

11226

83
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**PENSIONES CIVILES DEL ESTADO
CHIHUAHUA, CHIH.**

***“INCIDENCIA DE LESIONES PREMALIGNAS Y
MALIGNAS DE CERVIX EN MUJERES
DERECHOHABIENTES DE PENSIONES CIVILES DEL
ESTADO”***

DEL 1 DE NOVIEMBRE DE 1995 AL 31 DE OCTUBRE DE 1996 .

271526

Trabajo que para obtener el Diploma en Especialidad en Medicina Familiar Presenta:

DRA. ROSALÍA MUÑOZ CHÁVEZ

TESIS CON
FALLA DE COPIA

1999



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**"INCIDENCIA DE LESIONES PREMALIGNAS Y MALIGNAS DE CERVIX EN MUJERES
DERECHOHABIENTES DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO"**

Trabajo que para obtener el Diploma en

Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

DRA. ROSALÍA MUÑOZ CHÁVEZ

AUTORIZACIONES

DR. MANUEL ACOSTA ARMENDARIZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MÉDICOS GENERALES DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE
CHIHUAHUA Y ASESOR DE TESIS

DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES

PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA. UNAM.
ASESOR DE TESIS

LIC. MIGUEL ETZEL MALDONADO

DIRECTOR GENERAL DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO

DR. RENE MUÑOZ BAUTISTA

SUBDIRECTOR MEDICO DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO

**“INCIDENCIA DE LESIONES PREMALIGNAS Y MALIGNAS DE CERVIX EN MUJERES
DERECHOHABIENTES DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO”**

Trabajo que para obtener el Diploma en

Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

DRA. ROSALÍA MUÑOZ CHÁVEZ

AUTORIZACIONES



~~DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA~~

*Jefe del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad
Nacional Autónoma de México*



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA

*Coordinación de Investigación del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de
Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México*



DRA. MARÍA DEL ROCÍO NORIEGA GARIBAY

*Coordinadora de Docencia del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de
la Universidad Nacional Autónoma de México*



AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por darme la oportunidad de vivir y servir.

A MIS PADRES:

Por su ejemplo y la manera en que me enseñaron a perseverar para alcanzar mis metas.

A MI ESPOSO:

Mi compañero en todo momento, que me ha dado su amor y apoyo siempre que lo he necesitado.

A MIS HIJOS:

Por el tiempo que les he robado alcanzando mis sueños.

A MIS HERMANOS:

Carmen y Pedro mis amigos en el camino de la vida.

***“INCIDENCIA DE LESIONES PREMALIGNAS Y MALIGNAS DE
CERVIX EN MUJERES DERECHOHABIENTES DE PENSIONES
CIVILES DEL ESTADO”***

Índice General

I MARCO TEORICO	1
Introducción.....	2
Frecuencia.....	3
Epidemiología.....	3
Diagnóstico	8
Morfología.....	13
Curso Clínico	15
Tratamiento.....	15
Pronóstico.....	16
II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
III JUSTIFICACION.....	21
IV OBJETIVOS.....	24
V METODOLOGIA.....	26
VI PROCEDIMIENTO PARA CAPTURAR LA INFORMACION.....	29
VII CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	31
VIII RESULTADOS.....	33
IX GRAFICAS.....	36
Gráfica 1 Distribución por tipo de derechohabiente.....	37
Gráfica 2 Distribución por grupos etarios.....	38
Gráfica 3 Distribución por número de parejas sexuales.....	39
Gráfica 4 Distribución por método anticonceptivo.....	40
Gráfica 5 Distribución por edad de inicio de vida sexual.....	41
Gráfica 6 Distribución por infecciones y Pap anormal.....	42
Gráfica 6.1 Distribución por VPH y otras infecciones	43
Gráfica 6.2 Distribución por tipo de infección.....	44
Gráfica 7 Distribución por antecedentes.....	45
Gráfica 8 Distribución de acuerdo a la clasificación de Bethesda..	46
Gráfica 9 Distribución de acuerdo a Pap normal o anormal.....	47
X DISCUSION.....	49
XI CONCLUSIONES.....	53
XII BIBLIOGRAFIA.....	55
XIII ANEXOS.....	59

I. MARCO TEORICO

MARCO TEORICO

1. INTRODUCCIÓN

El incremento de las neoplasias malignas durante los últimos años se ha acompañado de un mejor conocimiento acerca de su biología y su historia natural, situación que ha permitido sentar las bases para planear políticas de prevención, diagnóstico y tratamiento.

En el cuello uterino pueden presentarse un amplia gama de neoplasias y de estas aproximadamente un 95% corresponden a tres tipos de lesiones; carcinoma, pólipos y papilomas.

El carcinoma de cérvix se considera una de las neoplasias mas frecuente de la población femenina y la que ha permitido ver de forma patente los efectos de un diagnóstico y terapia curativa precoz debido a la accesibilidad del cuello uterino, permitiendo no solo una detección temprana, sino conocer más datos acerca de la evolución de esta forma de cáncer que de cualquier otra llevando esto a una disminución importante del número de muertes por esta causa, por ejemplo en los Estados Unidos durante los años cincuentas el cáncer cervicouterino era la primera causa de muerte en mujeres y actualmente se encuentra por abajo de la mortalidad por cáncer de mama, pulmón, colon y ovario (1).

Diversos autores (2) consideran hay alteraciones microscópicas en la citología vaginal aún antes del cáncer, estas alteraciones son consideradas de naturaleza precancerosa. Si estos signos atípicos se toman como el primer grado hacia la malignidad probablemente transcurran 15 años o mas desde esta etapa hasta la muerte por cáncer cervicouterino, igualmente es posible que transcurran mas de 10 años desde que aparezca el carcinoma in situ hasta que el tejido conectivo cercano sea invadido. Esto nos habla de una enfermedad de evolución lenta.

2. FRECUENCIA

El cáncer cervicouterino (Ca.Cu.) puede presentarse a cualquier edad desde la segunda década de la vida hasta la senectud, el pico de la incidencia de las lesiones invasivas se presenta hacia los 45 años, y el de las lesiones premalignas e in situ desde 10 a 15 años antes (2),

La frecuencia de lesiones premalignas ha aumentado en los últimos años, pero en general la incidencia total de cáncer invasor ha disminuido notándose esto principalmente en países desarrollados (1), siendo esto casi seguro por el aumento de exploraciones en masa que contribuyen a una detección y extirpación precoz de lesiones precursoras.

3. EPIDEMIOLOGÍA

FACTORES ETIOLOGICOS

Gran parte de los conocimientos de la etiología del Ca.Cu. provienen de estudios clínicos y epidemiológicos de los factores de riesgo, entre los que se consideran el número de gestas, de abortos, inicio de la vida sexual a etapas tempranas, uso de

anticonceptivos, principalmente hormonales, grupos sanguíneos, infecciones cervicovaginales, alcoholismo, tabaquismo, nutrición inadecuada y pobre en vitaminas C, D y folatos, número de parejas sexuales, antecedentes familiares y/o personales de cáncer, edad, bajo nivel socioeconómico y escolaridad principalmente (3,4); de estos algunos se verán mas detalladamente.

Nivel educativo:

La ignorancia y minimización del Ca.Cu. y la ausencia de síntomas permiten ciertas actitudes en las mujeres para no querer usar los servicios de detección de cáncer ya que consideran que la ausencia de dolor significa que están sanas y que las necesidades de atención de los niños y otros miembros de la familia son más importantes que los suyos, refiriendo no tener tiempo para acudir a los servicios de salud a un exámen que consideran humillante y doloroso, ya que la citología cervical es vista en algunos casos como pecaminosa y que rige principalmente a prostitutas (5).

El grado de educación formal puede ser un buen indicador para clasificar los grupos de riesgo, ya que se ha podido observar que se ve afectado principalmente mujeres pobres(3). La clase social se define de diferentes maneras, en esta ocasión nos referiremos a la clase baja tomando en cuenta no el nivel económico, sino el analfabetismo o baja escolaridad que impide que la mujer no tenga conocimiento de la neoplasia ignorando la necesidad de realizarse una citología exfoliativa o papanicoalau (Pap); o la existencia de este exámen, ignorando así mismo las reglas para una higiene genital adecuada, y en ocasiones no conocer o no tener acceso a los servicios de salud (6).

Por ejemplo podemos ver que en países subdesarrollados o en vías de desarrollo la incidencia de Ca.Cu. es más alta que en países industrializados

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

(1), siendo estos lugares que cuentan con importantes medidas preventivas, mayor difusión y mayor aceptación por parte de la población a los programas de detección oportuna de cáncer, aún con todo esto dentro de estos lugares, en los que se encuentran poblaciones de otros países, se pueden ver comportamientos similares como en algunos estudios en Estados Unidos, en donde se demuestra que es más alta la incidencia en mujeres hispanas y negras que en mujeres blancas probablemente por el factor económico y conservación de costumbres y tradiciones propias de sus culturas (7,8).

Multiparidad y número de abortos:

La pobreza no solo interviene de la manera anteriormente mencionada, sino que lleva de la mano otras situaciones consideradas también como de riesgo, como es la multiparidad y el número de abortos (4); tal vez debido a que llevan a mayor traumatismo cervical, además también guarda relación con el número de parejas sexuales.

Inicio de vida sexual:

Si a esto aunamos que inicie la vida sexual a edades tempranas, siendo menores de 20 años (4) época en la cual son más fáciles las lesiones cervicales, se aumenta considerablemente el riesgo de desarrollar cáncer del cuello uterino.

Método anticonceptivo:

También debemos tomar en cuenta el método anticonceptivo como factor de riesgo principalmente los hormonales, ya sean orales o parenterales, con los cuales ya se han hecho estudios de seguimiento a pacientes que los han utilizado por periodos largos de tiempo (9) pudiéndose apreciar un aumento entre los años 70s y 80s en mujeres cercanas a los 35 años de edad que empezaron a utilizar anticonceptivos orales cerca de los años 60s en comparación con mujeres que nunca los habían

utilizado , se vio que el riesgo aumentaba más en mujeres que los usaron por más de 12 años (10).

Como todo en medicina los estudios no son contundentes al 100% ya que influyen diferentes situaciones, por ejemplo otras investigaciones dejaron ver que la prevalencia del uso de anticonceptivos hormonales fue más alta en mujeres jóvenes, no casadas, fumadoras, con antecedente de intoxicación alcohólica recurrente, lo anterior confirma el riesgo del uso de anticonceptivos hormonales y permite ver la presencia de otros factores , pudiendo afirmar que entre más factores de riesgo se presente en una paciente es mayor el riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino (4). Otros autores refieren además el uso del dispositivo intrauterino DIU (11), por producir cervicitis crónica, razón por la cual todos estos datos deben de ser tomados en cuenta en el interrogatorio a las pacientes que acuden a realizarse su Pap.

Infecciones vaginales:

Durante muchos años se a visto que el cáncer de cérvix tiene muchas características de enfermedad venérea ya que se ha visto asociado a mujeres con varios compañeros sexuales y que inician su vida sexual a edades tempranas, a comparación con mujeres célibes como las monjas católicas (12).

También se ha pensado que sea una enfermedad causada por un agente transmitido sexualmente ya que se ha podido ver que hay relación entre algunas infecciones veneras y la presencia de lesiones premalignas (13).

Hay dos posibles agentes etiológicos transmitidos por contacto sexual, uno el Herpes virus tipo II que fue el primero en detectarse y actualmente el menos respaldado por diferentes situaciones como:

a) “No siempre se aísla el virus en todas las pacientes con Ca. Cu.

b) Pobre detección del DNA del Herpes Virus II en biopsias cervicovaginales positivas a Ca. Cu.

c) Falta de antígenos específicos".(12)

Al hacerse seguimiento en pacientes con este tipo de cáncer se observó el crecimiento del Virus Papiloma Humano (VPH), considerado el segundo agente etiológico y actualmente el más respaldado, pertenece al subgrupo de los papivavoruses, conocidos como productores de verrugas benignas en animales y en el hombre , las técnicas moleculares biológicas permitieron la detección del DNA viral en las células

El VPH actualmente es considerado como el principal agente etiológico de esta patología, sin por esto perder de vista que se considera un cáncer de origen multifactorial.

Las evidencias que involucran al VPH con el cáncer cervicouterino son las siguientes:

1. "El VPH se encontró en cerca del 95% de los cánceres escamosos de cérvix
2. La primera línea de células derivadas del Ca.Cu. contienen el VPH
3. Los tipos de VPH más involucrado con este tipo de cáncer son los 16 y 18 que producen lesiones aneuploides con mitosis normal
4. Los tipos 6 y 11 se han encontrado en lesiones benignas y raramente en malignas
5. los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 52 y 56 fueron encontrados en el cáncer cervical escamoso" (14)

La infección por VPH ocurre solamente en las células basales del epitelio que pueden dividirse, en estas el virus no se replica y permanece latente, a medida que las células epiteliales se diferencian el DNA viral se replica, se transcribe y forma viriones

completos (16). Para corroborar lo anterior se hace seguimiento de casos control relacionados con VPH y Neoplasia Intraepitelial Cervical NIC. (17)

Se consideran datos patognomónicos de infección por VPH la presencia de coilocitos y disqueratosis y otros datos asociados a condiloma plano como son la multinucleación, citoplasma con filamentos condensados y con gránulos de queratohialina (16).

La infección por VPH en el hombre juega un papel importante en las lesiones del aparato genital femenino, por lo que requiere un conocimiento epidemiológico adecuado, ya que el hombre actúa como reservorio y probablemente como causante de la persistencia y recidiva de esta infección en las mujeres (18) al igual que otro tipo de infecciones de transmisión sexual.

En Tailandia se efectuó un estudio en hombres que tienen relaciones sexuales con prostitutas, algunos usan condón y otros no, sus esposas solo refirieron como pareja sexual al esposo, pudiendo observarse mayor incidencia de mujeres con infecciones vaginales incluyendo al VPH y Ca.Cu. en las esposas de los que no acostumbraban usar condón y menor incidencia en las otras pacientes (13).

4. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de cáncer de cérvix actualmente se realiza de rutina en mujeres asintomáticas, siendo el procedimiento de rastreo de cáncer cervicouterino la citología cervical o Papanicolau (Pap) y es el elemento central de los programas de prevención y control, (2).

Fue desarrollado por el Dr. George N Papanicolau, inicialmente el propósito fue para el estudio del estado hormonal pero se observó que podían detectarse lesiones precursoras de cáncer (19).

Aunque el Pap representa la técnica más efectiva para prevenir y detectar lesiones precancerosas del cérvix uterino no está libre de errores (2).

Las muestras se deben de tomar cuando la paciente no esta menstruando, preferentemente debe de obtenerse de la unión escamocilíndrica del conducto endocervical con una espátula de madera o material plástico, el material obtenido se esparce en un portaobjetos simple y se fija (2).

Son varias y diferentes las clasificaciones para los informes citológicos, algunas de las cuales ya se encuentran en desuso, en la actualidad la mas utilizada es la clasificación desarrollada en 1988 por el Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos llamada "El Sistema Bethesda", (20) de acuerdo a esta se realizan los reportes en el departamento de detección oportuna de cáncer DOC de Pensiones Civiles del Estado PCE, la cual se incluye a continuación en su modificación de 1991.(21)

SISTEMA BETHESDA (1991)

*** Espécimen adecuado**

- Evaluación satisfactoria.
- Satisfactorio para evaluación pero limitado por(especificar la razón).
- Insatisfactoria para evaluación.

*** Categorización general (opcional)**

- Dentro de límites normales
- Inicio de cambios celulares (ver diagnóstico descriptivo)
- Anormalidad de células epiteliales (ver diagnóstico descriptivo)

*** Diagnóstico descriptivo**

- Inicio de cambios celulares

I Infección

- ◇ Tricomona vaginalis
- ◇ Organismos fungoides morfológicamente consistentes como *Cándida Spp*
- ◇ Predominio de cocobacilos consistentes con *Actinomyces Spp*
- ◇ Cambios celulares asociados con Virus Herpes Simple
- ◇ Otros

II Cambios reactivos

a) Cambios reactivos asociados con

- ◇ Inflamación (incluye reparación típica)
- ◇ Atrofia con inflamación (vaginitis atrófica)
- ◇ Radiación
- ◇ contracepción (DIU)

b) Anormales de células epiteliales

- ◇ Células escamosas
- ◇ Células escamosas atípicas de significado indeterminado de calidad

- ◇ Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado que abarcan VPH/ Displasia Leve/ NIC I
- ◇ Lesión intraepitelial de alto grado que abarcan Displasias leve/moderada y severa, NIC II y NIC III
- ◇ Carcinoma de células escamosas

c) Células glandulares

- ◇ Células endometriales citologicamnte en mujeres post-menopáusicas
- ◇ Células glandulares atípicas de significado indeterminada calidad
- ◇ Adenocarcinoma endocervical
- ◇ Adenocarcinoma endometrial
- ◇ Adenocarcinoma extrauterino
- ◇ Adenocarcinoma de especificación indeterminada
- ◇ Otras neoplasias malignas específicas
- ◇ Evaluación hormonal aplicada solo a frotis vaginales
- ◇ Patrón compatible con edad e historia
- ◇ Evaluación hormonal no posible especificar. (21)

En el siguiente cuadro se incluyen las tres clasificaciones mas utilizadas

DESCRIPTIVO	RICHARD	BETHESDA
Benigna	Benigna	Normal
Benigna con inflamación	Benigna	Normal
Displasia Leve	NIC I	LIEBG
Displasia Moderada	NIC II	
Displasia grave	NIC III	LIEAG
Cáncer in situ		
Cáncer invasor	Cáncer invasor	Cáncer invasor

Los reportes citológicos que se incluyen en la hoja de recolección de datos de este estudio están dentro de cualquiera de estas tres clasificaciones, por lo cual se homogenizaron con la de Bethesda.

Los mecanismos de control de calidad aplicables al Papanicolau (pap) para evitar o disminuir fallas incluyen el monitoreo de los frotis y la capacidad de reproducir adecuadamente la toma de éste, el fijar, teñir o interpretar las muestras aumentando los beneficios diagnósticos de la prueba ya que reduce los resultados negativos y los falsos positivos, además de simultáneamente disminuir el costo de la atención de pacientes con cáncer cervicouterino Ca. Cu. (24).

Se ha visto una correlación de falsos positivos en el Pap comparado con el diagnóstico histopatológico obtenido por biopsia, conización o histerectomía debido a cambios por cervicitis crónica, atrofas y en pacientes con infección por virus Papiloma Humano VPH (24).

Además se ha podido ver el error humano factor también muy importante, por lo cual se implementó el Papnet, que es un aparato computarizado que examina las laminillas de frotis cervicales (25), el cual no ha dado mejores resultados ya que detecta menos casos de cáncer o infecciones debido a problemas técnicos que incluyen toma inadecuada de la muestra ya sea por escasa o por mucha cantidad, tiene menos resolución de imágenes, pérdida de nitidez celular además de la incapacidad para reconocer la calidad de la muestra por la presencia de células columnares (25)

Se utilizan también otros métodos diagnósticos como la colposcopia, biopsia y conización del cervix uterino los cuales son de gran ayuda cuando tenemos un resultado de Pap anormal (26).

No solo un diagnóstico oportuno, sino también el conocimiento adecuado de los factores de riesgo siendo estos las características encontradas en las pacientes con Ca.Cu y a los cuales se les ha visto en relación directa con esta patología, sino teniendo una influencia sobre ellos, así como el seguimiento de las pacientes cuyo Pap a resultado anormal y dando un tratamiento adecuado es lo que a la larga ha permitido disminuir la incidencia de lesiones malignas y de muertes por cáncer de cervix. (11).

5. MORFOLOGÍA

Hay una gran variedad de alteraciones del epitelio cervical con apariencia anómala pero que son lesiones benignas y no precancerosas, por ejemplo después de un traumatismo, biopsia, DIU, cervicitis crónica, etc, el epitelio experimenta un proceso de regeneración e hiperplasia (5).

El carcinoma cervical comienza en la unión del epitelio escamoso cilíndrico del orificio cervical, o cerca de éste, muy rara vez, o se puede decir que nunca en las regiones laterales del cérvix (12).

El cáncer in situ al inicio no produce lesiones visibles, el diagnóstico puede sospecharse por el Pap, la prueba de Schiller o la colposcopia, ya que solo se observan cambios celulares característicos dentro de la mucosa cervical sin invasión del estroma (12).

El cáncer invasor se presenta en tres formas fungiforme, ulcerativo e infiltrativo, siendo el más común el fungiforme (23). Con el tiempo todos obstruyen el orificio externo, crecen ascendiendo por el conducto endocervical y segmento uterino inferior, para extenderse posteriormente a la pared del fondo del útero y por último por contiguidad se extiende a todas las estructuras adyacentes incluyendo ganglios linfáticos y tanto cercanos como lejanos (23).

Se han diseñado diferentes sistemas de clasificación para estos carcinomas, todos ellos de acuerdo a su graduación histológica.

A continuación se incluye la Clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia :

Estadio 0: Carcinoma in situ

Estadio I: Incluye a carcinomas limitados exclusivamente al cérvix, puede dividirse en

Ia: Carcinoma in situ con invasión temprana del estroma

Ib: Carcinoma clínicamente invasivo

Estadio II: El carcinoma se extiende más allá del cérvix, sin alcanzar la pared pélvica

Estadio III: El carcinoma se ha extendido más allá de la pared pélvica

Estadio IV: El carcinoma se ha extendido mas allá de la pelvis o ha afectado a la mucosa de vejiga y recto. En este estadio se incluye la diseminación metastásica. (29)
Como se puede suponer los tumores mejor diferenciados se acompañan de mejor supervivencia que los indiferenciados.

6. CURSO CLÍNICO

El Ca. Evolucionan lentamente a lo largo de los años, el pico de incidencia está entre la quinta y sexta décadas de la vida y las lesiones in situ en la tercera (5).

Durante la evolución las anomalías citológicas no producen manifestaciones clínicas, los síntomas son inespecíficos, como el aumento del flujo vaginal, de ahí la importancia del Pap ya que es una excelente oportunidad para detectar cánceres incipientes (19).

El Pap solo detecta la posible presencia del cáncer cervical, no hace el diagnóstico de certeza para lo cual es importante la colposcopia, la prueba de Schiller, la toma de biopsia o la conización cervical (2).

La prueba de Schiller consiste en la aplicación de solución de yodo o yoduro potásico al cérvix, el epitelio normal se tiñe color caoba debido a que las células sanas producen glucógeno, el foco canceroso carece de glucógeno por lo que no se tiñe, esto permite la toma de biopsia dirigida por colposcopia del epitelio no teñido.

Cuando el cáncer se hace clínicamente manifiesto suelen producirse hemorragias vaginales irregulares, leucorrea, dispareunia, y disuria entre las principales.

7. TRATAMIENTO

El tratamiento del Ca. Cu. Depende del estadio en que se encuentra al momento del diagnóstico, los informes de resultados definitivos indican que en los estadios I y II se utiliza cirugía o radioterapia exclusivamente o la combinación de ambas (30).

El tratamiento de la displasia y el Ca. In situ no precisa una cirugía radical urgente, una histerectomía simple puede ser curativa (30).

En el caso de las lesiones preinvasoras puede detectarse por colposcopia y eliminarse por crioterapia o electrofulguración, o como mucho la conización, siendo ésta la extirpación de un cono de mucosa y submucosa cervical (26).

En algunos casos como la detección de infección por el VPH se puede lograr mucho con un enfoque conservador e individualizado (30).

La mayoría de las pacientes con grado IV mueren por obstrucción ureteral, pielonefritis y uremia a consecuencia de la extensión local del tumor (29).

El protocolo de manejo internacional para pacientes con Pap anormal es el mismo que se utiliza en PCE y es el siguiente:

En caso de que el Pap resulte anormal, se realiza colposcopia y prueba de Sciller, se toma biopsia, , si sale normal *se cita biopsia al año. si es positiva a VPH sin displasia se realiza Pap cada 3 meses durante un año, si es positivo a VPH con displasia se da Crioterapia con control cada tres meses durante un año, si es NIC I o NIC II, crioterapia o conización con controles cada tres meses duante un año, NIC III; o Ca invasor se encía a oncología.*

8. PRO.NÓSTICO

El pronóstico y supervivencia depende también del estadio siendo curativo o del 100% en el estadio 0, de 75% en el II, 35% en el III y de 10 a 15 % en el IV (30).

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer de cérvix ocupa el primer lugar en neoplasias en mujeres, es la tercera causa de muerte general y la primera causa en mujeres de 25 a 40 años en nuestro país, y con cifras muy semejantes en otros países de América Latina (1, 28).

En las Américas, se han realizado estudios que han permitido ver que la mortalidad por Ca.Cu. Es cercana a 5-6 mujeres por cada 100 000 (1), esto en los Estados Unidos y Canadá, en México es de aproximadamente 9.5 defunciones por cada 100 000 mujeres (1).

De acuerdo a esto, se estima que en la ciudad de México mueren 400 mujeres cada año por este padecimiento (11).

Al igual que en nuestro país en otros de América Latina la tasa de mortalidad por Ca. Cu. Es muy alta, por ejemplo en Colombia es de aproximadamente 48.2/100 000 al contrario de Israel donde es de 6/100 000.

Considerando que este tipo de cáncer tiene varios factores considerados como de riesgo como son la multiparidad, el inicio de la vida sexual temprana, deficiencias nutricionales, tabaquismo, alcoholismo, antecedentes familiares de cáncer, infecciones vaginales principalmente por el VPH, razón por la que es considerado como de origen multifactorial y debido a que es posible influir en algunos de ellos, así como prevenir el desarrollo de esta patología tanto por un diagnóstico temprano como educando a la población susceptible pudiendo así disminuir su incidencia, prevalencia y mortalidad.

Por lo anterior es importante conocer las características que en nuestra población derechohabiente tiene esta patología , así como las características epidemiológicas relacionadas a esta neoplasia.

Para Pensiones Civiles del Estado representa el Ca.Cu. una patología de gran trascendencia en la salud de sus derechohabientes, tanto en las pacientes que padecen la enfermedad como en el núcleo familiar que se ve afectado a través de los trastornos de sus dinámicas internas provocadas por las consultas, hospitalización y muerte.

Todo esto me lleva a cuestionarme

¿Cual es la incidencia de lesiones premalignas y malignas de cérvix en la población derechohabiente de Pensiones Civiles del Estado?

III. JUSTIFICACION

JUSTIFICACION

Debido a que el Ca.CU. es un problema de salud a nivel mundial y en nuestro país, es importante identificar en nuestros derechohabientes cuales son las características de la población en la que ocurrey cuales son los factores de influyen en el desarrollo de esta patología comparativamente con los datos estadísticos reportados en la literatura, en donde también se menciona que a mayor educación menor incidencia de lesiones premalignas y malignas de cervix.

La referencias en literatura consultada de nuestro país mencionan que la tasa de mortalidad por cada 100 000 mujeres fue en 1975 de 10.1, en 1985 de 14,3 y en 1990 de 14.5, siendo esta la tercera causa de muerte general en mujeres y la primera en mujeres de 25 a 40 años, esto debido a que México es un país en vías de desarrollo (6).

Con la realización de este trabajo se podrán promover y plantear programas para reforzar la detección temprana de Ca.Cu. en nuestra población, repercutir en los factores de riesgo y ofrecer un tratamiento en caso de ser necesario a las pacientes cuyo Pap sea anormal, así como un seguimiento a dichas pacientes de acuerdo a los protocolos internacionalmente establecidos.

Durante el años de 1996 en la clínica de displasias hubo un total de pacientes de 472, de las cuales 364 fueron de primera vez con Pap anormal, se realizaron 437 colposcopías, 406 Biopsias, a 265 pacientes se les dio tratamiento por congelación o crioterapia y al 16 se les realizó conización cervical.

El departamento de bioestadísticas reportó 2 fallecimientos en el mismo año por Ca.Cu. 5 pacientes estuvieron en tratamiento con radioterapia y a 4 se les practicó histerectomia abdominal por el mismo diagnóstico.

Todo esto nos hace ver la importancia de este padecimiento en nuestra población.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Conocer la incidencia de lesiones premalignas y malignas de cérvix en mujeres derechohabientes de PCE en el período que comprende este estudio.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- A) Identificar que tipos de lesiones se presenta mas frecuentemente
- B) Detectar los factores de riesgo relacionados con esta patología
- C) Analizar a que edad se presentan mas frecuentemente este tipo de lesiones
- D) Conocer si nuestros resultados corresponden a los reportados a nivel nacional, e internacional

V. METODOLOGIA

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio de tipo descriptivo , retrospectivo, transversal y aleatorio

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO

- 1.** Esta investigación se realizará en PCE en el departamento de Detección oportuna del Cáncer (DOC) en el período comprendido del 1 de noviembre de 1995 al 31 de octubre de 1996.
- 2.** La población seleccionada será aquella que acuda al servicio de DOC en el período previamente establecido y cuyo Pap resulte anormal.
- 3.** Las fuentes de información serán el libro de reporte diario de la clínica de displasias, los expedientes clínicos y el reporte mensual del departamento.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

El universo lo constituirán el total de pacientes que acudan al servicio en el período previamente establecido , de donde se tomaran los datos de las pacientes cuyo Pap resulte anormal basado en un estudio de casos incidentales durante el periodo del 1 de noviembre de 1995 al 31 de octubre de 1996

CRITERIOS DE INCLUSION, DE EXCLUSION Y DE ELIMINACION

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Pacientes derechohabientes
- Pacientes cuyo Pap resulte anormal de primera vez en el servicio de DOC de PCE durante el período del 1 de noviembre de 1995 al 31 de octubre de 1996

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes cuyo Pap haya resultado anormal en fecha previa al estudio en el departamento de DOC

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Aquellas pacientes cuya información en el expediente esté incompleta en cuanto a los datos que se están tomando en cuenta para la presente investigación.

VARIABLES DE MEDICION

VARIABLES INDEPENDIENTES

*Lesiones premalignas

*Lesiones malignas

Según la clasificación de Bethesda que es con la que se trabaja en el departamento de DOC de PCE se tomará como lesiones premalignas a las incluidas en Lesion Intrepitelial de alto grado LIABG e incluye a la displasia leve, moderada y severa, así como el carcinoma in situ y como lesiones malignas el carcinoma microinvasor y el carcinoma invasor.

VARIABLES DEPENDIENTES:

1. Numero de Parejas sexuales
2. Método anticonceptivo
3. Antecedentes de infecciones vaginales
4. Inicio de vida sexual
5. Antecedentes personales y familiares de cáncer

Entre la infecciones vaginales comprenderíamos tanto a las que se les ha encontrado relación directa con el CaCu. así como las que no se ha comprobado su existencia en lesiones tanto premalignas como malignas del cérvix.

VI. PROCEDIMIENTO PARA CAPTURAR INFORMACIÓN

PREOCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

La información se recabará primero del libro de la clínica de displasias que es donde se reportan todos los casos que resultan con Pap anormal.

Se seleccionaran a las pacientes que resulten positivas por primera vez en este departamento durante el 1 de noviembre de 1995 al 31 de Octubre de 1996, anotando el número de PCE.

Posteriormente se buscará en el expediente de este departamentolos datos que se consideran relevantes para esta investigación como son: edad, inicio de vida sexual activa IVSA número de parejas sexuales, infecciones vaginales, método anticonceptivo y antecedentes personales y familiares de cáncer.

Por último se revisará el reporte mensual del departamento de donde se tomará el número total de exámenes practicados para así sacar la incidencia.

VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio se llevará a cabo únicamente con la información del departamento de detección oportuna de cáncer de Pensiones Civiles del Estado no utilizándose en ningún momento los nombres de las pacientes, por lo que su identidad no será revelada, no resultado así afectadas.

VIII. RESULTADOS

RESULTADOS

1.- En la distribución por tipo de aseguramiento en las derechohabientes podemos ver que de la población afectada el 56.3% (203) son trabajadoras, el 38.3% (138) son esposas y solo una paciente que equivale al 0.3% es hija.

2.- La mayor presencia de Pap anormal en su distribución por décadas de la vida es posible observar que la tendencia se encuentra entre la tercera y cuarta décadas que viene siendo esto el 63.8% (230) y empezando a declinar a partir de la quinta que equivale al 21.1% (76)

3.- En lo que se refiere a la distribución de acuerdo al número de parejas sexuales encontramos que:

278 (71.6%) ha tenido un solo compañero sexual

55 (7.78%) ha tenido dos parejas sexuales

28 (7.78%) ha tenido tres parejas sexuales

8 (2.28%) ha tenido cinco parejas sexuales

6 (1.67%) ha tenido cuatro parejas sexuales

3 (0.83%) ha tenido seis parejas sexuales

1 (0.28%) ha tenido ocho parejas sexuales

1 (1.28%) ha tenido nueve parejas sexuales

4.- En la gráfica cuatro se encuentran las pacientes con Pap anormal distribuidas de acuerdo al método anticonceptivo que utilizan y pudimos encontrar lo siguiente:

122 (33.8%) Oclusión tubaria bilateral

160 (16.67%) Anticonceptivos hormonales

151 (14.75%) Dispositivo intrauterino

- 10 (2.78%) Billings
- 10 (2.78%) Vasectomía
- 9 (2.56%) Óvulos
- 7 (1.94%) Preservativos
- 5 (1.39%) Histerectomía

6.- En términos generales podemos decir que la mayoría de las pacientes iniciaron su vida sexual entre los 15 y los 25 años, siendo la mediana a los 20 años.

- 10 años----1
- 15 años----17
- 20 años ---167
- 25 años----130
- 30 años ---37
- 35 años----5
- 40 años----1
- 45 años----2

6.- De acuerdo a la distribución de pacientes (360) con Pap anormal y la presencia o no de infecciones concomitantes, las que tenían infección concomitante fueron 307 lo que corresponde al 85.28% y las que no cursaban con infección fueron 53 o sea un 14.72%

6.1 Aquí se muestra la relación de Virus Papiloma Humano (VPH) y otros tipos de infecciones pudiéndose apreciar que las pacientes con únicamente VPH fueron el 79.15% (243), con VPH más otro tipo de infección (61) fue el 19.87% y por último las que solo tuvieron otra infección sin VPH (3) 6.90%.

6.2 Por último se distribuyeron las pacientes de acuerdo al tipo de infección que presentaron siendo:

243---67.5%---VPH
53 ---14.72%-Sin infección
21 ---5.83% VPH/Cándida
20 ---5.56%VPH/Cocoide
19 ---5.28%VPH/Gardnerella vaginalis
1 ---0.28% Clamidia
1 ---0.28% Gardenerella vag
1 ----0.28% Tricomona
1 ---0.28% VPH/Tricomona

7.- La distribución por antecedentes familiares o personales de cáncer o la ausencia de ellos fue la siguiente

Antecedentes negativos 204 pacientes (56.98%)

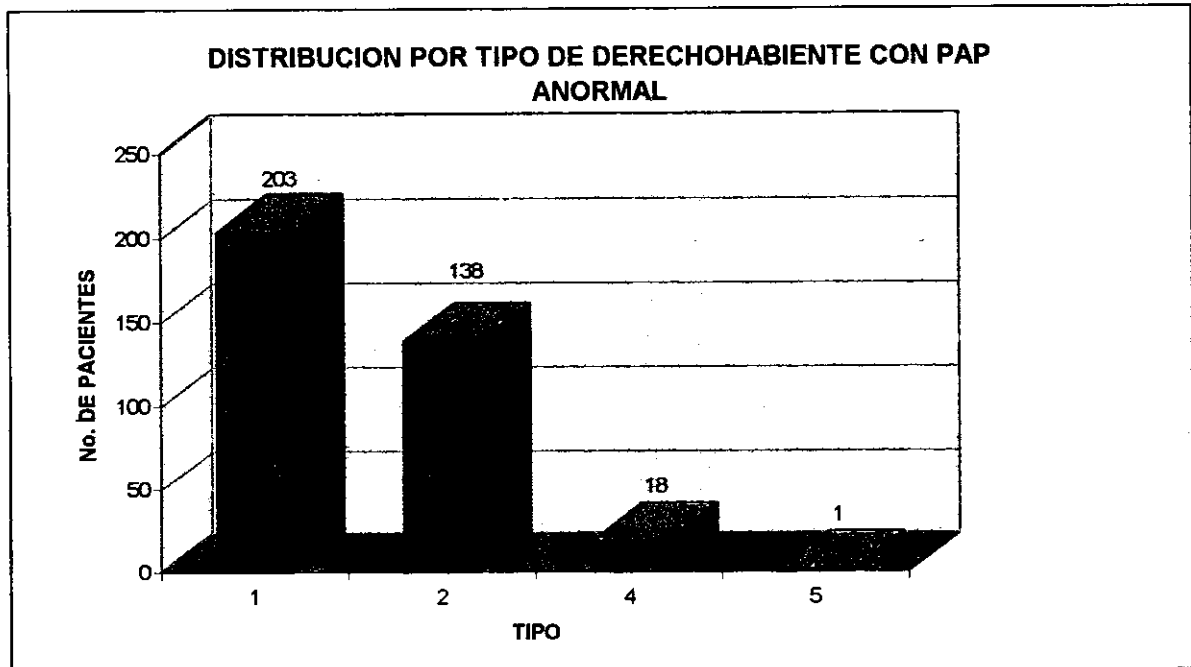
Antecedentes positivos 154 pacientes (43.02%)

8.- Encontramos que el 71.67% (258) el diagnostico fue de Lesión intraepitelial de bajo grado (LIEBG), el 27.78% (100) fue de Lesión intraepitelial de alto grado (LIEAG) y solo el 0.52% (2) el reporte fue de Cáncer epidermoide

9.- Por último se considero al universo y al total de pacientes con Pap anormal resultando ser 5180pacientes con Pap normal (93.5%) y 360 con Pap anormal (6.5%)

IX. GRÁFICAS

GRÁFICA 1

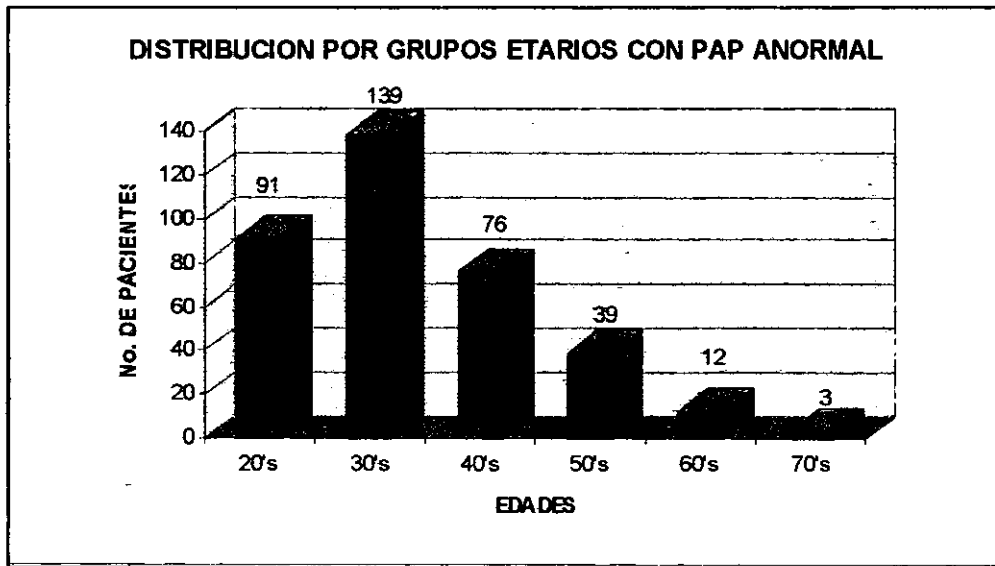


DIAGONAL	CANTIDAD	%
1	203	56.39%
2	138	38.33%
4	18	5.00%
5	1	0.28%
TOTAL	360	100.00%

Fuente: Archivo de Clínica de Displasias de D.O.C.

P.C.E.

GRÁFICA 2

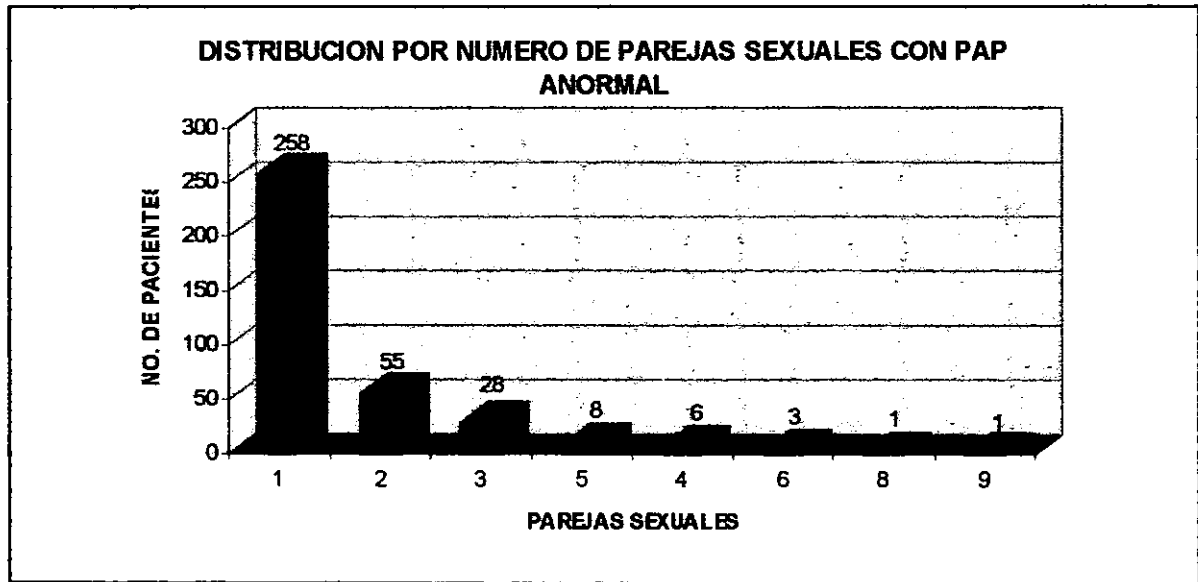


EDAD	CANTIDAD	%
20's	91	25.28%
30's	139	38.61%
40's	76	21.11%
50's	39	10.83%
60's	12	3.33%
70's	3	0.83%
TOTAL	360	100.00%

Fuente: Archivo de Clínica de Displasias de D.O.C.

P.C.E.

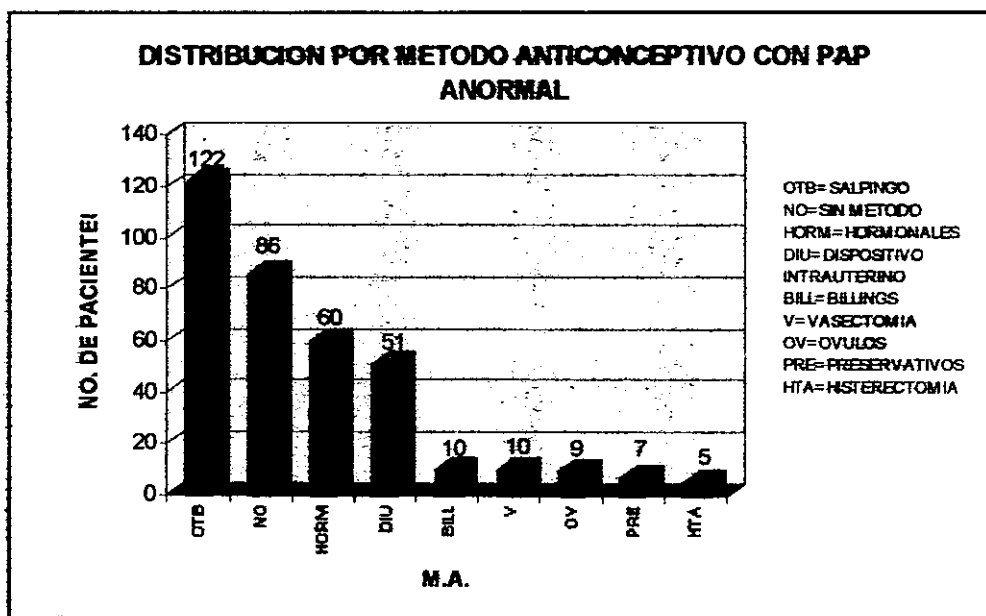
GRÁFICA 3



PAREJAS SEXUALES	CANTIDAD	%
1	258	71.67%
2	55	15.28%
3	28	7.78%
5	8	2.22%
4	6	1.67%
6	3	0.83%
8	1	0.28%
9	1	0.28%
TOTAL	360	100.00%

**Fuente: Archivo de Clínica de Displasias de D.O.C.
P.C.E.**

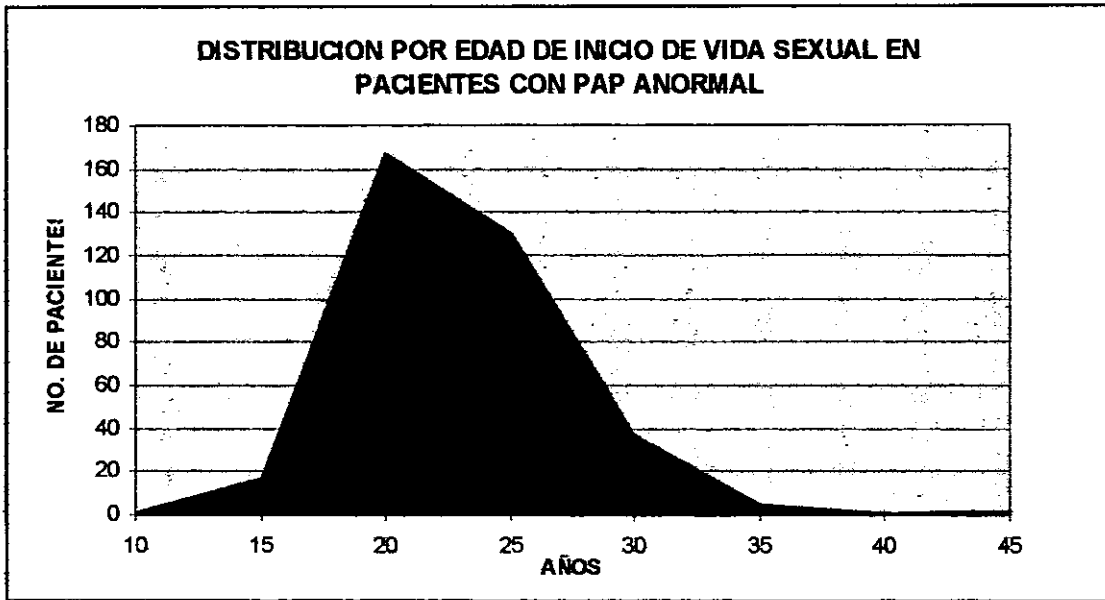
GRÁFICA 4



M.A.	CANTIDAD	%
OTB	122	33.89%
NO	86	23.89%
HORM	60	16.67%
DIU	51	14.17%
BILL	10	2.78%
V	10	2.78%
OV	9	2.50%
PRE	7	1.94%
HTA	5	1.39%
TOTAL	360	100.00%

**Fuente: Archivo de Clínica de Displasias de D.O.C.
P.C.E.**

GRÁFICA 5



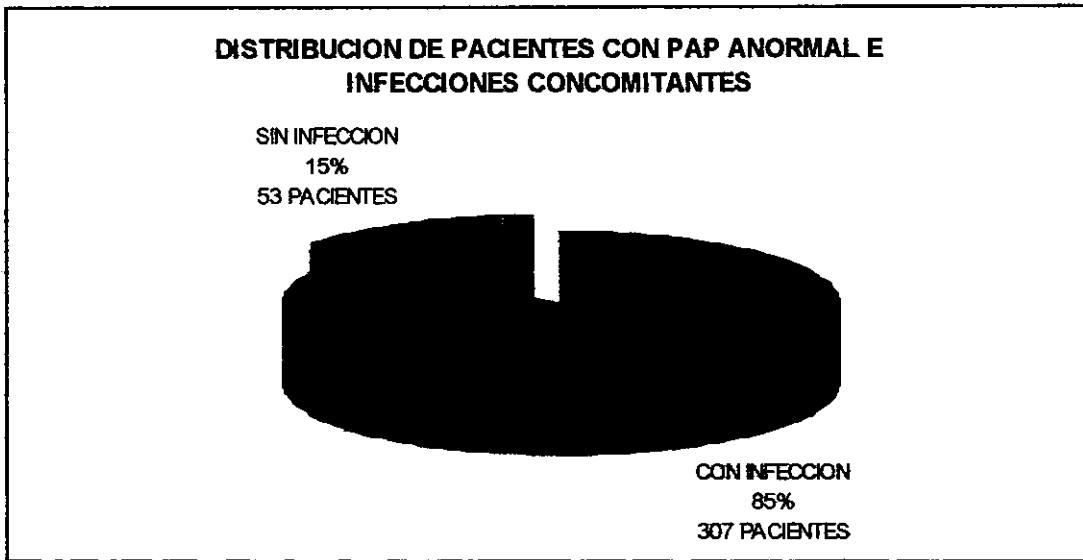
Años	CANTIDAD
10	1
15	17
20	167
25	130
30	37
35	5
40	1
45	2
TOTAL	360
MEDIANA	20

Fuente: Archivo de Clínica de Displasias de D.O.C.

P.C.E.

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

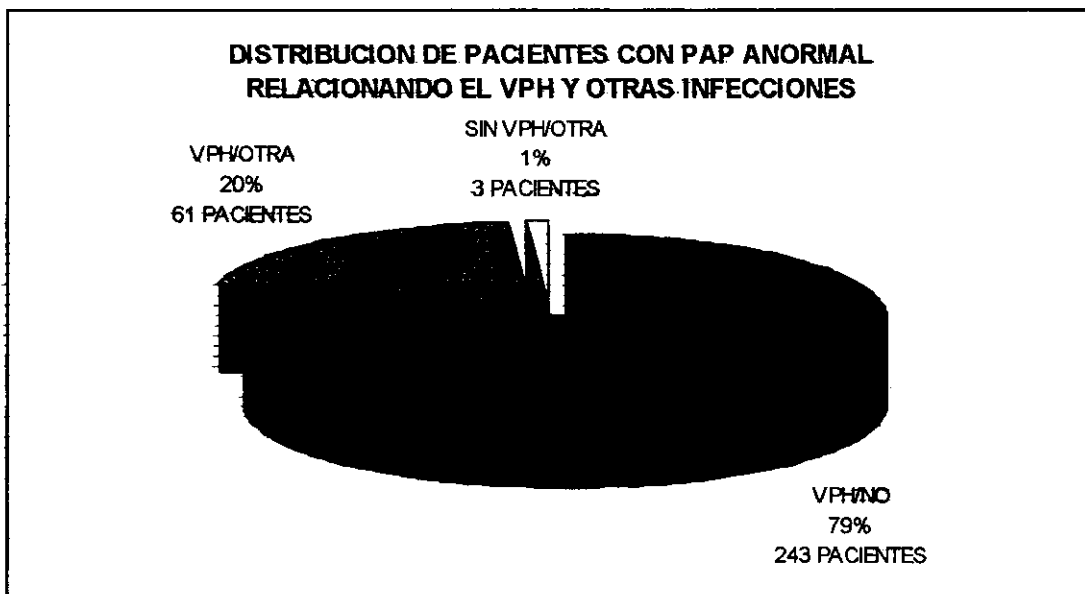
GRÁFICA 6



DESCRIPCION	CANTIDAD	%
CON INFECCION	307	85.28%
SIN INFECCION	53	14.72%
TOTAL	360	100.00%

**Fuente: Archivo de Clínica de Displasias de D.O.C.
P.C.E.**

GRÁFICA 6.1

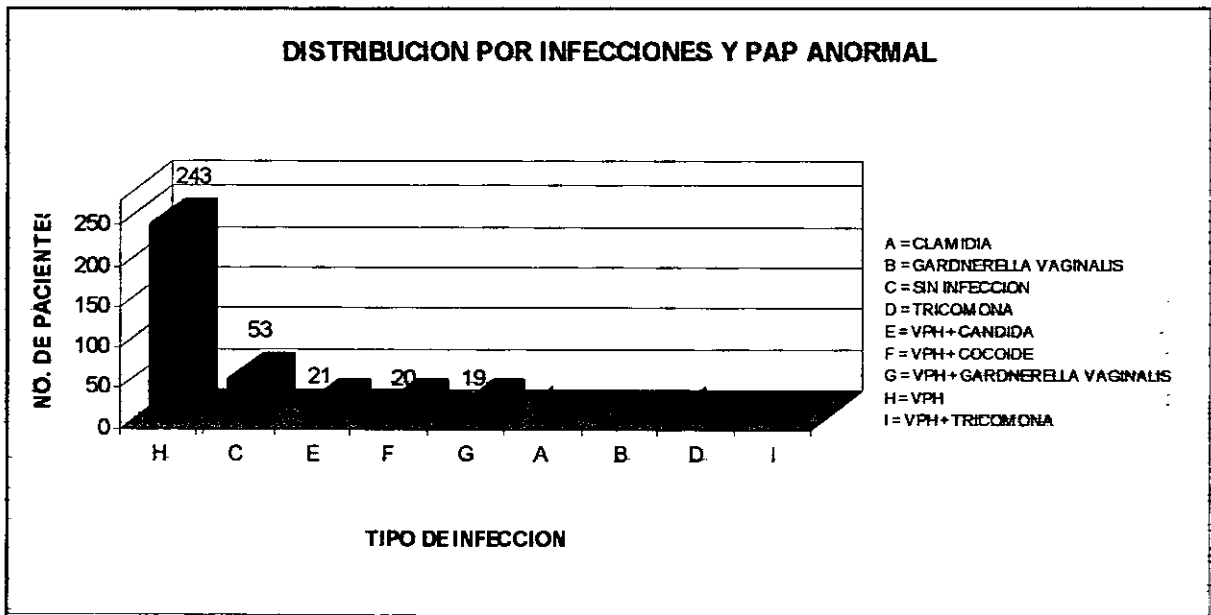


DESCRIPCION	CANTIDAD	%
VPH/NO	243	79.15%
VPH/ÓTRA	61	19.87%
SIN VPH/ÓTRA	3	0.98%
TOTAL	307	100.00%

Fuente: Archivo de Clínica de Displasias de D.O.C.

P.C.E.

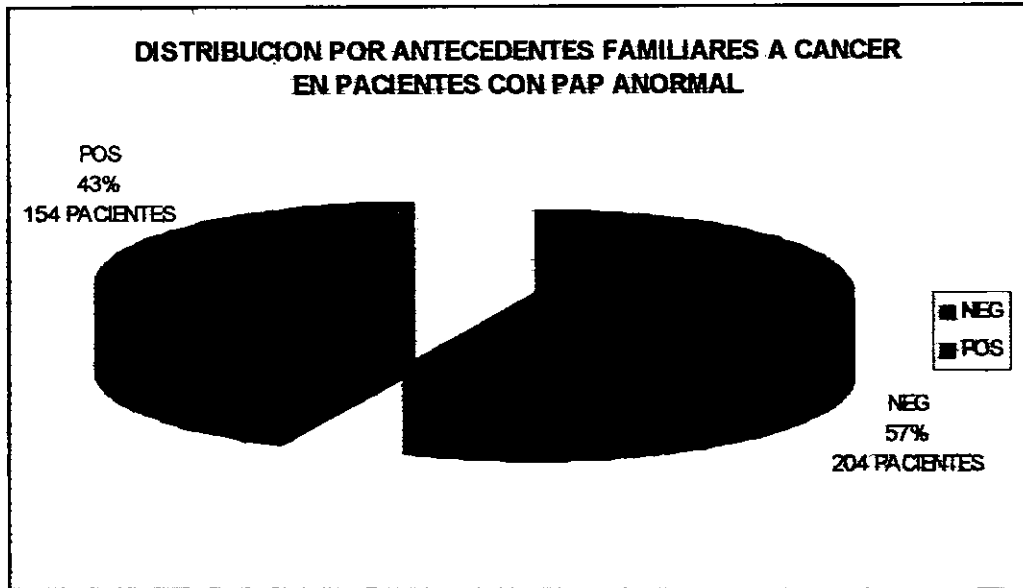
GRÁFICA 6.2



CLASIFICACION	CANTIDAD	%
H	243	67.50%
C	53	14.72%
E	21	5.83%
F	20	5.56%
G	19	5.28%
A	1	0.28%
B	1	0.28%
D	1	0.28%
I	1	0.28%
TOTAL	360	100.00%

Fuente: Archivo de Clínica de Displasias de D.O.C.
P.C.E.

GRÁFICA 7

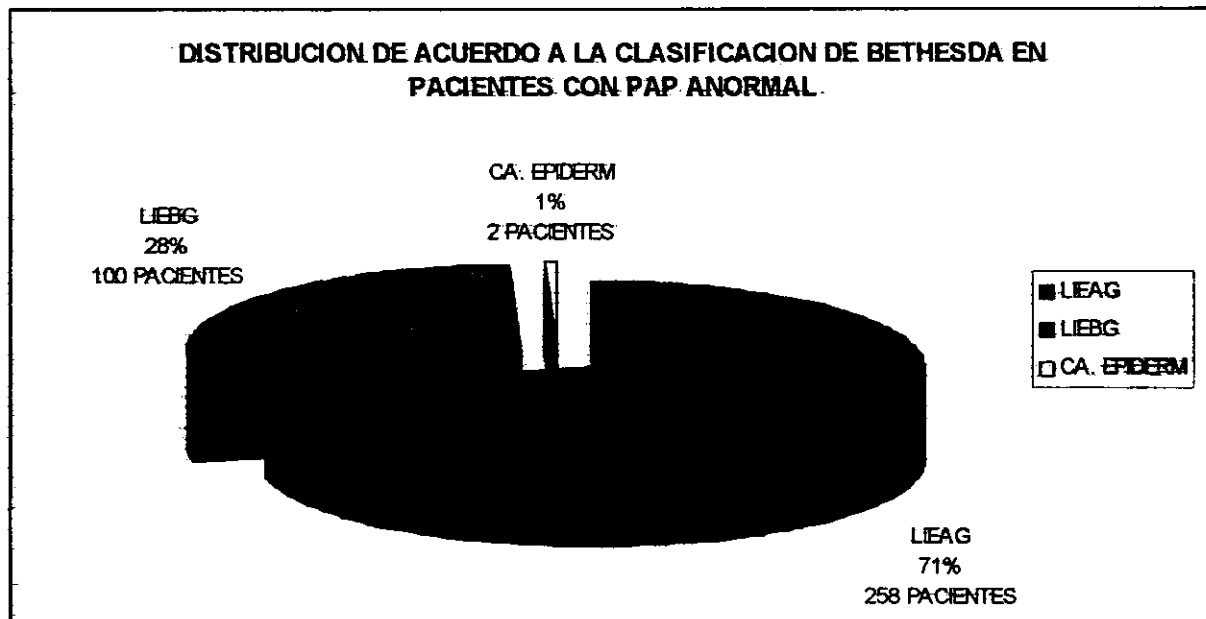


ANTECEDENTES	CANTIDAD	%
NEG	204	56.98%
POS	154	43.02%
TOTAL	358	100.00%

Fuente: Archivo de Clínica de Displasias de D.O.C.

P.C.E.

GRÁFICA 8

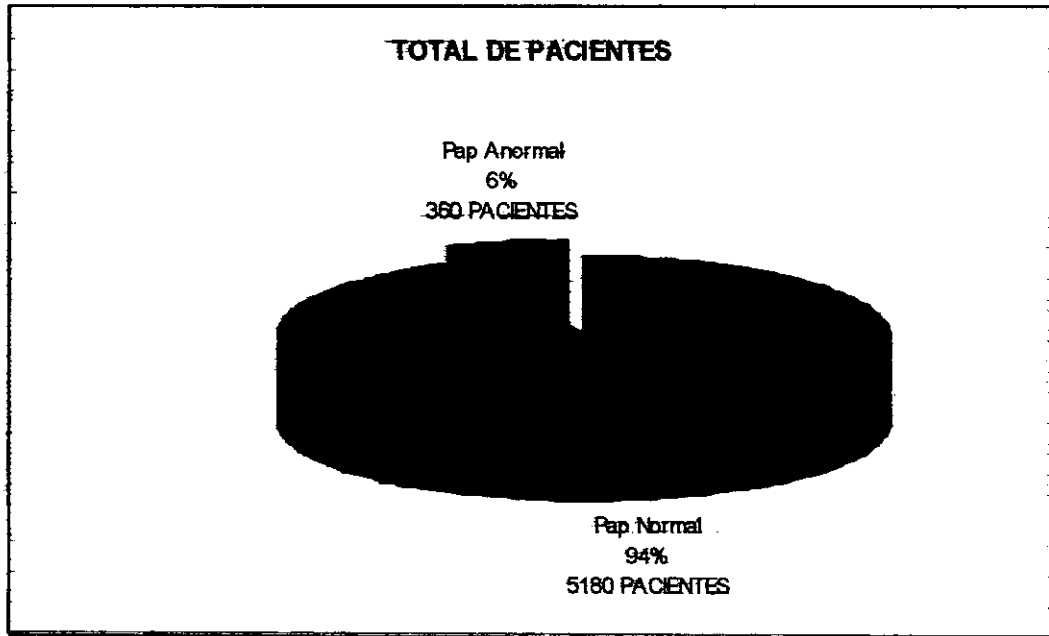


DIAGNÓSTICO	CANTIDAD	%
LIEAG	258	71.67%
LIEBG	100	27.78%
CA. EPIDERM	2	0.56%
TOTAL	360	100.00%

Fuente: Archivo de Clínica de Displasias de D.O.C.

P.C.E.

GRÁFICA 9



Diagnóstico	Cantidad	%
Pap Normal	5180	93.50%
Pap Anormal	360	6.50%
TOTAL	5540	100.00%

Fuente: Archivo de Clínica de Displasias de D.O.C.

P.C.E.

X. DISCUSSION

DISCUSION

1.- Como se puede apreciar en los resultados la población mas afectada es la de las trabajadoras; esto pudiera deberse a que acuden a solicitar el servicio con mas frecuencia debido a la promoción de estos programas de salud que se lleva en los centros de trabajo y que las esposas de los asegurados no reciben en la misma proporción.

Además de que el nivel educativo del trabajador (mas del 50% maestros) es mayor en los asegurados que en las esposas beneficiarias.

2.- En lo que se refiere a incidencia de lesiones premalignas de cérvix distribuidas de acuerdo a décadas de la vida los resultados son muy semejantes a los reportados en la literatura nacional y mundial.

3.- De acuerdo a las lesiones premalignas y su relación con el número de parejas sexuales encontramos que la mayor incidencia fue con un solo compañero lo cual pareciera no coincidir con la literatura consultada, que menciona que a mayor número de parejas mayor incidencia.

La información anteriormente reportada puede ser motivo para otra investigación.

4.- La relación que en nuestro trabajo encontramos entre la presencia de Pap anormal y el método de planificación familiar fue mayor en las pacientes con oclusión tubaria bilateral , luego hormonales y finalmente las que utilizan dispositivo intrauterino , lo cual no es congruente con lo referido nacional e internacionalmente en donde se menciona con mayor incidencia a los

anticonceptivos hormonales y al dispositivo intrauterino, por su efecto farmacológico y mecánico sobre la mucosa cervical respectivamente.

Esto pudiera ser explicado por el hecho de que la oclusión tubaria bilateral es un método altamente confiable de planificación familiar y disminuye la posibilidad de un embarazo y por consiguiente el temor a la relación sexual, propiciándose una mayor frecuencia de éstas y condicionando de esta manera un incremento en el riesgo de infecciones y trauma cervical.

- 5.- La literatura mundial reporta que cuando la mujer inicia la vida sexual antes de los 19 años aumenta la posibilidad de presentar Paps anormales, lo cual en nuestro estudio se confirma donde encontramos la mediana a los 20 años
- 6.- Confirmando lo reportado en la literatura mundial y nacional sobre la relación de Paps anormales en presencia de infecciones en nuestro estudio encontramos como la mas frecuente la del Virus Papiloma Humano sola o en presencia de otro germen como Cándida, Gardnerella vaginalis, Tricomona y Clamidia, Lo cual apoyaría a considerar el cáncer cervicouterino como una enfermedad de transmisión sexual y al VPH como un factor de gran importancia para su etiología.
- 7.- Pudimos apreciar que el antecedente de neoplasias a cualquier nivel y la presencia de Pap anormal no guarda una relación directa .
A este respecto no encontré información en la literatura consultada.
- 8.- En cuanto al tipo de lesiones reportado por citología, de acuerdo a la clasificación de Bethesda nuestros resultados coinciden con lo referido en la literatura, en donde

se menciona que a mayor número de exámenes realizados se encuentra mayor incidencia de lesiones de bajo grado lo que nos habla de la adecuada oportunidad con que se realiza el estudio y del enfoque de anticipación al daño que debe tener la atención primaria.

9.- En nuestro estudio encontramos que el porcentaje de estudios con Pap anormal contra el total de estudios efectuados fue de 6.5% que es importante dado que son alteraciones que si se dejan progresar pudieran condicionar una neoplasia.

No fue posible encontrar en la literatura consultada alguna referencia alguna referencia que nos permita hacer un comentario mas amplio en este rubro.

XI. CONCLUSIONES

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Primeramente podemos concluir que los objetivos que se plantearon para este estudio se cumplieron y nos permitió comprobar que el comportamiento de Papanicolaou anormales en las mujeres derechohabientes de P:C:E: es básicamente semejante al encontrado a nivel nacional y al de países en vías de desarrollo .

Este estudio debe ser complementado con otros que amplíen la información sobre la relación de Pap anormal y el número de parejas sexuales y el método de planificación familiar.

Se recomienda que las áreas responsables de evaluar la calidad de atención que se presta en el primer nivel generen actividades o acciones para que el médico de familia y general refiera un mayor número de pacientes al servicio de Detección Oportuna de cáncer

XII. BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Robles C. Sylvia: Tendencias de la mortalidad por cáncer de cuello de útero en las Américas. Bol Oficina Sanit Panam 1996; 121 (6): 478-488
- 2.- DiBonito Luigi: Cervical cytopatology. Cancer 1993; 72: 3002-3006
- 3.- Corral Fabián: La baja escolaridad como factor de riesgo en el cáncer de cuello de útero. Bol Oficina Sanit Panam; 1996; 6: 511-517
- 4.- Cortés Gutierrez Elva I: Algunos factores epidemiológicos en el cáncer cervicouterino. Revista Médica IMSS Méx 1995; 33: 177-182
- 5.- Miller Anthony B: Taller Centroamericano sobre la detección del cáncer de cuello uterino. Bol Oficina Sanit Panam 1996; 6: 589- 599
- 6.- Castañeda Camey Xochitl: Promoción y difusión comunitaria de la prevención del cáncer de cuello de útero. Bol Oficina Sanit Panam Cancer: 1996; 6: 586-593
- 7.- Polednak P. Anthony: Estimating Cervical Cancer Incidence in the Hispanic Population of Connecticut by Use of Surnames. Cancer 1993; 71: 3560-3564
- 8.- Weiss K Linda: Trends in cervical cancer incidence Among young Black and White Women in metropolitan Detroit. Cancer 1994; 73: 1849- 1854
- 9.-G Ursin. Oral contraceptive use and adenocarcinoma of cervix. The Lancet 1994; 344: 1390-1393

- 10.- Iger T. MD Oral contraceptive use and the incidence of cervical intraepithelial neoplasia. American Journal of Obstet and Gynecology. 1992; 167: 40-44.
- 11.- Disquete
- 12.- Ruíz Ortiz Edgar :Cáncer cervicouterino microinvasor. Diagnóstico y tratamiento, Ginecología y Obstetricia de México. 1994; 62: 237-242
- 13.- Thomas David B: Prostitution, Condom and Invasive Squamous cell cervical cancer in Thailand. American Journal of Epidemiology 1996; 143: 779-786
- 14.- García-Carrancá Gerardo. Aspectos moleculares de los papilomavirus humanos y su relación con el cáncer cervicouterino. Revista de Investigación Clínica: 1993; 45:85-92
- 15.- Muñoz Nubia. Relación causal entre el Virus del papiloma humano y cáncer cervicouterino y consecuencias para la prevención. Bol Oficina Sanit Panam: 1996; 6: 550-566
- 16.- Uribarren Oscar. Condiloma plano, su frecuencia y asociación con cáncer cervicouterino y displasias Ginecología y Obstetricia de México: 1992; 60: 45-47
- 17.- Kaufman Raymond H. Relevance of human papillomavirus screening in management of cervical intraepithelial neoplasia
- 18.- Gonzalez José Luis. Factor masculino en la incidencia y persistencia de condiloma de cervix y neoplasia intraepitelial cervical. Ginecología y Obstetricia de México 1991; 59: 335-339
- 19.- Koss G. Leopold: Cervical (Pap) Semar. New Directions: 1993; 71 1406-1412

- 20.- National Cancer Institute: The 1988 Bethesda System for Reporting Cervical/vaginal Cytologic Diagnoses. *Human Patology*; 21: 704-708
- 21.- Kainz-C : The Bethesda - system-- - an improvement in classification of cervix cytology . Abteilung fur Gynakologie und Geburtshilfe, Universitats-Frauenklinik; 1995 55: 435-440.
- 22.- Shibata H. Diagnostic cytology for detection of early cancer. *Nippon Rincho* 1996; 54: 1276-1280
- 23.-Alonso de Ruíz P: Reproducibilidad diagnóstica del Papanicolaou en dos zonas de México: necesidad de mecanismos de control de calidad. *Bol Oficina Sanit Panam* 1996; 121: 518- 527
- 24.-Horn -LC; Histopatologic correlates of false- positive cytologic findings in the uterine cervix. *Geburtshilfe-Frauenheilkd*: 1995; 55: 425-430
- 25.- Weissbrod Dalia: Comparación del examen de citología cervical efectuado por Papnet y por citología convencional. *Bol Oficina Sanit Panam*: 6; 1996: 528-531
- 26.- Brigg M.A: Colposcopic diagnosis and tratment of cervical dysplasia at a single clinic visit *The Lancet*; 1990; 336: 229-231
- 27.- Jaques Brisson: Risk Factors for Cervical Intraepithelisl Neoplasia . Differences between Low- and High -grade Lesions. *American Journal of Epidemiology*: 1994; 140 : 700-709.
- 28.- Barnett Beverly: Programas de Tamizaje de cáncer de cuello uterino: Cooperación técnica en el Caribe. *Bol Oficina Sanit Panam*: 1996; 6: 603-611

29.- Bishop Amie: El tratamiento de la displasia cervicouterina: aspectos clave para países en desarrollo. Bol Oficina Sanit Panam 1996; 6: 567-575.

30.- Richart Ralph M: Controversies in the Management of Low-Grade cervical Intraepithelial Neoplasia. Camcer: 1993; 71: 1413-1422

XIII. ANEXOS

