

11226
16
95
ALIA



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Posgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 94

RELACION ENTRE CERVICOVAGINITIS CRONICA Y CANCER CERVICOUTERINO.

T E S I S

Que para obtener el Título de ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR p r e s e n t a

DR. EDUARDO ITURBURU VALDOVINOS



Asesores:

DR. EDUARDO CORNELIO BOUCHAN VALENCIA
DRA. ROSALINDA HAYDEE MERCADO GUERRERO

I.M.S.S.

México, D. F.

1994

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

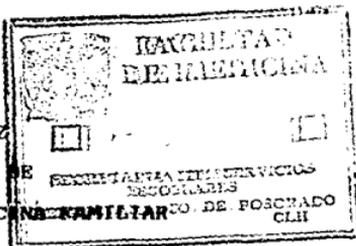

Vo. Bo.

DRA. PATRICIA OCAMPO BARRIO
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIVACION
DE LA UMF No. 94 IMSS




Vo. Bo.

DRA. ELVIRA BOLAÑOS DIAZ
PROF. TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA
DE LA UMF No. 94 IMSS



Vo. Bo.

DR. EDUARDO CORNELIO BOUCHAN VALENCIA
ASESOR DEL CONTENIDO Y METODOLOGIA.
MEDICO FAMILIAR ADSCRITO A LA UMF No.
94 DEL IMSS.

Vo. Bo.


DRA. ROSALINDA HAYDEE MERCADO GUERRERO
ASESOR DEL CONTENIDO Y METODOLOGIA
MEDICO FAMILIAR ADSCRITA A LA UMF No.
94 DEL IMSS.

AGRADECIMIENTOS

A MI ESPOSA ELIZABETH:

Con todo mi amor y mi cariño por todas sus atenciones y comprensión en todos éstos momentos en que me ha brindado su apoyo y su amor.

A MIS HIJOS EDUARDO Y ALESSANDRA:

Porque han sido fuente de esfuerzo y dedicación para el logro de esta meta. con todo mi amor.

A MIS PADRES RUFINO(f) Y RAFAELA

Con todo mi amor por el gran esfuerzo realizado.

A MIS HERMANOS:

Gerardo, Sandra, José Luis, Rosario, Rodrigo, Blanca y Rossanna y a todos mis sobrinos con mucho cariño.

A LA MAESTRA JOSEFINA ENRIQUEZ:

Por todo su apoyo a mi familia.

A MIS COMPADRES MARIO Y DOLORES Y A SUS HIJAS:

por todo el apoyo brindado con mucho cariño.

A TODOS MIS MAESTROS: Por el mar de conocimientos legados

GRACIAS

También quiero agradecer y dar infinitas gracias a todas aquellas personas que de alguna u otra forma intervinieron en la realización de ésta investigación, ya que de no ser así, ésto no hubiera sido posible llevarlo a cabo.

Asi mismo, espero que los resultados de ésta investigación ayuden de alguna manera a concientizar a nuestra población de médicos y derechohabientes, ya que ésta enfermedad está acabando con la vida de las mujeres en la flor de su juventud.

INDICE	PAGS
Justificación	1
Objetivo General	2
Marco de Referencia	3
Planteamiento del Problema	18
Hipótesis General	19
Diseño de la Investigación	
-Tipo de Estudio	20
-Criterios de Inclusión y de no Inclusión	20
-Universo de Trabajo y Ambito Geográfico	22
-Tamaño de la Muestra	22
-Análisis Estadístico	23
-Programa de Trabajo	23
Instrumento de Recolección de Datos	24
Análisis y Conclusiones	
-Pacientes y Métodos	25
-Resultados	26
-Análisis Estadístico	27
-Conclusiones	28
-Tablas y Gráficas	29
Sugerencias	34
Bibliografía	36

JUSTIFICACION

El cáncer cervicouterino, es una afección de salud pública de distribución mundial, el cual con mayor frecuencia se está presentando en mujeres cada vez más jóvenes, y ésto tal vez, debido a que se están haciendo detecciones en etapas tempranas de los diferentes estádios y/o a que en aquellas que se detectan los estádios más avanzados, nunca se realizaron detecciones sino hasta que la infección da manifestaciones a otros órganos.

Tales motivos, me han incitado a la realización de ésta investigación para de alguna forma continuar esforzándonos a que las afectadas y los encargados de su detección, nos hagamos más responsables y participemos con mayor entusiasmo en la solución de éste problema de salud mundial.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación de asociación entre la cervicovaginitis crónica y el cáncer cervicouterino, en relación a la cervicovaginitis no crónica.

MARCO DE REFERENCIA.

En 1842, Döderlein describió la primera publicación de la floramicrobiana de las vías genitales de la mujer. Los -- lactobacilos parecen ser los microorganismos predominan-- tes en pacientes adultas no embarazadas. Se ha pensado -- que éstos microorganismos Gram-positivos limitan la prolj feración de otras bacterias en la vagina y con ello con-- servan el aparato genital en condiciones normales(1).

La composición de la flora bacteriana de la vagina - cambia con los múltiples sucesos de la vida de la mujer - que incluyen cambios hormonales en la pubertad y la meno- pausia, en la actividad sexual, control de la natalidad, - antibioticoterapia por infecciones de sitios no relaciong dos y las operaciones quirúrgicas(12).

Los siguientes, son microorganismos que se sabe son transmitidos por vía sexual;

BACTERIAS	PROTOZOARIOS
N. gonorrhoeae	T. vaginalis
CH. trachomatis	E. histolytica
T. pallidum	G. lamblia
H. ducrey	
Calimmatobacterium granulomatis	
Gardnerella vaginalis	
Mobiluncus curtisii.	

VIRUS

Herpes simple I y II

Citomegalovirus

Hepatitis A y B

Inmunodeficiencia humana

Papiloma humano

ECTOPARASITOS

Sarcoptes scabiei

Pediculis(phithirus) pubis

Oxiuros

PRODUCTORES DE VAGINOSIS

Gardnerella vaginalis

Mobiluncus curtisii

En 1946, el número de casos en los informes sobre gonorrea, fué superior al correspondiente de sífilis, lo que convirtió a Neisseria gonorrhoeae en el patógeno de transmisión sexual más frecuente. A principio de los 50s el número de casos disminuyó a un ritmo de casi 5% por año, invirtiéndose en 1957, que aumentó a 6% por año. Desde 1966 a 1976 el número aumentó a 13% por año, y para 1986 se informó de casi un millón de casos, a pesar de los esfuerzos intensivos de control.

Esta se diagnostica con mayor frecuencia en mujeres jóvenes de 18 a 24 años de edad con vida sexual activa.

Becker y colaboradores compararon datos de 1966 a 1981 con los de 1982 a 1984 y sus hallazgos indican un aumento en las infecciones por Herpes genital en los últimos 20 años. La infección primaria por Herpes genital ocurre después de 3 a 7 días de incubación, y suele iniciar con síntomas locales como; dolor, prurito, disuria, secreción uretral y/o vaginal y adenopatía inguinal hipersensible, además puede acompañarse de fiebre, cefalalgia, mialgias y mal estado general, y ocurre curación de 4 a 6 semanas sin cicatrización(27).

El linfogranuloma venéreo, fué descrito por primera vez por Hunter en el siglo XVIII, y el microorganismo fué caracterizado por Halberstaedter y Prowazek en 1907 después de su aislamiento de escarificaciones conjuntivales en pacientes con afección ocular. La enfermedad, también ha recibido el nombre de linfogranuloma inguinal, linfopatía venérea, bubón tropical o climático, strumores bubo, paradenitis inguinal, y enfermedad de Durand-Nicolas Farre; además se le ha llamado la 4a, 5a, y 6a enfermedad venérea. Es una enfermedad sistémica que se inicia en el sitio de la inoculación que suele ser en genitales externos y avanza a través de los linfáticos.

El microorganismo causal es *Chlamydia trachomatis*, que también produce uretritis, cervicitis, endometritis, salpingitis, tracoma, conjuntivitis y neumonía neonatales- (28).

El Chancro blando, es una enfermedad muy contagiosa descrita por primera vez por Ducrey en 1889, quien demostró que ocurre reinfección por autoinoculación. La enfermedad es producida por un bacilo anaerobio facultativo, Gram-negativo, el *Haemophilus ducrey*. Tiene un período de incubación de 4 a 7 días después de la exposición inicial. La mujer infectada puede acudir al médico con disuria, dolor al defecar, dispareunia, y aumento de la secreción vaginal. La lesión está constituida por una pápula hipersensible con borde eritematoso, al centro forma una fístula que rápidamente erosiona y forma una úlcera en 48 horas.

El granuloma inguinal, también llamado Donavanosis, granuloma contagioso, y granuloma venéreo, es una infección bacteriana crónica. El agente causal es *Calymmatobacterium granulomatis*, fué descrita por primera vez por McLeod en 1882, sin embargo Donovan descubrió el microorganismo causal en 1905 que originalmente se denominó *Donovania granulomatis*. En 1964, Goldberg especuló que la vagina suele estar infectada por autoinoculación a partir del recto.

En muchos casos no pueden encontrarse lesiones, ni se informa que existan por contacto sexual con mujeres infectadas. Se considera a la enfermedad levemente contagiosa y se cree necesaria una exposición repetida para que ocurra infección clínica(30).

En 1836, Donne descubrió *T. vaginalis*, aunque no se consideraba patógena hasta que después se demostró como causa de infestación vaginal por Hone en 1916. En 1975 se calculaba que había 2.5 millones de casos de infestación. De 8 grandes grupos recolectados entre 1975 y 1979, se obtuvo un total de 63,927 casos para revisión. Todos éstos estudios individualmente tenían más de 1400 sujetos y la prevalencia fue de 8 a 13%. En el decenio de 1950, los investigadores intentaron valorar la relación entre grupos raciales y étnicos y la infección por *Trichomonas*. Referente a la posible transmisión no venérea de *T. vaginalis* se debe aclarar que el bañarse, sobre todo con jabón mata a las *Trichomonas*, así mismo, el agua clorada de la alberca también es tóxica para el microorganismo. En 1950, algunos estudios demostraron que *T. vaginalis* puede sobrevivir hasta 6 horas en bloques de esmalte en baños, y también en asientos de inodoros hasta 30 minutos. También se ha estudiado el posible paso de *T. vaginalis* en toallas en las que puede aislarse el microorganismo hasta 25 horas después de su uso(31).

La obtención sistemática de secreciones vaginales para su estudio microscópico, ha demostrado repetidas veces que menos del 50% de las mujeres infectadas por T. vaginalis tiene síntomas o signos que las hagan buscar atención médica. Está bien establecido, que menos del 10% de las mujeres con Trichomoniasis presenta las manifestaciones clásicas de flujo copioso, amarillo, espeso, e irritante. Así las personas que no se preocupan de su problema se conservan sin atención y causan un cálculo inferior de la frecuencia de la enfermedad(25).

En 1956, Koss y Durfee describieron que las características citológicas e histológicas que se saben son características de las infecciones por virus de verrugas genitales del cuello uterino, se creía entonces que eran una variante de displasia y no manifestaciones de las verrugas. Hasta hace poco, la infección de los órganos genitales por el virus del papiloma humano(HPV) era ignorada en gran parte por los investigadores. Aunque las verrugas resultantes eran y son todavía difíciles de tratar, y altamente transmisibles, se creían benígnas y por ello meritorias de una preocupación particular. Se han vinculado tipos específicos de HPV 16 y 18 con cánceres de células planas del cuello uterino, vagina, vulva, ano y pene. Esto se basa en estudios previos de la infección por HPV bovino y de infecciones por virus del papiloma de Shope, conejo de cola de algodón.

A diferencia de otros virus la clasificación del HPV no se basa en el análisis serológico de determinantes antigénicos, sino más bien de homología de nucleótidos. Antes de 1975 se creía que todas las verrugas humanas; vulgares, plantares, genitales, eran producidas por el mismo tipo de HPV. La aplicación de la técnica de hibridación molecular en 1970, hizo posible el descubrimiento de múltiples variedades de HPV. De los 60 tipos hasta ahora identificados, al menos 20 están relacionados con la infección genital(32):

De conformidad con la revisión de Jenson y colaboradores, la replicación viral productiva está vinculada con la aparición de proliferación hiperplásica de células basales y parabasales(acantosis), vacuación citoplásmica generativa(coilocitosis) y engrosamiento variable de las capas más superficiales(hiperqueratosis y paraqueratosis). Los HPV, en particular los 16 y 18, se han relacionado con la aparición de cánceres genitales y anales, sin embargo es difícil probar relación de causa antes de desarrollar una vacuna eficaz. Cuando se utilizan pruebas sensibles se detecta DNA de HPV 16 o 18 en más del 50% de las muestras de tumores malignos cervicouterinos. Este vínculo no parece ser un fenómeno reciente; pues Collins y Cois. encontraron que podía detectarse DNA de HPV 16 o 18 en

más del 50% de las muestras de un porcentaje similar de muestras de cáncer cervicouterino obtenidas en cada decenio a partir de 1932(33).

En 1943, Papanicolaou y Traut dieron a conocer sus trabajos sobre la detección del carcinoma del cuello uterino mediante la citología. Los resultados se expresaban en forma positiva o negativa. Aparecieron entonces varias clasificaciones, pero la más difundida fue la de Papanicolaou(4). Entre las lesiones premalignas se identifican;

***Displasia leve

***Displasia moderada

***Displasia severa

y por el aspecto morfológico del núcleo y según las características citoplasmáticas en Queratinizantes, no Queratinizantes y Metaplásicas.

La secreción vaginal normal es ácida, con un PH que oscila entre 3.8 a 4.4, en contraste con la secreción de las glándulas del cérvix que es francamente alcalina entre 7 y 8, sumamente escasa y viscosa. Hay un equilibrio ácido-básico entre la vagina y el cérvix; cuando éste equilibrio es alterado por algún factor etiológico o predigponente, constituye la base fisiopatológica que desencadena el mecanismo que permite la invasión de diversos microorganismos a las vías genitales bajas y consecuentemente presencia de una cervicovaginitis.

Dado que la histología de la vagina varía con la edad, no es raro que algunas infecciones o infestaciones sean características de determinadas épocas de la vida, así, por ejemplo, las niñas se encuentran más expuestas a la infección vulvovaginal ya que el introito no se halla protegido por los labios mayores y menores como en la adulta; el epitelio delgado e inmaduro y la ausencia de bacilos de Döderlein contribuyen a que la vagina sea más susceptible a la infección. Durante la vida reproductiva aumenta la incidencia de cervicovaginitis por trichomonas, monilia o *Haemophilus vaginalis* y las enfermedades venéreas, finalmente en la postmenopausia, el hipoestrogenismo y la atrofia de la pared vaginal permiten el ataque de la mucosa por gérmenes diversos(1).

Los microorganismos que más comúnmente se encuentran; son trichomonas vaginalis, la cual es la más frecuentemente adquirida por vía sexual, varía de 3 a 15% en mujeres asintomáticas, hasta 50 a 75% en las prostitutas, y entre el 13 al 23% corresponde a mujeres que acuden a consulta ginecológica. Provoca el 90% de las erosiones cervicales, lo cual sugiere que la inflamación crónica puede predisponer a la transformación maligna. Su frecuencia máxima se ha encontrado en mujeres en edad reproductiva de 16 a 35 años de edad, coincidiendo con la época de mayor actividad sexual(1).

Una consideración en la valoración de pacientes con infecciones de transmisión sexual es, la concomitancia de dos o más patógenos en el mismo individuo. Es la regla más bien que la excepción, que un individuo porta dos o más infecciones de transmisión sexual de modo simultáneo.

No se conoce la forma en que la flora de una paciente cambia de normal a vaginosis bacteriana. Se han relacionado muchos factores con cambios de flora vaginal, entre ellos; el ciclo menstrual, factores socioeconómicos, infecciones concomitantes, actividad sexual, número de compañeros sexuales, estado inmunológico, uso de antibióticos, enfermedades genitales y hemorragia uterina anormal. La vaginosis bacteriana es una de las causas más frecuentes de flujo vaginal anormal. Gardner y Duker encontraron que 45% de las pacientes con vaginitis tenía vaginosis bacteriana, en tanto que 25% se producía por *Candida* y 25% por *Trichomonas*. Clínicamente se puede manifestar por un olor a pescado durante o poco después del coito, o ser asintomática. Es una secreción acuosa, poco espesa que no forma cúmulos y que por lo general se encuentra en el introito y se une a las paredes anterior y laterales. Las paredes vaginales parecen normales, sin eritema ni aspecto de fresa que sugieren candidiasis y trichomoniasis respectivamente, ya que una secreción purulenta, amarilla o espumosa sugiere cervicitis u otra forma de vaginitis(33).

Con referencia al virus del Herpes simple(HSV), hay datos que demuestran que 38 a 56% de los sujetos con infección primaria tienen una recidiva en los 6 meses siguientes. Se puede aislar el virus de lesiones genitales entre el 1o y 4o día de infección recidivante, y casi siempre es HS tipo II. Las infecciones recidivantes suelen ser más leves que las infecciones iniciales, pero son impredecibles y muy variables en cuanto a intensidad, duración de síntomas y de eliminación viral.

Estudios en todo el mundo, han relacionado anticuerpos HSV-2 con anomalías citológicas del cuello uterino. Los estudios in vitro han demostrado que HSV-2 puede transformar células huesped, que se sabe tienen potencial oncógeno, pues producen metástasis en animales después de su inoculación subcutánea. No se conoce por completo la fisiopatología de éste fenómeno.

Otras investigaciones han sugerido que la relación entre HSV y las anomalías citológicas cervicales pudiera ser no de causa-efecto, sino más bien resultado de su vínculo con la actividad sexual(27).

Son patógenos con frecuencia relacionados; *T. pallidum* y *N. gonorrhoeae*; *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*; Virus del HS y *N. gonorrhoeae* y *T. vaginalis* y *N. gonorrhoeae*. Hace poco se descubrió que el virus del papiloma humano se relaciona con todos los microorganismos antes mencionados.

Datos recientes también han demostrado una relación entre la infección y el HIV y lesiones epiteliales. Debe de recordarse que casi todos los patógenos más frecuentes pueden albergarse sin síntomas(25). Sin embargo, el estafilococo epidermidis y difteroides se han aislado en un 30% a 60% del cuello uterino y de la vagina, y representan contaminación a la toma de las muestras. El estreptococo hemolítico alfa y beta se han encontrado en un 20% y estreptococo del grupo D en un 9.6 a un 41.4%; E. coli de 1 a 25%; Klebsiella, enterobacter, proteus y pseudomonas en menos del 10%(1).

Hunter ha encontrado en una relación de estudios que, suelen estar presentes patógenos esenciales en la flora vaginal como; Staphilococcus aureus 10%; Streptococo del grupo B 13%; enterococcus 25%; Gardnerella en 25%; E. coli en 20% y Bacteroides fragilis en 11%(12). Gorbach y Cols. y Ohm y Galask han obtenido microorganismos anaerobios en el 70% de sus cultivos como; bacteroides peptoestreptococcus y veilonella(1).

En revisión reciente (1990), Garcia AR en la UMF 94 del IMSS, realizó cultivos en mujeres en edad reproductiva de 25 a 35 años, encontrándose con mayor frecuencia a Gardnerella en todos los cultivos y en segundo lugar a Cándida albicans, y en tercer lugar a microorganismos mixtos(2).

La vaginosis bacteriana es una nueva denominación para el síndrome vaginal antes denominado vaginitis inespecífica causada por *Haemophilus vaginalis* y/o *Gardnerella vaginalis*. Se prefiere ésta denominación, porque refleja mejor las alteraciones complejas de los microorganismos vaginales, y señala la presencia de un flujo fétido sin inflamación aparente. La secreción vaginal normal contiene de 100,000 a 10,000,000 de microorganismos/ml. Los lactobacilos facultativos constituyen más del 90% de las bacterias presentes en la vagina de mujeres normales sin vaginitis ni cervicitis.

Algunos estudios han sugerido aumento en la prevalencia de infecciones por HSV-2, recidivas más frecuentes y mayor duración de síntomas en mujeres embarazadas que en las que no lo están. Otros han demostrado cambios en la frecuencia o en los síntomas relacionados con las recidivas durante el embarazo. La infección primaria durante el embarazo pone en peligro la vida, al igual que en las no embarazadas. La infección diseminada puede tener consecuencias desastrosas y la mortalidad en embarazadas es mayor de 50%. Algunos investigadores creen que las recidivas son más comunes durante la gestación. Se ha encontrado un número de ataques recidivantes en el embarazo que varía de 0 a 11.

Nahmias y cols. con base en frotis cervicovaginales de Papanicolaou informaron de infección genital por HSV en 1.02% de las embarazadas. En un estudio realizado por Arvin y cols. en 414 embarazadas con antecedente de infección recidivante por HSV, ninguna con cultivo anteparto positivo conservó dicho resultado en el parto(27

Otras revisiones muestran, que se ha detectado DNA de virus del papiloma humano 16, en muestras de ganglios linfáticos y metástasis pélvicas de mujeres con CaCu. Puede haber infecciones papulares y maculares subclínicas por los tipos 6, 11, 16 y 18 y otros. Se ha detectado genoma de HPV integrado en muestras de biopsias cervicouterinas obtenido de mujeres con carcinoma in situ o cáncer cervicouterino invasor. Además se ha demostrado que una línea celular proveniente de células no invasoras de una paciente con papulosis bowenoide contenía DNA de HPV 16 integrado, lo que sugiere que la integración no necesariamente produce malignización, o que la transformación maligna puede ser tardía. No obstante en tejido maligno, la integración parece afectar a regiones específicas del genoma viral. El que la infección genital por HPV 16 o 18 es frecuente, y que los cánceres del aparato genital, incluyendo el cervicouterino, son relativamente raros, sugiere que si HPV 16 o 18 causan cánceres de células planas del aparato genital, lo hacen sobre todo con ayuda de

cofactores adquiridos o heredados que alteran de manera adversa la competencia inmunológica.

Dentro de la población usuaria del IMSS, el cáncer cervicouterino sigue constituyendo un problema de salud de gran importancia; ocupa el primer lugar como causa de muerte por tumores malignos en las mujeres de más de 30 años de edad con antecedentes de multiparidad, inicio de vida sexual activa antes de los 18 años, relaciones con varias parejas sexuales e infecciones crónicas del cérvix. Los decesos comienzan a presentarse desde la tercera década de la vida y aumentan progresivamente a medida que las derechohabientes alcanzan mayor edad; se inician en el grupo de 15 a 24 años incrementándose ostensiblemente en los grupos de edad siguientes.

Durante el período de 1983 a 1987 se notificaron 3,591 defunciones, con un promedio anual de 718 y una tasa de 3.7 por cada 100,000 usuarios.

El panorama de la morbilidad hospitalaria también refleja el impacto de la enfermedad sobre la población usuaria; Durante el período de 1986 a 1988 se registraron en las unidades hospitalarias de segundo nivel 13,348 egresos, de los cuales 11,854 fueron por cáncer invasor y 1,494 por cáncer in situ. El promedio anual de egresos por cáncer invasor fue de 3,952 y por cáncer in situ de 498.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe diferencia en la asociación de cáncer cervicouterino en mujeres de 25 a 45 años de edad con cervicovaginitis crónica y detección oportuna de cáncer clase III a V, en relación a las mujeres que no presentaron cervicovaginitis crónica con detección oportuna de cáncer clase III a V, en la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el año de 1990?.

HIPOTESIS GENERAL

Existe diferencia en la asociación de cáncer cervicouterino en mujeres de 25 a 45 años de edad con cervicovaginitis crónica y detección oportuna de cáncer clase III, IV, y V, en relación a las mujeres que no presentaron cervicovaginitis crónica con detección oportuna de cáncer clase III, IV, y V, en la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el año de 1990.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

TIPO DE ESTUDIO

- EEE Retrospectivo
- EEE Observacional
- EEE Transversal
- EEE Comparativo

CRITERIOS DE INCLUSION Y DE NO INCLUSION

CRITERIOS DE INCLUSION.

- Mujeres adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del IMSS, con edades entre 25 a 45 años.
- Mujeres que presentaron infecciones cervicovaginales de repetición, a quienes se les realizó la prueba de Papanicolaou.
- Mujeres en quienes la prueba de Papanicolaou reportó una clase III, IV o V, independientemente del microorganismo causal acompañante.

CRITERIOS DE NO INCLUSION.

--Mujeres con edad menor a 25 años y mayores de 45

--Mujeres no adscritas a la Unidad de Medicina Familiar
No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

--Mujeres en quienes la prueba de Papanicolaou reportó
una clase I o II, aunque presentaran cervicovaginitis
crónica.

UNIVERSO DE TRABAJO Y AMBITO GEOGRAFICO

Toda mujer con edad entre 25 a 45 años adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social, vistas en la consulta externa por cervicovaginitis crónica y no crónica, y a quienes se les realizó detección oportuna de cáncer la cual se reportó como anormal.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

No se realizó determinación estadística del tamaño de la muestra, ya que se incluyeron a todas las pacientes a quienes se les realizó detección oportuna de cáncer del 1º de Enero al 31 de Diciembre de 1990.

ANALISIS ESTADISTICO

Se realizará mediante la Prueba de probabilidad Exacta de Fisher.

PROGRAMA DE TRABAJO

Se procederá a la recolección de la información con el método de sistemas de registro continuo, utilizando como instrumento de recolección de la información una sábana de registro, y como fuente de información la libreta de registro del Departamento de Medicina Preventiva y los expedientes clínicos. Posteriormente se procederá a la elaboración de la información resumiéndola y presentándola convenientemente ya corregida, y por último, se llevará a cabo el análisis estadístico mediante la Prueba de Probabilidad Exacta de Fisher. Al final se darán resultados y conclusiones.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94

SABANA DE REGISTRO

Nombre	No. Afiliación	Edad	Cervicovaginitis		Cáncer cervicouterino	
			Crónica	No Crónica	Clase IV	Clase V.

PACIENTES Y METODOS

Se realizaron 8,075 detecciones oportunas de cáncer en el año de 1990, en el Departamento de Medicina Preventiva de la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de las cuales sólo 80 reportaron un Papanicolaou clase III, IV o V. (Las laminillas fueron estudiadas en los laboratorios centrales del Centro Médico la Raza en el Departamento de citología).

Posteriormente se procedió a la revisión de los expedientes clínicos. De las 80 pacientes que reportaron un Papanicolaou clase III, IV o V, se encontró que 22 no eran derechohabientes y 7 estaban dadas de baja, por lo que éstas 29 pacientes no fueron incluidas en el estudio. Así mismo de las 51 restantes también no se incluyeron a 29 por no cumplir con la edad requerida para el estudio; entonces el total de pacientes que conforman mi muestra son 22 pacientes.

RESULTADOS .

La muestra estuvo conformada por 22 pacientes con edades entre los 25 a 45 años, de las cuales sólo 14(63%) pacientes presentaron cervicovaginitis crónica, y 8(37%) presentaron cervicovaginitis no crónica.

Hubo predominancia en las pacientes con edades entre los 41 a 45 años, disminuyendo conforme la edad es menor.

Tabla 1 y gráfica 1.

La cervicovaginitis crónica se asoció con mayor frecuencia con cáncer cervicouterino con un total de 7 pacientes (tabla 2), así mismo, los otros 7 pacientes que presentaron cervicovaginitis crónica, no presentaron cáncer cervicouterino, ya que presentaron un Papanicolaou clase III.(tabla 3). Y ninguna paciente con cervicovaginitis no crónica presentó asociación con cáncer cervicouterino(tabla 4).

ANALISIS ESTADISTICO.

1) A- Asociación entre cervicovaginitis crónica y cáncer cervicouterino.

B- Asociación entre cervicovaginitis no crónica y cáncer cervicouterino.

2) TIPO DE ESTUDIO: Unilateral con zona de rechazo a la derecha

3) Decir. α = 0.05

4) Elegir prueba de hipótesis apropiada.

Ho Pob. : $F_0 = F_e$

Hi Pob. : $F_0 > F_e$

Ho muestra: $f_0 = f_e$

Hi muestra: $f_0 > f_e$

Tamaño de la muestra: 22 $N > 20$

No. de muestra: 1

No. de grupo: 2

Tipo de grupo: Independientes.

No. de columnas: 2

Distribución esperada del fenómeno: Asimétrica

Grados de libertad gl: 1

Coficiente de confianza: No hay.

Prueba de probabilidad exacta de Fisher

$$P = \frac{(A+B)! (C+D)! (A+C)! (B+D)!}{N! A! B! C! D!} = 0.020$$

5) Criterio de rechazo de H_0 . $P < \alpha$ es decir $P < 0.05$

Se rechaza H_0 ya que $P < \alpha$ es decir $0.020 < 0.05$

CONCLUSIONES.

Existe diferencia estadísticamente significativa entre los resultados obtenidos en los dos grupos con una $P \approx 0.020$. La cervicovaginitis crónica tiene mayor asociación con cáncer cervicouterino, en relación con la cervicovaginitis no crónica.

A pesar de las acciones realizadas para abatir la morbimortalidad por cáncer cervicouterino, el padecimiento sigue constituyendo un problema de salud. Las bajas coberturas del programa de detección, la ausencia de tratamiento y control de las cervicitis crónicas, y la falta de seguimiento de las sospechosas, han mantenido el padecimiento entre las primeras causas de defunción y demanda de hospitalización.

**TABLA 1. Distribución de frecuencia por edades de las
pacientes que presentaron cervicovaginitis
crónica y no crónica**

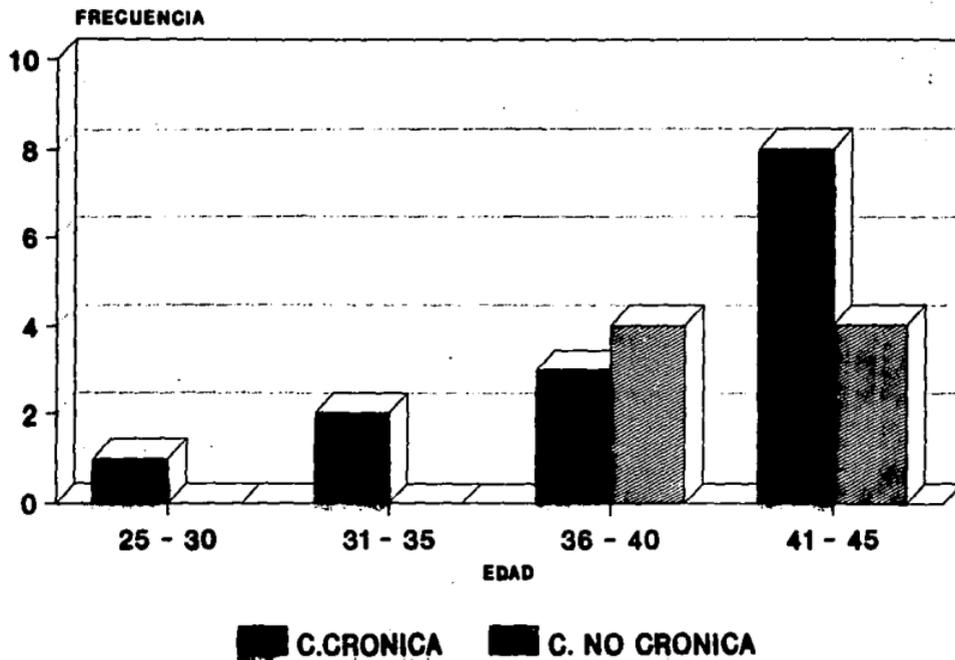
UMF No. 94 IMSS

E D A D	F R E C U E N C I A		T O T A L	%
	C E R V I C O V A G I N I T I S C R O N I C A	C E R V I C O V A G I N I T I S N O C R O N I C A		
25 - 30	1	-	1	4.55
31 - 35	2	-	2	9.10
36 - 40	3	4	7	31.81
41 - 45	8	4	12	54.54
T O T A L	14	8	22	100.00

FUENTE: Libreta de Registro MP
Expediente Clínico
UMF 94 IMSS

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

**GRAFICA 1. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA POR
EJEDAS DE LOS PACIENTES QUE PRESENTARON
CERVICOVAGINITIS CRONICA Y NO CRONICA**



FUENTE: Libreta de registro M.P.
Expediente clinico
UMF No. 24 IMSS.

TABLA 2. Distribución de frecuencia por edades de los pacientes que presentaron cervicovaginitis crónica con cáncer cervicouterino.
UMF No. 94, IMSS.

EDAD	Cervicovaginitis crónica con cáncer cervicouterino	TOTAL
25 - 30	1	1
31 - 35	-	-
36 - 40	2	2
41 - 45	4	4
TOTAL	7	7

Fuente: Libreta de Registro M.P.
Expediente Clínico.
UMF No. 94, IMSS.

TABLA 3. Distribución de frecuencia por edades de los pacientes que presentaron cervicovaginitis crónica sin cáncer cervicouterino.
UMF No. 94, IMSS.

EDAD	Cervicovaginitis crónica sin cáncer cervicouterino	TOTAL
25 - 30	-	-
31 - 35	2	2
36 - 40	1	1
41 - 45	4	4
TOTAL	7	7

Fuente: Libreta de Registro M.P.
Expediente Clínico.
UMF No. 94, IMSS.

TABLA 4. Distribución de frecuencia por edades de los pacientes que presentaron cervicovaginitis no crónica con cáncer cervicouterino.
UMF No. 94, IMSS.

E D A D	Cervicovaginitis no crónica con cáncer cervicouterino	TOTAL
25 - 30	-	-
31 - 35	-	-
36 - 40	-	-
41 - 45	-	-
TOTAL	0	0

Fuente: Libreta de Registro M.P.
Expediente Clínico.
UMF No. 94, IMSS.

**SUGERENCIAS QUE SE PLANTEAN -
PARA LA SOLUCION DEL PROBLEMA.**

1.- Se plantea la formación de una Clínica de Cervicovaginitis(consultorio), el cual podrá ser atendido por un Médico Familiar, y la cual podrá ser rotatoria; y en la que se realizarán las siguientes actividades.

A) DE VIGILANCIA.

- a1) Que todas las pacientes captadas en consultorio por cervicovaginitis sean enviadas a ésta Clínica.
- a2) Que en todos los expedientes clínicos se registren las notas médicas tanto por el motivo de la consulta así como la de envío a la Clínica de Cervicovaginitis.
- a3) Que todas las pacientes enviadas a la Clínica de Cervicovaginitis tengan su citología vaginal inicial
- a4) Que todas las pacientes al ser enviadas a la Clínica de Cervicovaginitis reciban su tratamiento de inicio de acuerdo al resultado de la citología cervicovaginal.

B) DE CONTROL.

- b1) En la Clínica de Cervicovaginitis se captarán a todas las pacientes que sean enviadas de los consultorios.

- b2) Se les realizará seguimiento mediante citas hasta el término del tratamiento.
- b3) Se les realizará exámen cervicovaginal de control al término del tratamiento, y en caso de persistir la enfermedad, se iniciará nuevo esquema de tratamiento hasta su control.
- b4) Al término del tratamiento, las pacientes serán enviadas nuevamente a su consultorio correspondiente.
- b5) Aquellas que sean de difícil control, se les enviará a un segundo nivel de atención para recibir un tratamiento más especializado, y/o caso contrario para tratamiento total o radical.
- b6) A todas se les realizará control de DOC cada 6 meses, o por lo menos una vez al año.
- b7) Para la toma de la citología serán enviadas al Servicio de Medicina Preventiva, y ahí mismo se les indicará las condiciones en que deberán de acudir para su estudio

2.- Se trabajará de común acuerdo con el Servicio de Medicina Preventiva para que se retroinforme de los resultados obtenidos, y de acuerdo a ellos valorar el tipo de tratamiento que se deberá de instituir a cada caso en particular, ya sea en el primero, segundo o tercer nivel de atención

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Rosas AJ, Flora cervicovaginal. Ginecología y Obstetricia AMHGO No. 3. IMSS seg. Edición 1982; 710-12.
- 2.- García R, Cervicovaginitis. Estudio no publicado. Unidad de Medicina Familiar No. 94 IMSS. 1991; 1-18.
- 3.- Ruiz VV, Cáncer cervicouterino. Ginecología y obstetricia AMHGO No. 3. IMSS seg. Edición 1982; 869-82.
- 4.- Conde MB, Aplicación de la citología exfoliativa en ginecología y obstetricia. AMHGO No. 3. IMSS seg. Edición 1982-803-7.
- 5.- Ruiz VV, Cáncer cervicouterino. Diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Ginecología y Obstetricia. AMHGO No. 3 IMSS seg. Edición 1982; 874-82.
- 6.- Bonilla MF, Métodos clásicos de exploración del cuello uterino y sus resultados. Nuevos Métodos de Exploración del Cérvix Uterino y sus Enfermedades. la. Edición 1978; 105-308.
- 7.- McGregor JE, Cervical carcinoma. Surgery Gynecology and Obstetrics. 1976; 142;1;169.
- 8.- Soiva K, Rynnanen VA, Kauppi H, Primary results of the radical operation for invasive carcinoma of the uterine cervix. Surgery Gynecology and Obstetrics. 1967; 142; 1;142.
- 9.- Czernobilsky B, Rolenstreich L, Lancet M, Adenocarcinoma of the cervix in jewish women. A clinopathologic study of seven cases. Surgery Gynecology and Obstetrics. 1976; 142;1;142.
- 10.- Shingleton HM, Gore H, Straughn JM, et al. The contribution of endocervical smears to cervical detection. Surgery Gynecology and Obstetrics. 1976; 142;1;142.
- 11.- Fernández DM, Cáncer cervical microinvasivo. Rev. Sanid. Milit. Mex. 1989;43;3;139-42.
- 12.- Hunter AH, Flora vaginal normal en relación con vaginitis. Clínicas Médicas de Norteamérica. 1989;317-23.
- 13.- Hunter AH, Causas infrecuentes de vaginitis. Clínicas Médicas de Norteamérica. 1989;325-33.
- 14.- Bernal BS, Cosío AMA, Carcinoma microinvasor del cérvix tratamiento. Ginec. Obstet. Mex. 1986;54;41-5.

- 15.-Ruiz MJA, Garcia CR, Carcinoma microinvasor del cérvix Ginec. Obstet. mex. 1987;55;23-6.
- 16.-Ramirez EJ, Hernández E, Miyazawa K, Cervical conization findings in women with dysplastic cervical cytology and normal colposcopy. J. Reprod. Med. Obstet Gynecol. 1990;35 4;359-61.(USA).
- 17.-Kjaer SK, Engholm C, Teisen C, et al. Risk factors for cervical human papillomavirus and herpes simplex virus infections in Greenland and Denmark. A population-based study. AM. J. Epidemiol. 1990;131;4;669-82. (DNM).
- 18.-Ismail SM, Colclough AB, Dinnen JS, et al. Reporting cervical intra-epithelial neoplasia (CIN); Intra-and interpathologist variation and factors associated with disagreement. Histopathology. 1990;16;4;371-6.(GBR).
- 19.-Mizoe J, Analysis of the dose-volume histogram in uterine cervical cancer by diagnostic. Onkol. 1990;166;4;279-84. (JPN, GERM).
- 20.-Mohajer MP, Hitchcock A, Liud TY, Exfoliative cytology as a means of following incomplete cone biopsies; A pilot study. J. Obstet Gynecol. 1989;10;2;149-52.(GBR).
- 21.-Ruparelia BA, Harris VG, Cytomegalovirus in women with cervical intra-epithelial neoplasia. J. Obstet Gynecol. 1989;10;2;153-4.(GBR).
- 22.-Lopes A, Pearson SE, Mor-Yosef S, et al. Is it time for a reconsideration of the criteria for cone biopsy? BR. J. Obstet Gynecol. 1989;96;11;1345-47.(GBR).
- 23.-Jochmus KI, Schneider A, Braun R, et al. Antibodies against the human papillomavirus type 16 early proteins in human sera; correlation of anti-E7 reactivity with cervical cancer. J. NATL. CANCER INT. 1989;81;22;1698-1704. (DEV).
- 24.-Chanen W, The efficacy of electrocoagulation diathermy performed under local anaesthesia for the eradication of precancerous lesions of the cervix. AUST. NEW ZEALAND J. OBSTET GYNAECOL. 1989;29;3;189-92.