTERÍSTICAS DE LEUCORREA</b>				
Presencia	SI	NO		
Cantidad	Escaso	Abundante		
Aspecto	Amarillo-verdosa	Blanca-grumosa	Grisáceo	Transparente
Olor	No característico	Mal oliente	Olor a pescado	

**Diagnóstico clínico**

Candidiasis	Tricomoniasis	Vaginosis bacteriana	Herpes genital	VPH	Probable Displasia/CaCu
-------------	---------------	----------------------	----------------	-----	-------------------------

**Resultado de exudado vaginal:**

ANEXO 2 CUADROS Y FIGURAS

**Cuadro 1. Edad y diagnóstico clínico presuntivo**

<b>Edad</b>	<b>Candidiasis</b>		<b>Vaginosis bacteriana</b>		<b>Tricomoniiasis</b>		<b>VPH</b>		<b>Neoplasia</b>		<b>Total</b>		<b>%</b>
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
15-18	11	7.48	15	10.20	9	6.12	8	3.52	0	0	43	29.25	
19-22	18	12.24	6	4.08	6	4.08	6	2.64	0	0	36	24.48	
23-26	4	2.72	7	4.76	0	0	2	0.88	0	0	13	8.84	
27-30	10	6.80	6	4.08	4	2.72	0	0	0	0	20	13.60	
31-34	3	2.04	6	4.08	3	2.04	0	0	0	0	12	8.16	
35-38	4	2.72	4	2.72	2	1.36	0	0	0	0	10	6.80	
39-42	4	2.72	2	1.36	2	1.36	0	0	0	0	8	5.44	
43-46	2	1.36	0	0	0	0	0	0	1	0.68	3	2.04	
47-50	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.68	1	0.68	
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>38.09</b>	<b>46</b>	<b>31.29</b>	<b>26</b>	<b>17.68</b>	<b>17</b>	<b>7.48</b>	<b>2</b>	<b>1.36</b>	<b>147</b>	<b>100</b>	

**Cuadro 2. Estado civil y diagnóstico clínico presuntivo**

<b>Estado civil</b>	<b>Candidiasis</b>		<b>Vaginosis bacteriana</b>		<b>Tricomoniiasis</b>		<b>VPH</b>		<b>Neoplasia</b>		<b>Total</b>	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Casada	24	16.32	12	8.16	9	6.12	5	2.2	1	0.68	51	34.69
Unión libre	14	9.52	15	10.20	6	4.08	6	2.64	0	0	41	27.89
Soltera	18	12.24	19	12.92	11	7.48	6	2.64	0	0	54	36.73
Viuda	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.68	1	0.68
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>38.09</b>	<b>46</b>	<b>31.29</b>	<b>26</b>	<b>17.68</b>	<b>17</b>	<b>7.48</b>	<b>2</b>	<b>1.36</b>	<b>147</b>	<b>100</b>

**Cuadro 3 Escolaridad y diagnóstico clínico presuntivo**

<b>Escolaridad</b>	<b>Candidiasis</b>		<b>Vaginosis bacteriana</b>		<b>Tricomoniiasis</b>		<b>VPH</b>		<b>Neoplasia</b>		<b>Total</b>	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Secundaria	20	13.60	16	10.88	11	7.53	5	2.2	1	0.68	53	36.05
Primaria	14	9.52	11	7.48	9	6.12	5	2.2	0	0	39	26.53
Preparatoria	8	5.44	14	9.52	2	1.36	5	2.2	0	0	29	19.72
Licenciatura	11	7.48	5	3.40	4	2.72	1	0.44	0	0	21	14.28
Ninguna	3	2.04	0	0	0	0	1	0.44	1	0.68	5	3.40
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>38.09</b>	<b>46</b>	<b>31.29</b>	<b>26</b>	<b>17.68</b>	<b>17</b>	<b>7.48</b>	<b>2</b>	<b>1.36</b>	<b>147</b>	<b>100</b>

**Cuadro 4. Ocupación y diagnóstico clínico presuntivo**

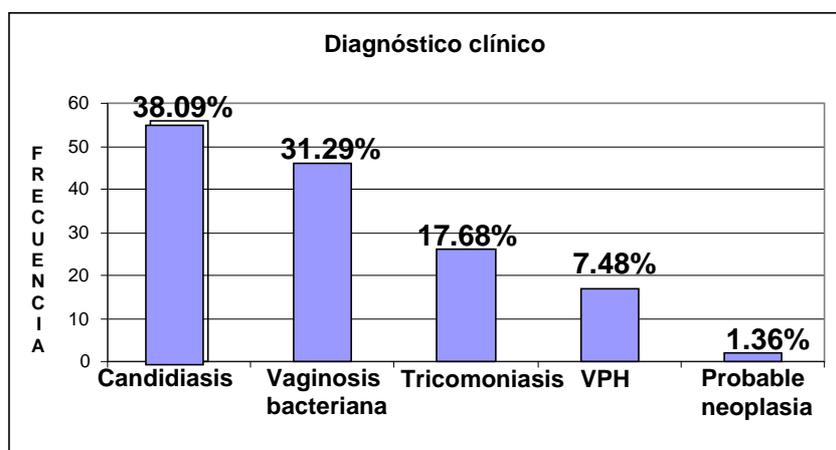
<b>Ocupación</b>	<b>Candidiasis</b>		<b>Vaginosis bacteriana</b>		<b>Tricomoniiasis</b>		<b>VPH</b>		<b>Neoplasia</b>		<b>Total</b>	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Ama de casa	25	17.00	19	12.92	7	4.76	7	3.08	1	0.68	59	40.13
Empleadas	17	11.56	15	10.20	10	6.8	7	3.08	1	0.68	50	34.01
Estudiantes	11	7.48	10	6.80	9	6.12	3	1.32	0	0	33	22.40
Profesionistas	3	2.04	2	1.36	0	0	0	0	0	0	5	3.40
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>38.09</b>	<b>46</b>	<b>31.29</b>	<b>26</b>	<b>17.68</b>	<b>17</b>	<b>7.48</b>	<b>2</b>	<b>1.36</b>	<b>147</b>	<b>100</b>

ANEXO 2 CUADROS Y FIGURAS

**Cuadro 5. Signos y síntomas asociados al diagnóstico clínico presuntivo**

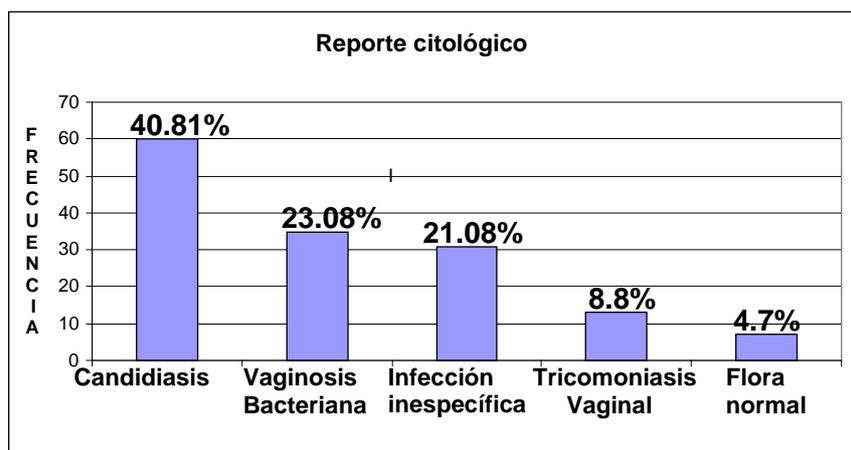
Signos y síntomas	Candidiasis		Vaginosis bacteriana		Tricomoniasis		VPH		Neoplasia		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Leucorrea	56	13.89	46	11.41	26	6.44	17	4.21	2	0.49	147	36.44
Prurito	45	11.16	32	7.93	22	5.45	15	3.72	1	0.24	115	28.5
Ardor	41	10.17	31	7.69	25	6.20	14	3.47	2	0.49	113	28.02
Dispareunia	0	0	0	0	25	6.20	1	0.24	2	0.49	28	6.93
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>35.23</b>	<b>109</b>	<b>27.04</b>	<b>98</b>	<b>24.31</b>	<b>47</b>	<b>11.66</b>	<b>7</b>	<b>1.73</b>	<b>403</b>	<b>100</b>

**Figura 1. Diagnóstico clínico**



Fuente: exploración ginecológica armada/guía para diagnóstico clínico

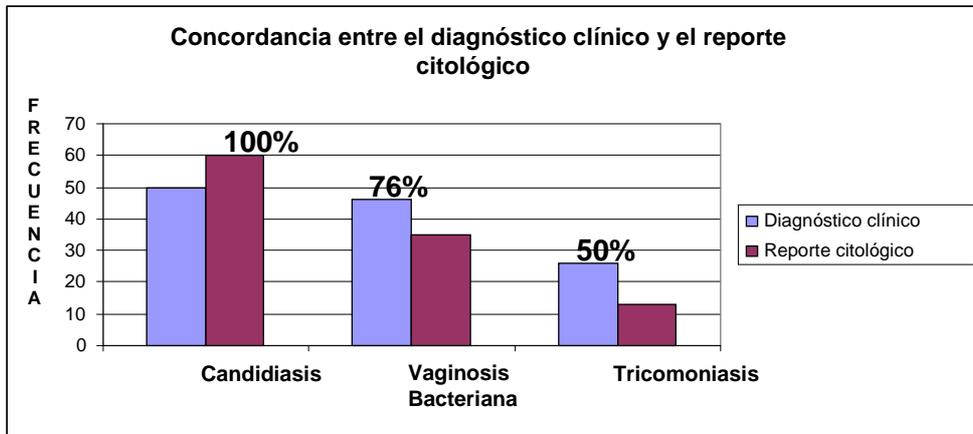
**Figura 2. Reporte citológico**



Fuente: exploración ginecológica armada/guía para diagnóstico clínico

ANEXO 2 CUADROS Y FIGURAS

Figura 3. Concordancia diagnóstica



Fuente: exploración ginecológica armada/guía para diagnóstico clínico