



Universidad Nacional Autónoma de México

Instituto Mexicano del Seguro Social

**INCIDENCIA Y SEGUIMIENTO POR EL MEDICO FAMILIAR A
PACIENTES SOSPECHOSOS DE CANCER CERVICO-UTERINO
(CLASE III, IV Y V DE PAPANICOLAOU) DEL 1o. DE
ENERO-31 DE DICIEMBRE DE 1986 EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 1 DE CD. OBREGON SONORA.**

T E S I S

1986 - 1987

Que para obtener la especialidad de:

MEDICINA FAMILIAR

P r e s e n t a :

Dr. Arturo Mora Jiménez



IMSS

Cd. Obregón, Sonora

1987

FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	<u>Página</u>
RESUMEN	1
INTRODUCCION	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
HIPOTESIS	8
MATERIAL Y METODOS	9
GUADROS Y GRAFICAS	11
RESULTADOS	24
DISCUSION	28
CONCLUSIONES	30
BIBLIOGRAFIA	31
ANEXO	32

RESUMEN.

De un total de 39,647 derechohabientes femeninos de 15 años en adelante, adscritas a la UMF I del IMSS de Cd. Obregón, Son., en el año de 1986; a 3,189 pacientes se les practicó el exámen citológico de detección oportuna de Cáncer cervicouterino en el Servicio de Medicina Preventiva, de las cuales resultaron 20 pacientes con reporte citológico sospechoso. Clase III, IV y V, realizándoseles a éstas, un estudio observacional, retrospectivo, longitudinal y descriptivo en el periodo comprendido del 1o. de enero al 31 de diciembre de 1986.

En cada caso se estudiaron las siguientes variables: edad, estado civil, inicio de vida sexual activa, paridad, sintomatología, envío al Servicio de Ginecología y el seguimiento del paciente por parte del Médico Familiar acerca del manejo efectuado por el médico tratante en segundo nivel.

Se encontró una incidencia de 20 pacientes sospechosos de CaCu - Clase III, IV y V en la UMF I de Cd. Obregón, Son. en el año de 1986 con una tasa de incidencia de 2.0 por 10,000 habitantes de mujeres derechohabientes expuestas al riesgo de CaCu, la mayor incidencia se presentó en el grupo de edad de los 33 a los 43 años - con un 45% del total de los casos, siendo el 75% de los pacientes reportados Clase III.

En el 60% de la población estudiada, la edad inicio de vida sexual activa fué antes de los 20 años, el número de gestaciones en el 45% de los pacientes era menor de 4 embarazos.

El síntoma principal en los 20 pacientes estudiados fué la leucorrea con un 65%, sólo un 55% fué enviado al servicio de Ginecología y así también a un 55% de las pacientes enviadas se les realizó el seguimiento.

Por otra parte las variables estudiadas en 25 Médicos Familiares - de la UMF I de Cd. Obregón, Son., por medio de un cuestionario fue

ron: conocimiento del riesgo de desarrollar Cáncer cervical en mujeres mayores de 40 años, en mujeres multigestas (más de 4 embarazos), con inicio de vida sexual activa a temprana edad, conocimiento de los principales síntomas en el Carcinoma cervicouterino (leucorrea, sangrado uterino trasvaginal, dolor pélvico), conocimiento del programa de detección de CaCU en el IMSS aplicable a pacientes de los 25 años en adelante, envío del paciente a segundo nivel con reporte citológico Clase III y finalmente si el Médico Familiar realiza el seguimiento del paciente enviado al HGZ I al anotar en el expediente clínico la terapéutica empleada.

Del cuestionario aplicado a los 25 Médicos Familiares el 88% sabe que el mayor riesgo de CaCU se presenta en pacientes con edad superior a los 40 años, con inicio de vida sexual activa a temprana edad, el 80% conoce que las multigestas con más de 4 embarazos -- son otro grupo de riesgo.

Asimismo, el 60% de los Médicos tiene conocimiento que la leucorrea es el síntoma predominante en el Cáncer Cervicouterino, el 100% sabe que hay un programa de Detección Oportuna de Cáncer cervicouterino en el IMSS, el 80% envía a sus pacientes con reporte citológico Clase III al Servicio de Ginecología y el 68% sigue a su población sospechosa de CaCU en segundo nivel.

INTRODUCCION

Toda enfermedad, cualquiera que sea su naturaleza: infecciosa o no infecciosa, es un problema médico, epidemiológico y social. Dominadas y controladas las enfermedades infecciosas, el Cáncer Cervical como entidad nosológica no infecciosa, surge como un problema médico en México, por tratarse de una patología crónica que incapacita y mata a muchos adultos en un periodo de producción.(1). En nuestro país el Cáncer Cervicouterino constituye un problema de importante magnitud, por su alto incremento como causa de mortalidad y por su gran trascendencia social, al afectar a las mujeres en su etapa más productiva y relevante dentro del núcleo familiar. (2).

Las neoplasias malignas en México, ocupan uno de los primeros lugares de mortalidad.(3). En 1974, de 20,912 defunciones registradas por Cáncer, 3,068 correspondieron a Carcinoma Cervicouterino, ocurriendo entre los 40 y 50 años de edad el primer lugar.(4). En la región sur de Sonora, en un estudio de 831 casos de tumores realizado del 15 de marzo de 1983 al 14 de marzo de 1984, en una población estimada en 743, 613 individuos y con una incidencia de 111.7 casos por 100,000 habitantes por año, 370 (44.5%) correspondieron a hombres y 461 casos (55.5%) a mujeres; siendo los tumores más frecuentes de cérvix con 175 casos (38.7%), broncogénico con 92 casos (20.3%), piel con 68 casos (14.7%), mama con 57 casos (12.6%), ignorándose el sitio primario en 60 casos (13.2%). Se encontró que la máxima frecuencia por edad ocurrió entre los 60 y 70 años, siendo aún más común a partir de los 40 años y con una incidencia en Cd. Obregón, Son. de 471 casos. (5) .

En otro estudio, se encontró una incidencia de tumores en la región sur de Sonora en 1983 de 154.1 casos por 100,000 habitantes por año, siendo el tumor más frecuente el de cérvix uterino con 250 casos y con una máxima frecuencia entre los 50 y 60 años de -

edad.(6).

En el Noroeste de México, el Cáncer Cervicouterino fué la neoplasia más frecuente en 600 pacientes (34.1%) de un total de 1,760 - casos, según estudio realizado en Cd. Obregón, Son. entre el 23 - de enero de 1975 y el 31 de diciembre de 1979. El trabajo se realizó mostrando los siguientes resultados: fué más frecuente en mujeres mayores de 30 años, con una máxima incidencia entre los 40 - y 50 años de edad, siendo más común en aquellas mujeres con inicio de vida sexual activa a los 18 años, con promiscuidad sexual y -- con un número de gestaciones superior a 4 embarazos. En cuanto a - la sintomatología, los resultados obtenidos en orden decreciente - fueron: hemorragia vaginal, flujo vaginal, dolor pélvico, estreñimiento, síntomas urinarios, asintomáticas, síntomas generales (as - tenia, adinamia, adelgazamiento, falta de apetito), edema de miembros pélvicos, masas tumorales y prurito vaginal.(7).

En el diagnóstico de Cáncer Cervicouterino es importante tomar en cuenta los siguientes factores de riesgo: inicio de relaciones sexuales a edad temprana, pacientes mayores de 35 años de edad con - antecedentes familiares de Carcinoma Cervicouterino o de otro tipo de Cáncer, bajo nivel socioeconómico, compañero no circunciso, mul ticompañeros sexuales, multiparidad, antecedentes de infecciones - cervicovaginales frecuentes y antecedentes de displasia cervical(8). Dadas las características biológicas de esta patología, la accesibilidad del utero y el desarrollo de técnicas diagnósticas y terapéuticas, esta entidad nosológica se hace vulnerable si se aplican oportunamente estas medidas en sus etapas incipientes o preclínicas. Definitivamente el valor de la citología exfoliativa en el -- diagnóstico de Cáncer Cervicouterino, por su alto grado de sensibilidad, especificidad, sencillez y bajo costo, es considerado como - el método más eficaz en el diagnóstico temprano de Cáncer invasor - del Cérvix, así como de sus precursores, el Carcinoma In Situ y las displasias.

La implantación de programas masivos de detección con el método citológico que cubra ampliamente a la población en riesgo, apoyados en un adecuado tratamiento y control de la patología cervicouterina contribuirán en gran medida a disminuir la tasa de mortalidad por esta enfermedad.(2).

Actualmente el Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Unidad de Medicina Familiar I de Cd. Obregón, Son., dentro de las actividades y programas básicos de salud, cuenta con el Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervico-uterino, descubriendo y brindando tempranamente en mujeres de 25 años y con vida sexual activa un diagnóstico y tratamiento oportuno.(9).

A continuación se enlista la clasificación de citología cervicovaginal (Papanicolaou)(8), así como la clasificación de DOC empleada en el Laboratorio Regional de Citología Exfoliativa del Noroeste de México, Cd. Obregón, Son.(10).

Clasificación de Citología Cervicovaginal (Papanicolaou)

Clase I : Normal (ausencia de células anormales y atípicas)

Clase II : Inflamatoria (células anormales y atípicas no sugestivas de malignidad).

Clase III: Sospechoso (células anormales y atípicas sugestivas de malignidad).

Clase IV: Positivo (células fuertemente sugerentes de malignidad).

Clase V : Positivo (células neoplásicas malignas).

Clasificación usada en DOC por el Laboratorio Regional de Citología Exfoliativa del Noroeste de México, Cd. Obregón, Son.

Clase de Papanicolaou	Características citológicas cervicovaginales	Interpretación clínica	Sugerencias al Médico tratante
Clase I	Sin atipias	Normal	Sin tratamiento
Clase II	Inflamación Metaplasia Displasia leve	Negativo	Tratamiento y - citología nueva
Clase III	Displasia moderada Displasia severa	Sospechoso	-Tratamiento y citología -Biopsia previo Schiller.
Clase IV	Ca In Situ	Sospechoso de Malignidad	Biopsia previo Schiller.
Clase V	Ca In Situ Ca Invasor Adenocarcinoma	Positivo	Biopsia previo Schiller.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante la práctica médica, el Médico Familiar realiza actividades de orientación acerca de los factores de riesgo del Cáncer cervicouterino, conoce la importancia de la detección, está conciente del problema que engendra esta patología, sin embargo, ¿conoce realmente la incidencia de mujeres sospechosas de Cáncer cervical que se presenta en la UMF I de Cd. Obregón, Son.?, ¿realiza el seguimiento de sus pacientes con reporte citológico clase III, IV y V al transferirlos a segundo nivel?, ¿inquieta sobre el tratamiento instituido por el médico tratante?. Estas son interrogantes que posiblemente no revistan importancia en la práctica diaria del médico familiar, pero si es importante para el paciente con Cáncer cervicouterino, quien experimenta cambios en su esfera biopsicosocial y también lo debiera ser para el médico de primer nivel, ya que el seguimiento representa una retroalimentación positiva en la relación médico-paciente.

HIPOTESIS.

- 1.- El Médico Familiar desconoce la incidencia de pacientes sospechosos de CaGU en la UMF I, Cd. Obregón, Son.

- 2.- El Médico Familiar no continúa el seguimiento de los casos sospechosos de Cáncer Cervical Uterino, detectados en su población.

MATERIAL.

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, longitudinal y descriptivo en la UMF I y HGZ I del IMSS en Cd. Obragón, Son., en un periodo comprendido del 1o. de enero al 31 de diciembre de 1986.

En el año de 1986 la población femenina mayor de 15 años de edad adscrita a la UMF I del IMSS era de 39,647 derechohabientes, de las cuales en el Servicio de Medicina Preventiva de esa Unidad se les practicó el exámen citológico cervico-vaginal a un grupo de 3,189 mujeres expuestas a riesgo de CaCU, obteniéndose un universo de trabajo de 20 pacientes sospechosas de CaCU, es decir, aquellas con Clase III, IV, V de Papanicolaou, reportadas en el Laboratorio Regional de Citología Exfoliativa del Noroeste de México y cuyas edades se encuentran comprendidas entre los 22 y los 65 años.

Se estudiaron las siguientes variables en las pacientes sospechosas de CaCU: edad, estado civil, inicio de vida sexual activa, - paridad o número de gestaciones y sintomatología presente en ellas. También se estudio el conocimiento del Médico Familiar del Programa de Detección Oportuna de CaCU en el IMSS, la edad de indicación del Programa, los factores de riesgo para ésta neoplasia como son el ser pacientes mayores de 40 años de edad, con inicio de vida sexual activa a edad temprana y multigestas (pacientes con más de cuatro gestaciones), síntomas presentes en los casos estudiados: - leucorrea, sangrado uterino transvaginal y dolor pélvico; tiempo en que se reporta el exámen citológico cervicovaginal, envío a segundo nivel, Ginecología y finalmente el seguimiento del paciente sospechoso. Entendiéndose como paciente sospechoso de CaCU, aquel paciente con reporte citológico Clase III, IV y V que es enviado por el Médico Familiar al Servicio de Ginecología y al cual se le interroga en entrevistas posteriores a la fecha de envío, acerca -

de las acciones hechas por el Médico tratante en segundo nivel, - siendo anotadas en el expediente clínico de su Clínica de adscripción.

La información se obtuvo a través del archivo del Laboratorio Regional de Citología Exfoliativa del Noroeste, del Archivo Clínico de la Unidad de Medicina Familiar No. 1, del Archivo Clínico del Hospital General de Zona No. I y de un cuestionario elaborado para ser contestado por 25 Médicos Familiares de UMF I de Cd. Obregón, Son., el cual se anexa.

**CUADRO 1. INCIDENCIA SOSPECHOSOS CACU DE PAPANICOLAOU
POR MES Y GRUPO DE EDAD UMF1, IMSS**

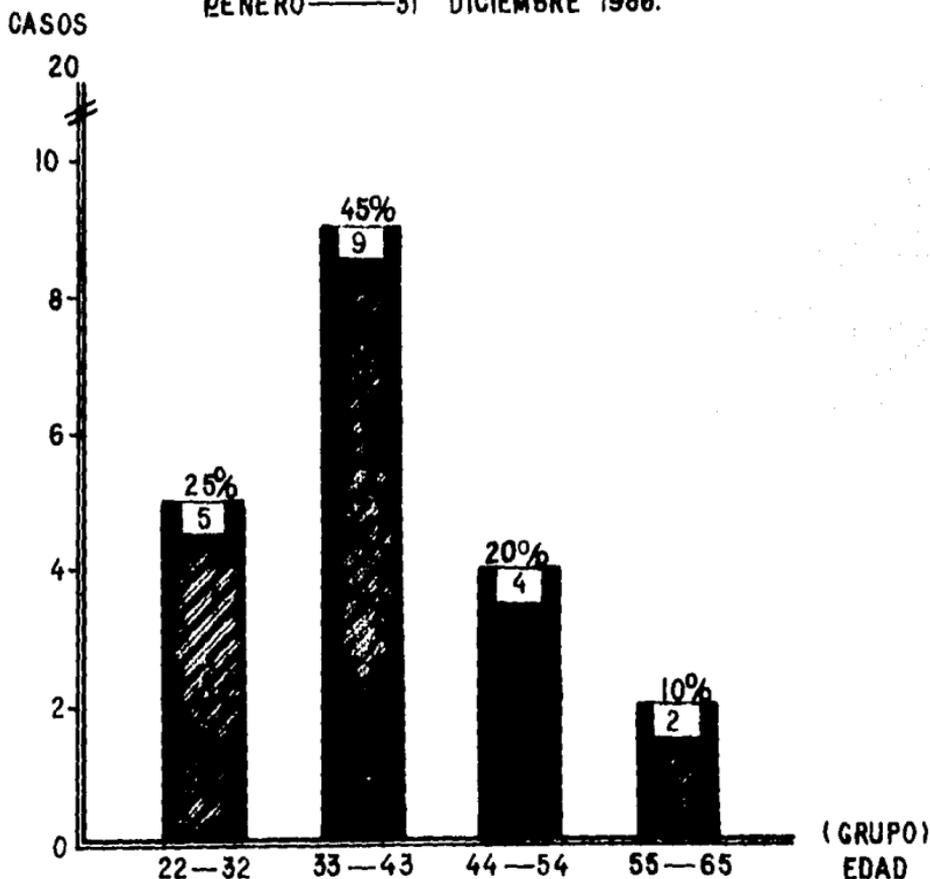
CD. OBREGON SONORA

1º ENERO — 31 DICIEMBRE 1986.

MES \ GPO EDAD	22 — 32	33—43	44—54	55—65	TOTAL	0 / 0
ENERO	1	1			2	10
FEBRERO		1		1	2	10
MARZO					0	0
ABRIL	2				2	10
MAYO	1				1	5
JUNIO	1	1	1		3	15
JULIO			1		1	5
AGOSTO			1		1	5
SEPT.		3			3	15
OCT.		1	1	1	3	15
NOV.		1			1	5
DIC.		1			1	5
TOTAL	5	9	4	2	20	
0 / 0	25	45	20	10	100%	100%

**FUENTE: ARCHIVO CLINICO
UMF 1, IMSS**

**GRAFICA 1.— INCIDENCIA SOSPECHOSOS CACU DE PAPANICOLAOU
POR GRUPO EDAD UMF1 IMSS.
CD. OBREGON SONORA
PENERO — 31 DICIEMBRE 1986.**



Media = 39.6

Moda = 33-45 (39 y 43)

Mediana = 39.6

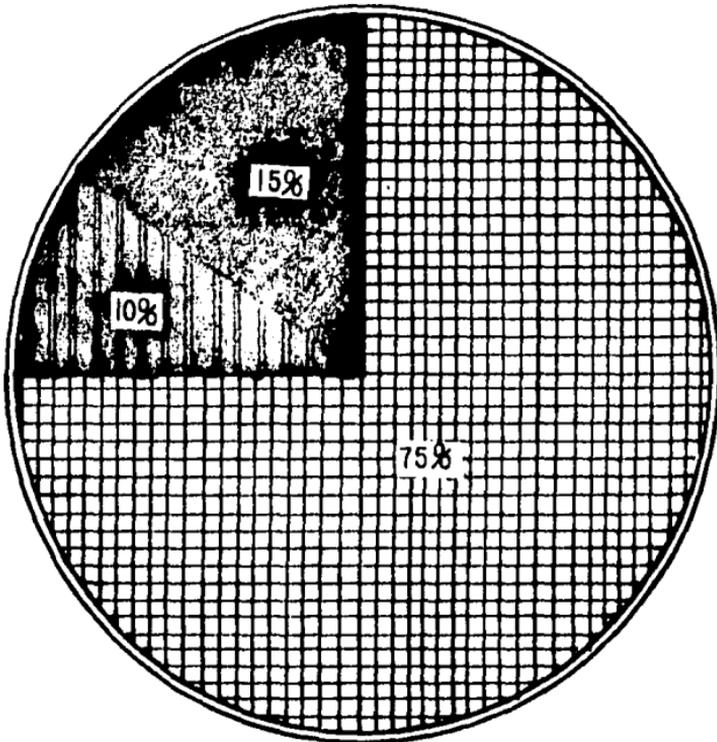
Desviación estandar = 10.0

FUENTE : ARCHIVO CLINICO
UMF 1, IMSS.

GRAFICA 2. DISTRIBUCION SOSPECHOSOS CACU POR CLASES III, IV, V, DE PAPANICOLAOU UMF 1, IMSS

CD. OBREGON SONORA

1º ENERO — 31 DICIEMBRE 1986



CLASE III (15 CASOS), (9 DCM, 6 DCS)*

CLASE IV (2 CASOS)

CLASE V (3 CASOS)

* DCM: Displasia Cervical Moderada

DCS: Displasia Cervical Severa

FUENTE: ARCHIVO CLINICO

LAB. CITOLOGIA
UMF 1, IMSS

**CUADRO 2. RELACION DE SOSPECHOSOS CACU DE ACUERDO A LA
ATIPIA CELULAR UMF 1 IMSS**

CD. OBREGON SONORA

10 ENERO — 31 DICIEMBRE 1986

		C L A S E S							
ATIPIA CELULAR		CLASE III		CLASE IV		CLASE V		TOTAL	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
D I S P L A S I A	DCM*	9	60					9	45
	DCS*	6	40					6	30
	Cacu insitu			2	100	1	33.3	3	15
	Cacu invasor					2	66.6	2	10
	Adenocarcinoma								
	Total :	15	100	2	100	3	99.9	20	100

* DCM. Displasia Cervical Moderada

* DCS. Displasia Cervical Severa

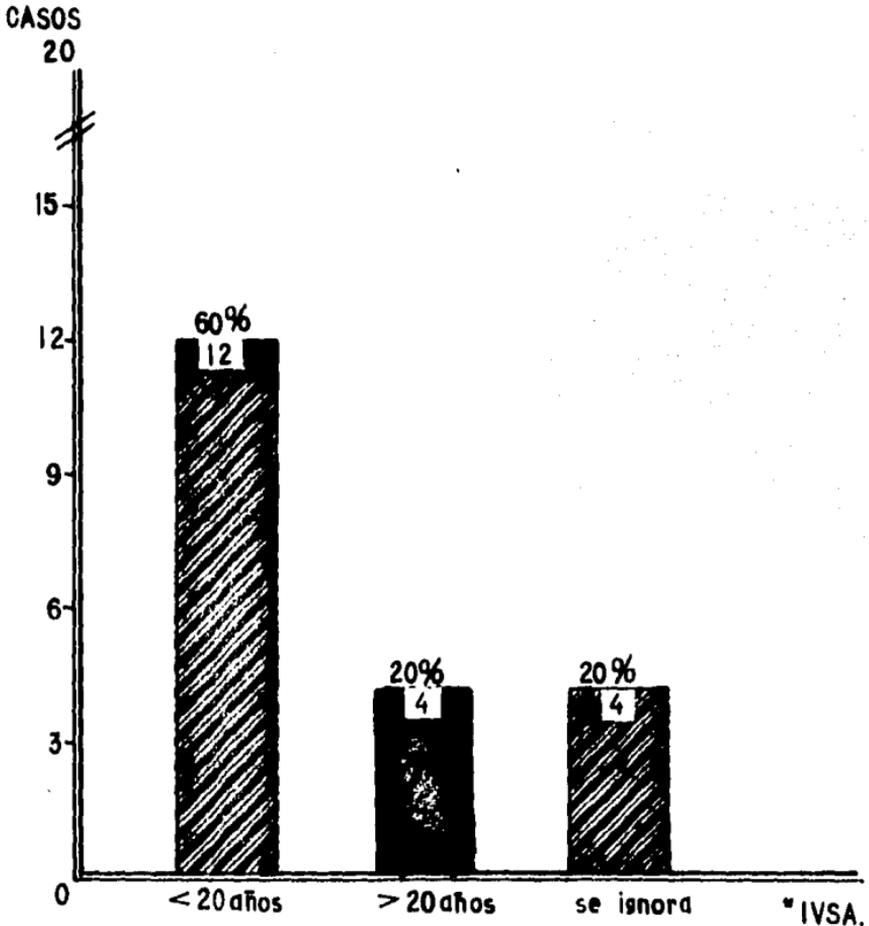
FUENTE: ARCHIVO CLINICO
UMF 1, Y HGZ1
IMSS.

CUADRO 3. RELACION DE SOSPECHOSOS CACU SEGUN EDAD
UMF1, IMSS CD. OBREGON SONORA
1º ENERO—31 DICIEMBRE 1986

EDAD	III		IV		V		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
22—32	6	40					5	25
33—43	6	40	2	100	1	33.3	9	45
44—54	2	13.3			2	66.6	4	20
55—65	1	6.6	0	0			2	10
TOTAL	15	99.9	2	100	3	99.9	20	100

FUENTE:
 ARCHIVO CLINICO
 UMF 1, IMSS

GRAFICA. 3 RELACION DE SOSPECHOSOS CACU DE PAPANICOLAU
CON INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA UMF1 IMSS
CD. OBREGON SONORA
1º ENERO — 31 DICIEMBRE 1986.



* Inicio de Vida Sexual Activa

FUENTE ARCHIVO
CLINICO
UMF1, IMSS

**CUADRO 4. RELACION DE PACIENTES SOSPECHOSOS CACU CON
IVSA* UMF1, IMSS**

CD. OBREGON SONORA

19 ENERO — 31 DICIEMBRE 1986

EDAD IVSA*	III		IV		V		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%
15—20	8	53.3	1	50	3	100	13	65
21—26	2	13.3					2	10
Se ignora	5	33.3	1	50			5	25
Total	15	99.9	2	100	3	100	20	100

*IVSA

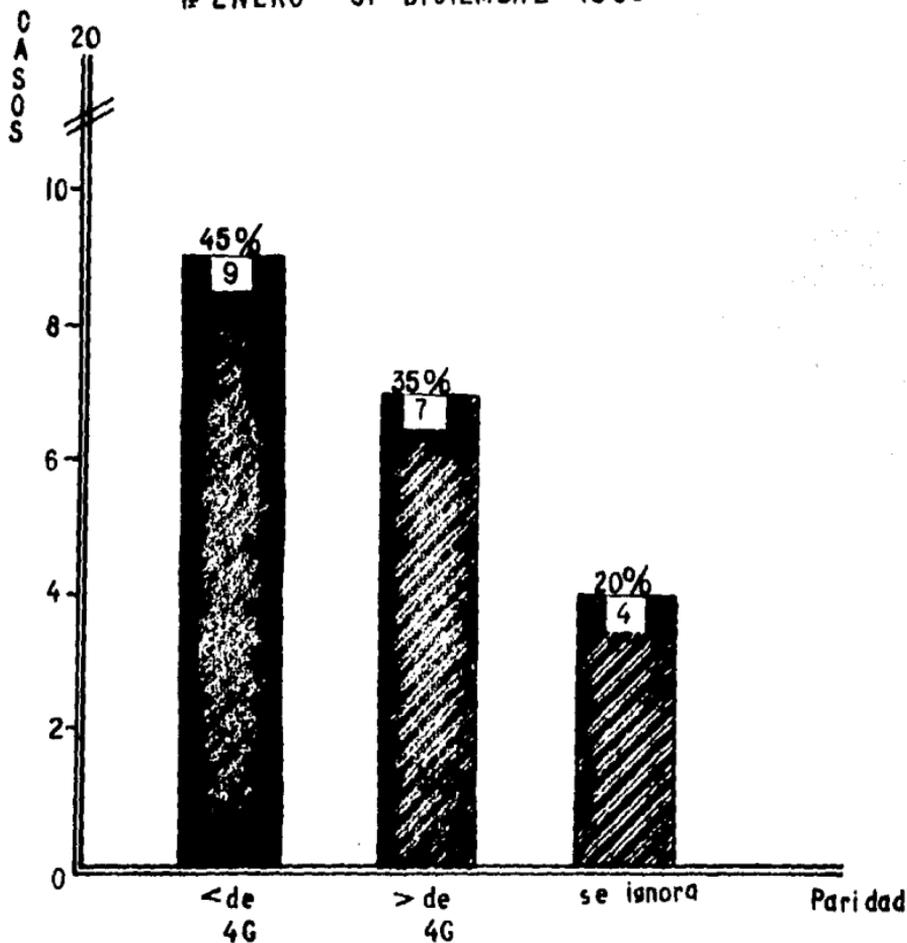
Inicio de Vida Sexual Activa

**FUENTE: ARCHIVO CLINICO
UMF 1, IMSS**

**GRAFICA 4. RELACION DE SOSPECHOSOS CACU DE PAPANICOLAOU
SEGUN PARIDAD UMF1, IMSS**

CD. OBREGON SONORA

1º ENERO — 31 DICIEMBRE 1986



**FUENTE : ARCHIVO CLINICO
UMF1, IMSS**

**CUADRO 5. RELACION DE SOSPECHOSOS CACU SEGUN NU
MERO DE EMBARAZOS UMF1, IMSS**

CD. OBREGON SONORA

1º ENERO — 31 DICIEMBRE 1986

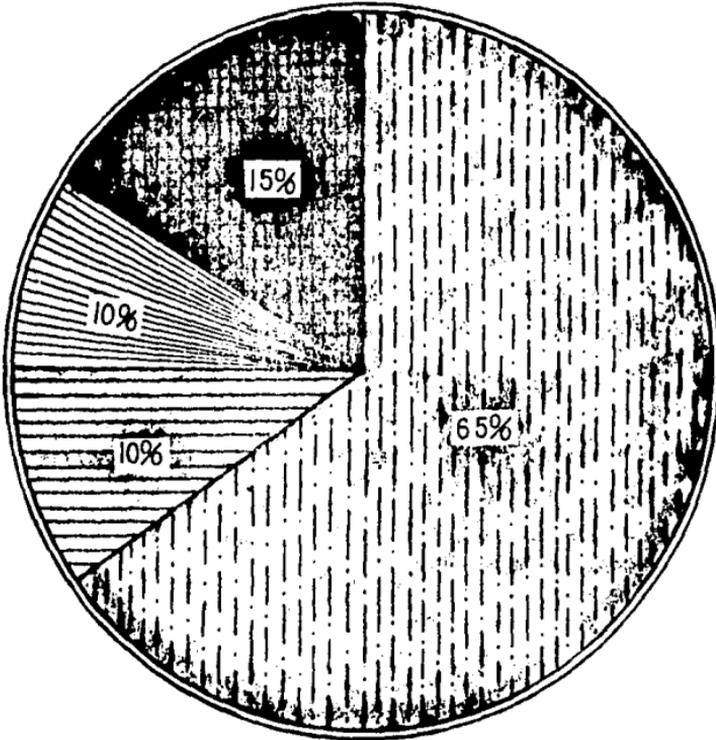
PARIDAD No. de (EMBARAZOS)	III		IV		V		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
< 4	8	53.3	1	50			9	45
> 4	3	20	1	50	3	100	7	35
Se ignora	4	26.6					4	20
Total	15	99.9	2	100	3	100	20	100

FUENTE : ARCHIVO CLINICO
UMF1 IMSS.

GRAFICA 5. PRESENCIA DE SINTOMAS SOSPECHOSOS
CACU CLASE III, IV, V DE PAPANICOLAOU
UMF 1 IMSS

CD. OBREGON SONORA

1º ENERO — 31 DICIEMBRE 1986



Leucorrea (13 casos)
Sangrado transvaginal (2 casos)
Otros sintomas (2 casos)
Se ignoran (3 casos)

FUENTE : ARCHIVO CLI

NICO UMF1

HGZ 1 IMSS

CUADRO 6. RELACION DE SOSPECHOSOS CACU CON SINTOMAS, UMF 1 IMSS

CD. OBREGON SONORA

19 ENERO — 31 DICIEMBRE 1986

REPORTE CITOLOGICO	LEUCORREA		STV *		OTROS		SE DESCONOCEN		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
III	10	76.9	1	50	1	50	3	100	15	75
IV	2	15.3							2	10
V	1	7.7	1	50	1	50			3	15
TOTAL	13	99.9	2	100	2	100	4	100	20	100

*STV Sangrado Transvasinal

FUENTE: ARCHIVO CLINICO
UMF1 HGZ 1
IMSS

**CUADRO 7. RELACION DE PACIENTES SOSPECHOSOS CACU
CON ENVIO A GINECOLOGIA UMF1, IMSS**

CD. OBREGON SONORA

10 ENERO — 31 DICIEMBRE 1986

CLASE	ENVIO A GINECOLOGIA						TOTAL	
	SI		NO		SE IGNORA			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
III *DCM.	3	27.2	5	100	1	25	9	45
	*DCS.	3	27.2			3	75	6
IV	2	18.1					2	10
V	3	27.2					3	15
TOTAL	11	99.7	5	100	4	100	20	100

*DCM Displasia Cervical Moderada

*DCS Displasia Cervical Severa

FUENTE: ARCHIVO

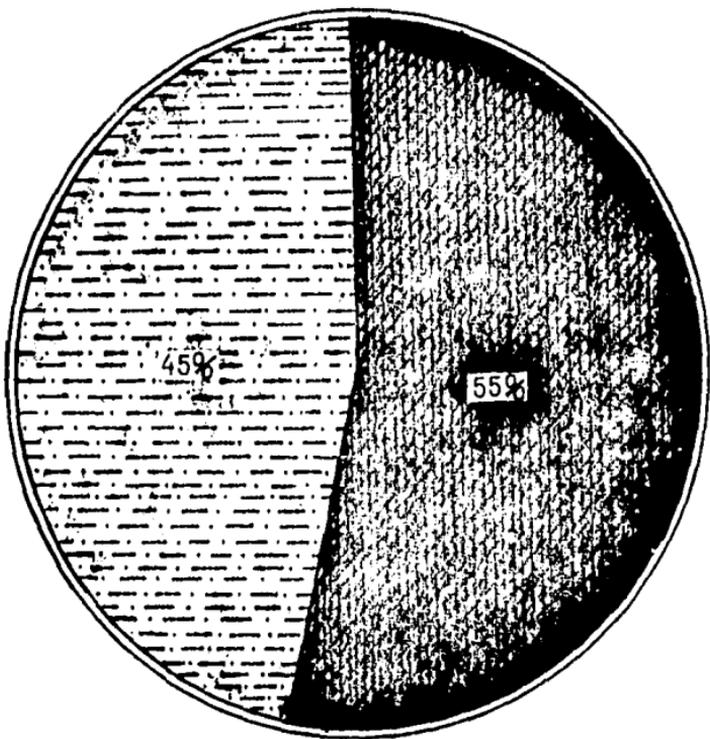
CLINICO

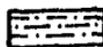
UMF1, HGZ1

IMSS

**No se encontraron datos en el expediente
que indicaran envío o no a ginecología

GRAFICA 6. SEGUIMIENTO DE SOSPECHOSOS CAGU DE PAPA
NICOLAOU POR MED. FAM. UMF 1 IMSS
CD. OBREGON SONORA
1º ENERO—31 DICIEMBRE 1986.



 Nº. DE CASOS SI SEGUIDOS (11)
 Nº. DE CASOS NO SEGUIDOS (9)

FUENTE: ARCHIVO CLINICO
UMF 1, IMSS

RESULTADOS.

Durante el periodo comprendido del 1o. de enero al 31 de diciembre de 1986, se realizó el estudio de 20 pacientes sospechosos de CaCU (incidencia de sospechosos de CaCU Clase III, IV y V en 1986), mediante datos obtenidos del Archivo Clínico de la UMF I y HGZ I - del IMSS de Cd. Obregón, Son.

El mayor número de casos reportados en el plazo referido, fué en los meses de junio, septiembre y octubre con un 15% respectivamente para cada mes. (Cuadro 1).

Se reporto una incidencia de 20 casos sospechosos de CaCU Clase III, IV y V en la UMF I, comprendidos en una edad de los 22 a los 65 años, con una tasa de incidencia de 2.0 por 10,000 habitantes - de mujeres derechohabientes expuestas al riesgo de CaCU. La mayor incidencia estuvo en el grupo de edad de los 33 a los 43 años con 9 casos, esto es, el 45% del total de los casos estudiados, siguiéndole el grupo de los 22 a los 32 años con 5 casos (25%), 4 casos - (20%) para la edad comprendida entre los 44 y los 54 años y finalmente con 2 casos (10%) para el grupo de edad entre los 55 y 65 años. (Gráfica 1).

De acuerdo al reporte histológico de los 20 pacientes sospechosos de CaCU, 15 casos (75%) fueron Clase III, 2 casos (10%) Clase IV y 3 casos (15%) Clase V. (Gráfica 2).

De los 15 pacientes Clase III, 9 de ellos (60%) se reportaron como Displasia Cervical Moderada y 6 casos (40%) como Displasia Cervical Severa; para los 2 casos Clase IV ambos fueron Carcinoma In Situ; en la Clase V con 3 casos, dos de ellos (66.6%) eran Carcinoma Invasor y un caso (33.3%) Carcinoma In Situ. (Cuadro 2).

En el reporte citológico de las pacientes sospechosas de CaCU por grupo de edad se encontró que de los 15 casos Clase III, 6 casos - (40%) estaban en el grupo de edad de los 22 a los 42 años, otros - 6 casos (40%) en el de los 33 a 43 años, 2 casos (13.3%) en el --

grupo de 44 a 54 años y un caso (6.6%) en el grupo de los 55 a 65 años.

Para la Clase IV, los únicos 2 casos (100%) estuvieron en el grupo de los 33 a 43 años de edad. En la Clase V de los 3 casos uno de ellos (33.3%) estuvo entre los 33 y 43 años y los otros dos casos (66.6%) entre los 44 y 54 años. (Cuadro 3).

En 12 casos (60%) de los 20 pacientes estudiados, la edad de inicio de vida sexual activa fué antes de los 20 años, en 4 casos (20%) la edad fué después de los 20 años y en 4 pacientes más (20%) se desconoce la edad de inicio de vida sexual activa (Gráfica 3).

El inicio de vida sexual activa para los 15 pacientes Clase III -- fué en 8 de ellos (53.3%) entre los 15 y 20 años, en 2 casos (13.3%) entre los 21 y 26 años y en 5 pacientes (33.3%) no se reportó la edad. (Cuadro 4).

En relación al número de embarazos, de los 20 reportes citológicos sospechosos de CaCU en 9 casos (45%) las pacientes tenían menos de 4 gestaciones, 7 casos (35%) con más de 4 embarazos y en 4 pacientes (20%) se ignoraba la paridad (Gráfica 4).

De los 15 pacientes agrupados como Clase III, 8 de ellos (53.3%) -- tenían una paridad menor de 4 embarazos, en 3 casos (20%) el número de gestaciones era mayor de 4, y en 4 pacientes (26.6%) no se -- encontró el reporte del número de gestaciones. De los 2 casos Clase IV, uno de ellos (50%) tenía más de 4 embarazos y el otro (50%) con menos de 4 embarazos.

Para los 3 pacientes restantes Clase V el número de gestaciones -- fué mayor de 4 embarazos. (Cuadro 5).

El síntoma predominante en 13 casos (65%) del total de pacientes -- estudiados fué la leucorrea, en 2 casos (10%) fué el sangrado -- transvaginal, en otros 2 casos (10%) enumerados como otros síntomas uno presentaba prolapsos uterino y el otro estaba asintomático. Finalmente en 3 pacientes (15%) no se reportaba el síntoma presente. (Gráfica 5).

Al agrupar los síntomas que presentaban los pacientes por Clase sospechosa se encontró que de los 13 casos con leucorrea, 10 pacientes (76.9%) correspondían a la Clase III, 2 casos (15.3%) a la Clase IV y un caso (7.7%) a la Clase V. El sangrado transvaginal estuvo presente en 2 casos, uno (50%) en la Clase III y otro (50%) en la Clase V. En dos casos agrupados como otros síntomas, uno fué Clase III y otro Clase V equivalente a un 50% para cada uno. En el caso de los 3 pacientes sin reporte de síntomas, éstos pacientes estaban dentro de la Clase III. (Cuadro 6).

Los pacientes enviados a Ginecología con reporte citológico Clase III, IV y V fueron 11 casos (55%), 5 casos (25%) no se canalizaron y en 4 pacientes más (20%) no se encontró dato alguno en el expediente clínico del derechohabiente que indicara el envío o no a segundo nivel. De los 11 casos enviados al Servicio de Ginecología, 6 de ellos (54.4%) eran Clase III, 2 casos (18.1%) fueron Clase IV y 3 pacientes más (27.2%) eran Clase V. Los cinco pacientes no enviados a segundo nivel eran Clase III con atipia celular de Displasia Cervical Moderada. Los últimos 4 pacientes en los que se ignora si fueron referidos al Servicio de Ginecología fueron Clase III. (Cuadro 7).

El seguimiento de las 20 pacientes sospechosas de CaCU Clase III, IV y V, sólo fué efectuado por el Médico Familiar en 11 casos, (55%), en tanto que en los 9 casos restantes (45%) no sucedió así. (Gráfica 6).

En el cuestionario elaborado para ser resuelto por 25 Médicos Familiares de la UMF I del IMSS de Cd. Obregón, Son., se encontraron los siguientes datos: en 22 Médicos Familiares (88%) de la UMF I se tiene conocimiento que el mayor riesgo de desarrollar CaCU es en pacientes mayores de 40 años; 20 Médicos (80%) saben que las multigestas (más de 4 embarazos) son otro grupo de riesgo en la aparición de CaCU y que igualmente ese riesgo de presentar Cáncer cervical en mujeres con inicio de vida sexual activa a edad temprana es

conocido por 22 Médicos Familiares (88%). Quince Médicos (60%) saben que el síntoma principal de éste trastorno es la leucorrea, - en tanto otros 10 Médicos (40%) conocen que el síntoma que precede a la leucorrea es el sangrado transvaginal. Los 25 Médicos Familiares (100%) saben que hay un Programa de Detección Oportuna de CaCU en el IMSS, 15 de estos Médicos (60%) tienen conocimiento de que - éste Programa está indicado después de los 25 años de edad. El envío al Servicio de Ginecología, de un paciente con reporte citológico Clase III lo realizan 20 Médicos (80%) de la UMF I de los - 25 entrevistados. De éste grupo de Médicos sólo 17(68%) contestaron que sí continuaban el seguimiento del paciente en segundo nivel en consultas posteriores a la fecha del reporte histológico, 7 Médicos (28%) contestaron que no hacen el seguimiento y sólo - 1 (4%) no contestó a la pregunta.

DISCUSION.

El presente estudio demostró una incidencia de 20 casos sospechosos de CaCU Clase III, IV y V en la UMF I del IMSS en Cd. Obregón, Son., en el periodo del 10. de enero al 31 de diciembre de 1986 - (5, 6), con una tasa de incidencia de 2.0 por 10,000 habitantes de mujeres derechohabientes expuestas al riesgo de CaCU.

Se observó que la mayor incidencia de sospechosos de CaCU en la -- UMF I, fué en el grupo de edad de los 33 a los 43 años con 9 casos (45%) acorde al estudio del Dr. Rodríguez Peral (7), en donde la mayor incidencia era entre los 40 y 50 años de edad, sin embargo, hay que tomar en consideración que éste estudio retoma solamente - casos sospechosos, no así los casos reportados por el Dr. Rodríguez Peral, que son ya estrictamente hablando casos de CaCU.

El reporte citológico cervicovaginal más frecuentemente encontrado fué el de Clase III con 15 casos (75%), (Gráfica 2). Este clínicamente se interpreta como una paciente sospechosa de CaCU, siendo - la conducta a seguir en este caso, dar tratamiento y repetir el estudio cervicovaginal o bien realizar el estudio de biopsia cervical previo Schiller, correspondiéndole ambas conductas al Ginecólogo, - de ahí la importancia de realizar el envío de la paciente con reporte citológico Clase III a segundo nivel, ya que este padecimiento puede evolucionar a un Clase IV o Clase V. Sin embargo, como posteriormente se describirá, no todos los pacientes son referidos al HGZ I por los Médicos Familiares.

Por otra parte se encontró que el inicio de vida sexual activa antes de los 20 años, guarda estrecha relación con la presencia de - reportes citológicos Clase III, IV y V en el 60% de los casos. (Gráfica 3). Este resultado es similar al estudio del Dr. Rodríguez Peral (7), además de que ésta consideración se encuentra presente en el 88% de los Médicos Familiares entrevistados.

La correlación que guarda la incidencia de sospechosos de CaCU con

respecto al número de embarazos fué de 9 casos (45%) en pacientes con menos de 4 gestaciones y de 7 casos (35%) para más de 4 embarazos. (Gráfica 4). Estos resultados concuerdan con el reporte de CaCU en el Noroeste de México de 1983(7) y cuyos datos como factor de riesgo son conocidos por el 88% de los Médicos de la UMF I entrevistados.

El síntoma predominante en 13 casos (65%) fué la leucorrea y en un 10% lo fué el sangrado transvaginal, en forma similar a como lo refiere el Dr. Rodríguez Peral (7), y como lo describen el 60% de los Médicos Familiares de la UMF I a los que se les aplicó un cuestionario.

Las pacientes enviadas al Servicio de Ginecología del HGZ I del IMSS fué un 55% del total de los casos sospechosos de CaCU. (Cuadro 7). Sin embargo en el cuestionario aplicado a los 25 Médicos Familiares el 80% contestó que sí envían al paciente con reporte citológico Clase III, lo cual no coincide con el número de pacientes realmente enviados a Ginecología, situación que posiblemente se deba a la falta de coordinación entre el Servicio de Medicina Preventiva y el Médico Familiar para la canalización de pacientes con reporte sospechoso de CaCU o bien se deba al desconocimiento por parte del Médico Familiar de la conducta a seguir ante un paciente con reporte cervicovaginal Clase III.

Por último, el seguimiento de las 20 pacientes sospechosas de CaCU fué efectuado sólo por el 55% de los Médicos encargados de esos pacientes, situación que no debería suceder. Aquí es necesario mencionar que no siempre el Médico Familiar envía al paciente a segundo nivel, sino que la envía al Servicio de Medicina Preventiva, lo que ocasiona que al no ser el Médico Familiar quien canaliza a la paciente, ignore que ésta ya está siendo tratada por Ginecología y por lo tanto no pueda realizar el seguimiento. Sin embargo, debe insistirse en lo importante que es realizar el seguimiento al permitir una retroalimentación médico-paciente positiva.

CONCLUSIONES.

La incidencia de pacientes sospechosos de CaCU Clase III, IV y V en la UMF I, del IMSS en Cd. Obregón, Son., en el periodo del 1.º de enero al 31 de diciembre de 1986 fué de 20 casos, con una tasa de incidencia de 2.0 por 10,000 habitantes de mujeres derechohabientes expuestas al riesgo de CaCU.

Dentro de los factores de riesgo presentes en las 20 pacientes estudiadas se encuentran: la edad mayor a los 20 años, el inicio de vida sexual activa a edad temprana y la multiparidad.

Los síntomas encontrados en el presente estudio fueron principalmente la leucorrea y en forma secundaria el sangrado transvaginal. El seguimiento de las pacientes sospechosas de CaCU por parte de los Médicos Familiares de la UMF I del IMSS, sólo se efectuó en el 55% de los casos.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- San Martín, Hernan. Salud y enfermedad. Ed. Prensa Médica 4a. edición, 1985. Pág. 495-502.
- 2.- Juárez Vergara, Pino y Meza Banda, Sofía. Cáncer cervicouterino. Histología normal y citología exfoliativa. IMSS, 1986, pág. 13.
- 3.- Olper Palacci, Ricardo. Boletín de la oficina sanitaria panamericana. Vol. XCI, núm. 4, Oct. 1981. Pág. 318
- 4.- Dirección General de Estadística SIC.
- 5.- Lugo Caro, Mario. Registro de tumores en la región sur de Sonora, periodo 15 marzo de 1983 al 14 de marzo de 1984. Tesis-HGZ I, Pg. 2 a 20.
- 6.- Orozco Villegas, Miguel Angel. Incidencia de tumores en la región del sur de Sonora 1983. Pág. 15.
- 7.- Rodríguez Peral, J. Carcinoma cervicouterino en el Noroeste de México. Revista Médica del IMSS. 1983. Vol. 21. Pág. 184-189.
- 8.- Subdirección General Médica, IMSS. Guía para el diagnóstico de los tumores malignos. 1986, Pgs. 5,9,31.
- 9.- Instrumentos normativos, síntesis de los Programas Médico-preventivos. 1986. Pág. 101.
- 10.- Archivos del Laboratorio Regional de Citología Exfoliativa del Noroeste de México, 1986.

CUESTIONARIO APLICADO A MÉDICOS FAMILIARES.

- 1.- ¿Las pacientes que tienen mayor riesgo de desarrollar Cáncer cervical son aquellas mayores de 40 años?
 - a) Sí
 - b) No
- 2.- ¿Las pacientes multigestas (más de 4 partos) tienen mayor riesgo de desarrollar Cáncer cervicouterino?
 - a) Sí
 - b) No
- 3.- ¿Tienen mayor riesgo de desarrollar Cáncer cervical las pacientes con inicio de vida sexual a edad temprana?
 - a) Sí
 - b) No
- 4.- Señale usted los principales síntomas en orden de frecuencia en los pacientes con CaCU.
 - a) Dolor pélvico
 - b) Leucorrea
 - c) Sangrado transvaginal
- 5.- ¿Hay un programa de detección de cáncer cervicouterino en el IMSS?
 - a) Sí
 - b) No.
- 6.- ¿El Programa de detección de CaCU está indicado después de los 25 años de edad?
 - a) Sí
 - b) No
- 7.- ¿Cuando usted recibe un reporte citológico Clase III de Papanicolaou envía al paciente a segundo nivel?
 - a) Sí
 - b) No

8.- ¿Realiza usted el seguimiento de las pacientes sospechosas de CaCU con reporte citológico Clase III, IV y V de Papanicolaou?

a) Sí

b) No