



Universidad Nacional Autónoma de México

11217
92



INSTITUTO DE SALUD DE SERVICIOS SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

HOSPITAL GENERAL
"DR. GONZALO CASTAÑEDA"

SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
UNIDAD DE COLPOSCOPIA

"Frecuencia del cáncer cervicouterino y lesiones precursoras
de las pacientes referidas a la unidad de colposcopia del
Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda "

"Tesis que, en cumplimiento parcial para obtener el Diploma
como Especialista en Ginecología y Obstetricia"
"Presenta"

Dra. Ariadna Martínez Rivas

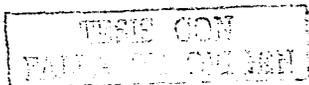
Director:

Dr. Alfredo Alaniz Sánchez



México, D. F.
Febrero del 2004

ISSSTE



2003

-3-



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.



Universidad Nacional Autónoma de México



**INSTITUTO DE SALUD DE SERVICIOS SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO**

**HOSPITAL GENERAL
"DR. GONZALO CASTAÑEDA"**

SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

UNIDAD DE COLPOSCOPIA

**"Frecuencia del cáncer cervicouterino y lesiones precursoras
de las pacientes referidas a la unidad de colposcopia del
Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda "**

**"Tesis que, en cumplimiento parcial para obtener el Diploma
como Especialista en Ginecología y Obstetricia"
"Presenta"**

Dra. Ariadna Martínez Rivas

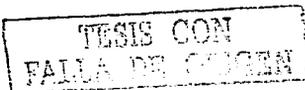
Asesores:

Dr. Alfredo Alaniz Sánchez



**México, D. F.
Febrero del 2004**

ISSSTE



-4-

DEDICATORIA.

A mis padres Guadalupe y Marcos que me brindaron su apoyo incondicional y por el tiempo que les debo.

A mi esposo Mario que con su gran amor me ha dado fuerza para seguir siempre adelante

A mis hermanos José Luis, Raquel, Sergio y Marco con cariño.

A mis profesores que me brindaron parte de su tiempo en especial al Dr. Alaniz, dr Aguirre. Dr. Solís Dra Padilla,, Dra Romero, Dra. Alvarez, Dra. Ramírez, Dr. Gómez, Dr. Trejo.

A mi tía Lidia con mucho cariño.

Autorizo a la Dirección General de Investigaciones de la UNAM a difundir en formato electrónico el contenido de mi trabajo, recienzo el

NOMBRE: Aracelia Martínez

FECHA: 14-10-03

[Firma]

TESIS CON
FALLA DE CUBRIL

HOJA DE AUTORIZACION DE TESIS

DR. LUIS BAYARDI ORTIZ PETRICHOLI
Director del Hospital General
" Dr. Gonzalo Castañeda "

I. S. S. S. T. E.
D.FLEG. REGIONAL ZONA NORTE

OCT. 10 2003

COORD. DE ENSEÑANZA E INV.
H.G. "DR. GONZALO CASTAÑEDA"

DRA. MARTHA NAVARRO LEON
Coordinadora de Enseñanza e Investigación
del Hospital General
" Dr. Gonzalo Castañeda "

DR. ANGEL JESUS AGUIRRE ORTEGA
Coordinador del Servicio de Ginecología
y Obstetricia del Hospital General
" Dr. Gonzalo Castañeda "

COORDINADOR
DE POSGRADO
DE MEDICINA

TESIS
FALLA

DR. ALFREDO ALANIZ SANCHEZ
Profesor Titular del curso de Ginecología y
Obstetricia del Hospital General
" Dr. Gonzalo Castañeda "

APROBACIÓN DE TESIS

FECHA: 14 de octubre de 2003

TEMA:

FRECUENCIA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO Y LESIONES PRECURSORAS DE LAS PACIENTES REFERIDAS A LA UNIDAD DE COLPOSCOPIA DEL HOSPITAL GENERAL DR. GONZALO CASTAÑEDA

ALUMNO (S): 1. ARIADNA MARTÍNEZ RIVAS

ACADÉMICOS:

DIRECTOR: DR. ALFREDO ALANIZ SANCHEZ

TUTOR: DR. ALFREDO ALANIZ SANCHEZ

ASESOR: DR. ALFREDO ALANIZ SANCHEZ

HOSPITAL GENERAL "DR. GONZALO CASTAÑEDA" UNIDAD DE COLPOSCOPIA

RESÚMEN FINAL DE TESIS

En la población femenina particularmente en el grupo de 25 a 64 años de edad el cáncer del cuello del útero es la primera causa de muerte por neoplasias malignas. En nuestro país se considera un problema de salud pública debido a que el perfil epidemiológico muestra incremento en la incidencia de esta enfermedad. El diagnóstico presuncional de cáncer del cuello del útero se puede establecer por examen clínico, citología de cuello uterino y/o colposcopia. El diagnóstico definitivo se establece únicamente con el examen histopatológico.

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo mediante la revisión de 216 expedientes con diagnóstico por reporte citológico de infección por virus del papiloma humano, displasia moderada, severa o cáncer del útero, de pacientes referidas a la unidad de colposcopia del Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" del ISSSTE del periodo correspondiente de enero del 2001 a diciembre del 2002

En 139 pacientes (64 35%) se corroboró el diagnóstico de Papanicolau mediante el resultado de biopsia. 22 (10 18%) pacientes fueron reportadas por resultados de biopsia como NIC III (3 72%. 8 pacientes), 9 (4 19%) como cáncer epidermoide y 5 (2 33%) como cáncer insitu por biopsia. Por papanicolau se detectaron 58 pacientes con infección por VPH, de las cuales 28 (12 96%) se corroboraron por biopsia. 47 (21 9%) pacientes fueron reportadas con infección por VPH por biopsia de las cuales el 40 42% (19) no fueron detectadas por Papanicolau. El 26 85% (58) tuvieron reporte por Papanicolau de infección por VPH de estas 2 (3 44%) desarrollaron cancer del cuello del útero, una reportada como cancer epidermoide y otra como cancer insitu. De las 22 pacientes que desarrollaron cancer del cuello del útero el 57 8% refirio tener tabaquismo positivo

Para establecer el diagnóstico del cáncer del cuello del útero se requiere la presencia de células de aspecto maligno en el estudio citológico, imágenes de apariencia maligna en la colposcopia y la confirmación por el estudio histopatológico con el fin de garantizar adecuado un nivel de calidad de los procedimientos de los laboratorios de citología así como del tratamiento y seguimiento de las mujeres afectadas

APROBACIÓN

DR. ALFREDO ALANIZ S.

DR. ALFREDO ALANIZ S.

DR. ALFREDO ALANIZ S.

Nombre y firma
DIRECTOR DE TESIS

Nombre y firma
TUTOR

Nombre y firma
ASESOR

RECIBIDO
FALLA EN LA ENTREGA

INDICE

CAPÍTULO	PAGINA
1. INTRODUCCIÓN.....	9
2. ANTECEDENTES.....	12
3. JUSTIFICACIÓN.....	21
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23
5. OBJETIVOS.....	24
GENERAL	
ESPECÍFICOS	
6. HIPÓTESIS.....	26
7. METODOLOGÍA.....	27
DISEÑO DEL ESTUDIO	
POBLACIÓN EN ESTUDIO	
CRITERIOS DE INCLISION	
CRITERIOS DE EXCLUSION	
TAMAÑO DE LA MUESTRA	
VARIABLES DE ESTUDIO	
8. ANALISIS RESULTADOS.....	32
9. DISCUSIÓN.....	55
10. CONCLUSIONES.....	60
11. BIBLIOGRAFÍA.....	63
12. ANEXO.....	65

TRABAJOS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 1. INTRODUCCION

El proceso de transición que está sufriendo la población es consecuencia de un desarrollo que implica múltiples aspectos como los demográficos, sociales, económicos y culturales ⁽⁶⁾

El decremento en la mortalidad de los padecimientos infecciosos que se observó primero en países con mayor desarrollo económico y posteriormente en los de desarrollo intermedio, ocurre en el marco de la mejoría de los niveles de vida y de los avances tecnológicos, que a la vez han propiciado un acelerado proceso de urbanización, la disminución de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida, los cuales son traducidos en la dinámica cotidiana de la población como cambios en su estilo de vida y cambios cuantitativos y cualitativos en su estado de salud ⁽⁶⁾

Dentro de estos cambios se encuentran también los relacionados con la salud, el cáncer es uno de los problemas de salud más importantes que el hombre ha tenido que enfrentar, junto con la idea de que el cáncer concluye con la muerte, el portador sufre el temor de padecerlo y genera desaliento entre la población. El crecimiento súbito en la incidencia de este padecimiento, su letalidad, el cáncer invasor y el largo periodo de latencia se añaden al estigma que cae sobre el enfermo ⁽⁶⁾



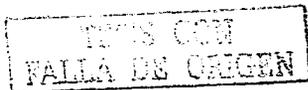
El cáncer humano, en muchas de sus manifestaciones se asocia con la forma de vida, aunque se han identificado neoplasias malignas relacionadas con antecedentes infecciosos, exposición a radiaciones y la actividad hormonal, por lo que continúan las investigaciones enfocadas a instrumentar acciones preventivas específicas y en la búsqueda del incremento de la eficacia de los tratamientos para reducir las recidivas. (3.1)

Entre 1922 y 2001 la proporción de muertes por cáncer en México pasó de 0.6 a 13.1% de las defunciones totales ocurridas por todas las causas y en toda la población. (3.4)

El cáncer ocupa desde 1990 el segundo lugar como causa de muerte en el país y desde 1980, en que el registro de información permitió diferenciar la localización de las neoplasias. (3.4)

En el año 2001 el cáncer provocó 55,731 defunciones anuales, 52 y 48% para mujeres y hombres respectivamente, con tasas por 100,000 hab. de 57 y de 54 respectivamente. (3.4)

El sexo masculino concentró mayor mortalidad en los grupos de 45 a 64 años y en el de 65 y más años, pero la mortalidad en las mujeres aumenta a partir del grupo de 25 a 34 años de edad. (3.4)

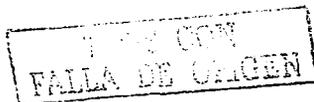


En orden decreciente las neoplasias malignas que causaron el mayor número de muertes fueron: tráquea, bronquios y pulmón, estómago, cuello uterino, hígado y vías biliares, próstata, mama y leucemia. ^(3,4)

Existe un incremento del 2 al 3% por año entre 1998 y 2000, con promedio anual de 90,142 casos informados. En el 2000 fueron registrados 91,913 casos, 34% en hombres y 66% en mujeres. Los tumores más notificados fueron cérvix (24%), piel (14%), mama (11%), próstata (6%) y estómago (3%). ^(3,4)

Cuello del útero

En México, en el 2001 el 8% del total de muertes por neoplasias se debió al cáncer del cuello del Útero, el cual registró una tasa de 21 por 100,000 mujeres de 25 y más años. La edad es factor de riesgo para morir por cáncer del cuello uterino y la etapa crítica en la que el riesgo de morir aumenta en forma destacada, es la reproductiva. Los factores de riesgo asociados en forma más consistente son: la infección por el virus del papiloma humano, el antecedente de dos o más parejas sexuales, la paridad vaginal de 12 o más partos (RM= 5.2), el inicio de las relaciones sexuales antes de los 14 años (RM=1.53) y la menarca después de los 17 años de edad. (RM de 3.22) ⁽¹⁾

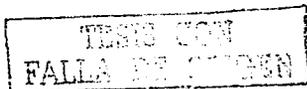


CAPITULO 2. ANTECEDENTES

El decremento en la mortalidad de los padecimientos infecciosos que se observó primero en países con mayor desarrollo económico y posteriormente en los de desarrollo intermedio, ocurre en el marco de la mejoría de los niveles de vida y de los avances tecnológicos, que a la vez han propiciado un acelerado proceso de urbanización; la disminución de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida, los cuales son traducidos en la dinámica cotidiana de la población como cambios en su estilo de vida y cambios cuantitativos y cualitativos en su estado de salud. (1)

México ha visto el aumento continuo de las enfermedades crónico-degenerativas, afectando a sus habitantes, hasta constituirse en las principales causas de muerte y de enfermedad, aunque en este último aspecto compiten en desventaja con las enfermedades infecciosas, que siguen ocupando los primeros lugares y continúan concentrando la mayoría de los recursos destinados a la atención de la salud. (2)

El cáncer humano, en muchas de sus manifestaciones se asocia con la forma de vida, aunque se han identificado neoplasias malignas relacionadas con antecedentes infecciosos, exposición a radiaciones y la actividad hormonal, por lo que continúan las investigaciones enfocadas a instrumentar acciones preventivas específicas y en la búsqueda del incremento de la eficacia de los tratamientos para reducir las recidivas. (3)



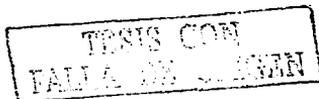
Las fuentes de información que brindan el conocimiento acerca del comportamiento del cáncer en el país forman parte del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), dentro del cual forman parte: el Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED), el Sistema de Notificación Semanal de Casos Nuevos, que registra los casos probables que se identifican en todas las instituciones del sector salud referentes a cáncer del cuello del útero, cáncer de mama, cáncer de pulmón y cáncer de estómago, así como el propio Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM).⁽¹⁾

En la población general el cáncer cuello del útero ocupa el primer lugar en incidencia causada por tumores malignos y es la tercer causa de mortalidad relacionada con las neoplasias malignas.

En la población femenina particularmente en el grupo de 25 a 64 años de edad el cáncer del cuello del útero es la primera causa de muerte por neoplasias malignas.

En México durante 1995, según las cifras del registro histopatológico de neoplasias, se registraron 15,749 nuevos casos de esta neoplasia y el número de muertes por la misma causa fue de 4,392.^(3,4)

En los países en que se tienen campañas de detección adecuadas con el estudio citológico cervical, se ha observado una importante disminución de la incidencia y mortalidad por cáncer del cuello del útero, atribuible a la detección de las lesiones precursoras y preinvasoras, displasias o neoplasias intraepiteliales cervicales en



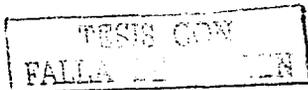
las que el diagnóstico oportuno ofrece la posibilidad de tratamiento exitoso a un menor costo, tanto en el ámbito social como para los servicios de salud. ⁽⁵⁾

Si bien se han resuelto muchas interrogantes sobre la etiología del cáncer del cuello del útero y se encuentran en desarrollo alternativas terapéuticas y de prevención, lograr altas coberturas de detección temprana a través del estudio citológico Papanicolaou, garantizando un nivel adecuado de calidad de los procedimientos de los laboratorios de citología, así como del tratamiento y seguimiento de las mujeres afectadas, constituirá el eje fundamental del Programa de Prevención y Control del Cáncer del Cuello del Útero. ⁽⁵⁾

En nuestro país se considera un problema de salud pública debido a que el perfil epidemiológico muestra incremento en la incidencia de esta enfermedad, por lo que la coordinación de los sectores público, privado y social son la estrategia principal, para afrontar este padecimiento con mayor compromiso, eficiencia y eficacia. ⁽⁵⁾

Por otro lado es importante también la participación activa de la comunidad en la solución de este problema de salud, lo cual se logrará mediante la enseñanza, difusión y concientización de los riesgos y complicaciones de la misma. ⁽⁵⁾

La prevención, que incluye la detección del cáncer del cuello del útero se lleva a cabo por medio de la citología cervical (Papanicolaou). ⁽⁵⁾



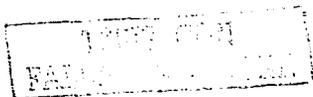
Las pacientes con reporte citológico de infección por virus del papiloma humano, displasia moderada, severa o cáncer, deben referirse a una clínica de displasias o centro oncológico, para la confirmación diagnóstica por estudio histopatológico y para el tratamiento y control, según corresponda. ⁽⁵⁾

El diagnóstico presuncional de cáncer del cuello del útero se puede establecer por examen clínico, citología de cuello uterino y/o colposcopia. El diagnóstico definitivo se establece únicamente con el examen histopatológico. ⁽⁶⁾

La toma regular del Papanicolauo es la piedra angular del los cuidado preventivos salud de la mujer. Su introducción como una herramienta para la detección del cáncer del cuello del útero ha disminuido notablemente el número de muertes pos esta causa. Sin embargo durante la última década la proporción de muertes por cáncer del cuello del útero ha permanecido relativamente la estática. ⁽⁷⁾

El Papanicolauo nos da una alta proporción de resultados falso-negativos que va de 10% a 50%. por lo que son necesarios otros métodos de estudio para el diagnóstico de las alteraciones celulares del cérvix. ^(7,8)

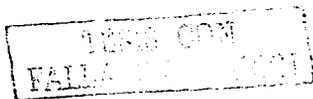
La sensibilidad y especificidad del examen pelviano rutinario aumentan al realizar tanto la colposcopia como la citología. En algunas pacientes con resultado negativo (falso-positivo) la enfermedad se documenta hasta que el Papanicolauo refleja un cambio positivo en estas pacientes sin embargo la enfermedad se identifica por colposcopia y b opsia cervical. ^(11,12,13)



Un sustancial numero de resultados de Papanicolau se reportan como "citologia cervical atipica". Este resultado puede estar representando la fase premaligna de la enfermedad cervical. Algunas de estas pacientes no pueden realizarse el estudio de colposcopia para el diagnóstico definitivo por lo que el estudio citológico frecuente puede detectar la enfermedad.^(9,10)

Se han realizado diversos estudios para evaluar la sensibilidad y especificidad de los estudios preventivos de cáncer en la mujer.

En un estudio realizado en Estados Unidos en febrero de 1999 en "Department of Family Practice, Cleveland Clinic Florida" Se estudiaron 276 pacientes con pruebas de Papanicolau que no mostraron ninguna célula anormal pero por colposcopia y biopsia mostraron displasia leve, las pacientes no recibieron ningún tratamiento pero se les dio seguimiento durante 42 meses a este tiempo los resultados negativos por Papanicolau del total de las pacientes progresaron a una lesión escamosa intraepitelial de bajo grado o superior. En este estudio se demostró que los resultados de Papanicolau falsos negativos identificados por colposcopia realizados en forma simultanea se pusieron positivas a los 42 meses concluyendo que es necesario realizar la prueba de Papanicolau de manera frecuente. El autor defiende que un estudio definitivo, probable es la realización de la citologia sumado a la colposcopia para la detección oportuna de alteraciones celulares.^(7,15)



El Papanicolauo con resultado falso-negativo es un problema de calidad mayor que enfrentan en la actualidad los practicantes de la citología diagnóstica. El fracaso para descubrir la enfermedad cervical en las mujeres puede ser debido al error de muestreo o a error de chequeo. ⁽¹⁴⁾

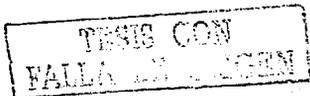
Los errores de muestreo corresponden a la mayoría de las pruebas de Papanicolauo con resultados falsos-negativos; el resto es debido a cualquier anomalía cervical no descubierta o no clasificada apropiadamente durante el análisis microscópico. ⁽¹⁴⁾

Los factores de riesgo para el cáncer del cuello del útero son⁽⁵⁾:

- Mujer en el grupo de 25 a 64 años de edad
- Inicio temprano de relaciones sexuales (antes de los 18 años)
- Múltiples parejas sexuales (tanto del hombre como de la mujer)
- Infección cervical por virus del papiloma humano
- Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual
- Tabaquismo
- Deficiencia de folatos y vitaminas A, C y E
- Nunca haberse practicado el estudio citológico⁽⁵⁾

Detección. ⁽⁵⁾

El estudio de citología cervical es el método de elección para la detección oportuna del cáncer del cuello del útero y se realizará cada tres años en aquellas



mujeres con dos citologías previas anuales consecutivas, con resultado negativo a infección por Virus del Papiloma Humano, displasias o cáncer; las mujeres con los problemas anteriores, serán objeto de un seguimiento en una clínica de displasias y, cuando sean dadas de alta, reiniciarán la periodicidad anual. Las mujeres con resultados positivos a procesos inflamatorios inespecíficos deberán continuar con exámenes anuales hasta que haya dos resultados consecutivos negativos. En las instituciones del Sector Público la citología deberá practicarse gratuitamente, sin exclusión de ninguna mujer solicitante por razones económicas o de edad, pudiéndose brindar el servicio a quien lo solicite con mayor periodicidad⁽⁵⁾.

Para la toma satisfactoria de la citología cérvico vaginal es necesaria la observación directa del cuello uterino mediante el espejo vaginal, tomando una muestra suficiente del exocérvix y endocérvix previo consentimiento informado de la mujer, y que no esté menstruando, eliminándose otras barreras de los servicios y de las usuarias⁽⁵⁾.

El perfil de riesgo en el cáncer cérvico-uterino es la mujer con edad de 25 a 64 años, con vida sexual activa o antecedente de haber tenido vida sexual, que no se ha realizado estudios previos de citología cervical y presenta cuadros repetitivos de infecciones transmitidas sexualmente⁽⁵⁾.

Para establecer el diagnóstico del cáncer del cuello del útero se requiere la presencia de células de aspecto maligno en el estudio citológico, imágenes de

TESIS CON
FALLA DE CUBRIM

aparición maligna en la coloscopia y la confirmación por el estudio histopatológico⁽⁵⁾.

El resultado del estudio citológico es descriptivo y debe ser informado de la siguiente manera⁽⁵⁾:

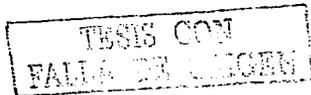
- a.- Negativo a cáncer.
- b.- Negativo con proceso inflamatorio.
- c.- Displasia leve (NIC 1).
- d.- Displasia moderada (NIC 2).
- e.- Displasia grave (NIC 3).
- f.- Cáncer del cuello del útero in situ (NIC 3).
- g.- Cáncer microinvasor e invasor.
- h - Adenocarcinoma
- i.- Maligno no especificado.

Hallazgos adicionales⁽⁵⁾:

- a.- Imagen del virus del papiloma humano.
- b.- Imagen del virus del herpes
- c.- Tricomonas.
- d.- Bacterias.
- e - Hongos
- f.- Otras alteraciones (especifique).⁽⁵⁾

El resultado colposcópico debe describir las lesiones y notificarse como sigue⁽⁵⁾:

- a - Sin alteraciones

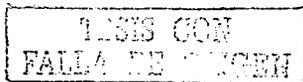


- b.- Alteraciones inflamatorias inespecíficas.
- c.- VPH.
- d.- NIC.
- e.- Neoplasia invasora.
- f.- Otros (polipos, quistes, fibromas, adenosis, etc.)⁽⁵⁾

El resultado histopatológico debe ser informado de la siguiente manera^{(5) (5)}:

- a.- Tejido de cérvix normal.
- b.- Cervicitis aguda o crónica.
- c.- Infección viral (herpes, papiloma humano).
- d.- Displasia leve (NIC 1).
- e.- Displasia moderada (NIC 2).
- f.- Displasia severa (NIC 3).
- g.- Cáncer in situ (NIC 3).
- h.- Cáncer microinvasor.
- i.- Cáncer invasor.
- j.- Adenocarcinoma (endocervical o endometrial).
- k.- Sarcoma y otros tumores.
- l.- Maligno no especificado.
- M - Insuficiente para diagnóstico. ⁽⁵⁾

(5) Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la Prevención, Tratamiento y Control del Cáncer de Cuello del Utero y Mamas En La Atención Primaria, Para Quedar Como NOM-014-SSA2-1994, Para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cervicouterino. Secretaría de Salud, marzo 1995



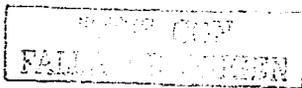
CAPITULO 3. JUSTIFICACIÓN

En México en el 2000 se registraron 91,913 tumores malignos que corresponden a 92.3 casos por 100,000 habitantes, en el sexo masculino se reportó el 34.3% y en el femenino el 65.7% de los casos. En las mujeres el aumento más intenso se da a los 20 años

Los tumores malignos que se registraron con mayor frecuencia en la población general fueron el de cuello del útero (24%), piel (14%), mama (11%), próstata (6%) y estómago (3%). En los hombres la frecuencia se representó por el cáncer de piel (20%), próstata (17%) y estómago (6%). En cambio en las mujeres se encontró el cáncer cérvico uterino (36%), mama (17%) y piel (11%).

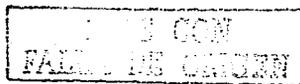
En la mujer entre los 15 y 64 años de edad el cáncer del cuello del útero (invasor e in situ) ocupa el primer lugar en cuanto a frecuencia.

Si bien se han resuelto muchas interrogantes sobre la etiología del cáncer del cuello del útero y se encuentran en desarrollo alternativas terapéuticas y de prevención, es una prioridad lograr altas coberturas de detección temprana a través del estudio citológico Papanicolauo, con el fin de garantizar adecuado un nivel de calidad de los procedimientos de los laboratorios de citología, así como del tratamiento y seguimiento de las mujeres afectadas



En nuestro país el perfil epidemiológico muestra incremento en la incidencia de esta enfermedad, se considera un problema de salud pública, por lo que es necesario subrayar como estrategia principal, la coordinación de los sectores público, privado y social para afrontar este padecimiento con mayor compromiso, eficiencia y eficacia.

Con los resultados de este estudio se espera los optimizar los tiempos en que deben de ser realizados los diferentes métodos diagnósticos para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer del cuello del útero, así como determinar los factores de riesgo de la población femenina que es atendida en la unidad de colposcopia del Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" del ISSSTE, con el fin de reducir la morbilidad y mortalidad que este padecimiento ocasiona.



CAPITULO 4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Basándonos en el estudio de colposcopia con toma de biopsia ¿Cuál es la frecuencia de cáncer en las pacientes referidas a la unidad de colposcopia del Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" del ISSSTE?

¿Cuáles son los factores de riesgo para el cáncer del cuello del útero de las pacientes referidas a la unidad de colposcopia del "Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" del ISSSTE?

¿El tiempo entre la toma del estudio citológico y la colposcopia con toma biopsia para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de infección por virus del papiloma humano, displasia moderada, severa o cáncer del útero de las pacientes referidas a la unidad de colposcopia del Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" del ISSSTE es el adecuado?

TRABAJE CON
FALLA DE CALIDAD

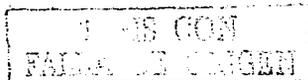
CAPITULO 5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL:

Identificar la frecuencia de infección por virus del papiloma humano, displasia moderada, severa o cáncer del útero de las pacientes referidas a la unidad de colposcopia del Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" del ISSSTE, para realizar la colposcopia con toma de biopsia, además de determinar los factores de riesgo de esta población que influyen en la presencia de cáncer del cuello del útero.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Describir las características de las pacientes con reporte citológico de infección por virus del papiloma humano, displasia moderada, severa o cáncer del útero, referidas a la unidad de colposcopia del "Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" del ISSSTE.
2. Describir los factores de riesgo para cáncer del cuello del útero de las pacientes con reporte citológico de infección por virus del papiloma humano, displasia leve y moderada, referidas a la unidad de colposcopia del "Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" del ISSSTE.



3. Determinar la frecuencia con se presentó el cáncer del cuello del útero, invasor o insitu, entre las pacientes referidas a la unidad de colposcopia del "Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" del ISSSTE

4. Determinar si los tiempos en que son tomados las citología la colposcopia y la biopsia son los adecuados para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de infección por virus del papiloma humano displasia moderada, severa o cáncer del útero de las paciente referidas a la unidad de colposcopia del "Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" del ISSSTE.

5. Determinar la frecuencia con se presentó el cáncer del cuello del útero, invasor o insitu, entre las pacientes referidas a la unidad de colposcopia del "Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" del ISSSTE.

6. Determinar la sensibilidad y especificidad de la citología y la colposcopia en la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de infección por virus del papiloma humano, displasia moderada, severa o cáncer del útero de las pacientes referidas a la unidad de colposcopia del "Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" del ISSSTE.

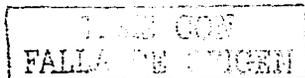
TIENE CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 6. HIPÓTESIS.

La colposcopia es el método de diagnóstico más eficaz para la prevención, diagnóstico y control de infección por virus del papiloma humano, displasia moderada, severa o cáncer del útero de las paciente referidas a la unidad de colposcopia del "Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" del ISSSTE.

Los factores de riesgo de las pacientes que acudieron durante el periodo de enero de enero de 2001 a diciembre de 2002 a la unidad de colposcopia del "Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" del ISSSTE, no influyen en la presencia de infección por virus del papiloma humano, displasia moderada, severa o cáncer del útero.

Los tiempos en que son tomados los métodos diagnóstico de citología, la colposcopia y la biopsia son los adecuados para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de infección por virus del papiloma humano, displasia moderada, severa o cáncer del útero de las paciente referidas a la unidad de colposcopia del "Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" del ISSSTE.



CAPITULO 7. METODOLOGÍA

7.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

7.1.1 Tipo de diseño:

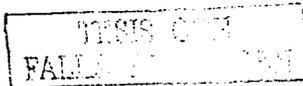
Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo mediante la revisión de los expedientes de pacientes con diagnóstico con reporte citológico de infección por virus del papiloma humano, displasia moderada, severa o cáncer del útero referidas a la unidad de colposcopia del "Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" del ISSSTE del período correspondiente de enero del 2001 a diciembre del 2002.

7.1.2 Procedimiento:

Se diseñó y aplicó un instrumento específico (cuestionario para la recolección sistemática de información):

El instrumento específico se aplicó a los expedientes de las pacientes con reporte citológico de infección por virus del papiloma humano, displasia moderada, severa o cáncer del útero, referidas a la unidad de colposcopia del "Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" del ISSSTE durante el período correspondiente de enero del 2001 a diciembre del 2002

Se evaluó la influencia de período de tiempo, en el diagnóstico final, entre la toma de la citología, la colposcopia y la biopsia



Se analizaron los factores de riesgo asociados con infección por virus del papiloma humano, displasia moderada, severa o cáncer del útero de las pacientes del universo de estudio.

7.1.3 Diseño:

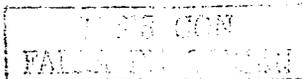
Se realizó un diseño cuantitativo.

Para el análisis se aplicó un cuestionario a 216 expedientes de las pacientes con reporte citológico de infección por virus del papiloma humano, displasia moderada, severa o cáncer del útero referidas a la unidad de colposcopia del "Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" del ISSSTE durante el período correspondiente de enero del 2001 a diciembre del 2002.

7.1.4 Instrumentos:

Se elaboro un instrumento que se aplicó a los expedientes las pacientes con reporte citológico de infección por virus del papiloma humano, displasia moderada, severa o cáncer del útero referidas a la unidad de colposcopia del "Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" del ISSSTE durante el periodo correspondiente de enero del 2001 a diciembre del 2002, para investigar los periodos de tiempo entre la realización de cada método diagnóstico, la frecuencia de cáncer y como los factores de riesgo para cáncer de cuello del útero.

7.1.5 Recolección de información:



Los cuestionarios se aplicaron y recolectados por el médico residente encargado de la investigación en la unidad de colposcopia del "Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" del ISSSTE.

7.1.6 Análisis de la información:

Se capturo la información del instrumento utilizando el paquete estadístico Epi-info 6 y se analizaron los datos en los paquetes estadísticos SPSS y Stata.

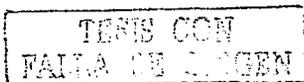
7.2 POBLACION EN ESTUDIO

Se revisaron 216 expedientes de pacientes con diagnóstico con reporte citológico de infección por virus del papiloma humano, displasia moderada, severa o cáncer del útero referidas a la unidad de colposcopia del "Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" del ISSSTE, durante el periodo correspondiente de enero del 2001 a diciembre del 2002

7.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Expedientes de pacientes con reporte citológico de infección por virus del papiloma humano, displasia moderada, severa o cáncer referidas a la unidad de colposcopia del "Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" del ISSSTE.

- Expedientes de pacientes con reporte por colposcopia de infección por virus del papiloma humano displasia moderada, severa o cáncer referidas a la unidad de colposcopia del "Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" del ISSSTE.



- Expedientes de pacientes con reporte por biopsia de infección por virus del papiloma humano, displasia moderada, severa o cáncer referidas a la unidad de colposcopia del "Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" del ISSSTE.

- Expedientes con fecha de diagnóstico de enero del 2001 a diciembre de 2002

7.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Expedientes de pacientes que no cuentan contaron con alguno de los criterios anteriores

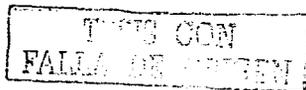
- Expedientes con fechas diferentes a los años de estudio.

7.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se revisaron 216 expedientes que correspondió al universo total de los expedientes de las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

7.4 VARIABLES DE ESTUDIO

7.4.1 Variables dependientes:



Cáncer del cuello del útero, infección por virus del papiloma humano, displasia leve, moderada o severa.

7.4.2 Variables independiente:

Fecha de diagnostico por citología, fecha de diagnostico por colposcopia, fecha de diagnostico por biopsia, edad, estado civil, escolaridad, estado civil, paridad, número de parejas sexuales, inicio de vida sexual, ocupación, fecha de ultimo parto, antecedentes de citología previa, método de planificación familiar, menarca, antecedentes familiares de cáncer, tipo de alimentación, tabaquismo

7.4.3 Otras variables:

Vigilancia periódica, tratamiento farmacológico, crioterapia, fecha de crioterapia, láser terapia, fecha de láser terapia, conización, fecha de conización, histerectomía, causa de histerectomía, fecha de histerectomía, referencia a otra unidad, fecha de referencia a otra unidad

TESIS CON
FALLA DE CUBRIM

CAPITULO 8. ANÁLISIS Y RESULTADOS

El análisis de las variables descritas en el punto 7.4 se realizó con los paquetes estadísticos EPI INFO versión 6, SPSS y STATA.

Se realizó un análisis descriptivo cuantitativo.

Factores de riesgo para toda la población estudiada.

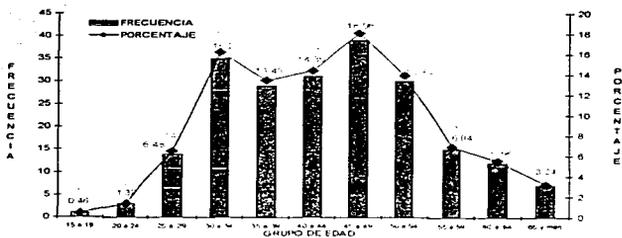
El rango de edad para las pacientes estudiadas fue de 19 a 74 años, siendo los grupos de edad más frecuente el de 45 a 49 con un 18.06%, seguido del grupo de 30 a 34 años con un porcentaje de 14.35% y el menos frecuente el grupo de 15 a 19 años (0.46%). Tabla 1 y gráfica 1 .

Tabla 1. Grupos de edad

EDAD PACIENTES ESTUDIADAS		
GRUPO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 a 19	1	0.46
20 a 24	3	1.39
25 a 29	14	6.48
30 a 34	35	16.2
35 a 39	29	13.43
40 a 44	31	14.35
45 a 49	39	18.06
50 a 54	30	13.89
55 a 59	15	6.94
60 a 64	12	5.56
65 y mas	7	3.24
Total	216	100



Gráfica 1. Frecuencia y porcentajes de los grupos de edad



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La gráfica 2 muestra la frecuencia de estado civil de las pacientes estudiadas: el 72% de las pacientes eran casadas, el 12 % solteras, la unión libre y viudez fue representada por el 4% en ambos casos.

Gráfica 2. Estado civil de las pacientes estudiadas



TESIS CON
DATA DEL 2000

En cuanto a la escolaridad de las pacientes estudiadas el 36.95% tenían secundaria, el 22.17 %l nivel técnico, el 17.24% licenciatura y el 15.27% primaria.

Tabla 2.

Tabla 2. Escolaridad de las pacientes estudiadas

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	%
LICENCIATURA	35	17.24
NIVEL TECNICO	45	22.17
PREPARATORIA	14	6.90
PREPARATORIA INCOMPLETA	2	0.99
SECUNDARIA	75	36.95
SECUNDARIA INCOMPLETA	1	0.49
PRIMARIA	31	15.27
TOTAL	203	100

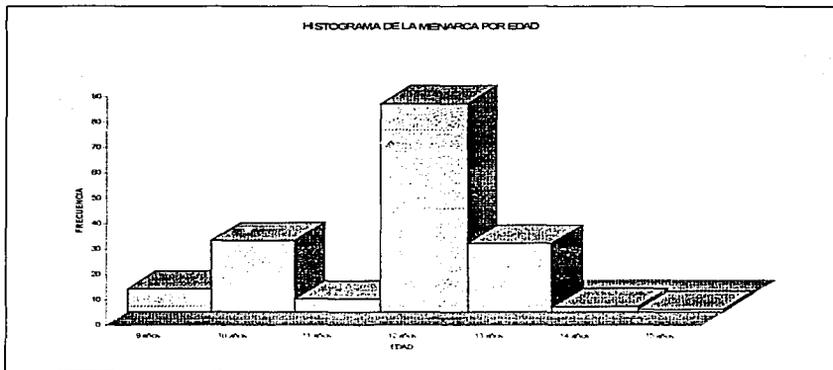
En relación a la ocupación de las pacientes. se encontró que el 53.6% refirió como ocupación las labores del hogar, seguida de las empleadas en diversos oficios, representando el 34.1%, el 12.3% eran estudiantes y el 10.8% profesionistas.

ESTADÍSTICA
 FALLA DE CUENTA

En relación a los antecedentes gineco-obstétricos se encontró:

Para la menarca encontramos que el rango de edad en se presento en un rango de los 9 a los 15 años, la frecuencia se muestra en la gráfica 3.

Gráfica 3. Menarca de las pacientes estudiadas



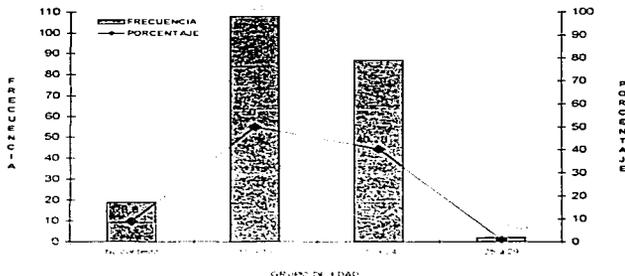
TESIS CON
FALLA DE COTENEN

El inicio de la vida sexual activa del grupo estudiado fue en un rango de 15 a 28 años, siendo el grupo de edad más frecuente de 15 a 19 años con un 50 % (108), seguido por el grupo de 20 a 24 años con un 40.28% y el grupo de 25 a 29 años con solo un .93%, 4l 8.8% de las pacientes no refirió este dato. Tabla 3 y gráfica 4.

Tabla 3. Grupos de edad de inicio de la vida sexual activa.

INICIO DE LA VIDA SEXUAL ACTIVA		
GRUPO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No contesto	19	8.8
15 a 19	108	50
20 a 24	87	40.28
25 a 29	2	0.93
Total	216	100

Gráfica 4. Grupos de edad de inicio de la vida sexual activa.

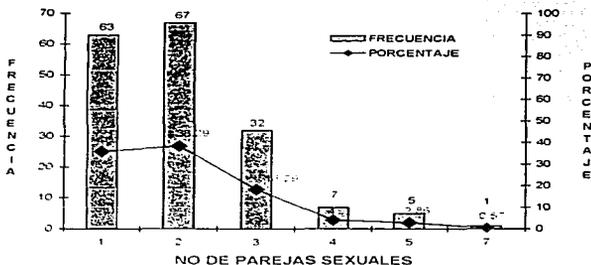


El número de parejas sexuales solo fue reportado por 175 pacientes de las cuales el 38.29% refirió haber tenido 2 parejas sexuales, el 36% una, el 18.29% 3, el 4% a , el 2.86% 5 y solo el 0.57% tuvo 7 parejas sexuales (tabla 5, gráfica 5).

Tabla 5. Número de parejas sexuales

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	FRECUENCIA	%
1	63	36.00
2	67	38.29
3	32	18.29
4	7	4.00
5	5	2.86
7	1	0.57
TOTAL	175	100.00

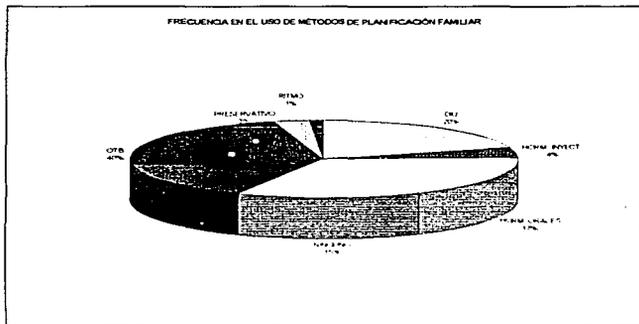
Gráfica 5. Número de parejas sexuales.



En relación a la paridad y número de gestas de la pacientes estudiadas se encontró que las cifras mas representativas fueron el 18.9% para las pacientes con dos gestaciones y dos partos, el 6.1% con una gestación y un parto, el 9.2% con dos gestaciones y dos cesáreas, el 14.3% tres gestaciones y 3 partos y el 13.8% eran nuligestas, estos grupos representan el 62.3% de la muestra, mientras que el 37.7% restante reportaron diversas variaciones en su paridad.

La gráfica 6 muestra la frecuencia en el uso de algún método de planificación familiar, siendo el más frecuente la obstrucción tubaria bilateral (OTB) con un 40%, el uso del dispositivo intrauterino fue reportado por el 20% de las pacientes, el 17% refirió el uso de hormonales orales, el 4% hormonales inyectables , el 3% preservativo y el 1% refirió como método anticonceptivo el uso del ritmo.

Gráfica 6. Métodos de Planificación Familiar.



El reporte del Papanicolauo con el que fueron referidas las pacientes fue el siguiente: en 16 (7.41%) de ellas se reportaron dos diagnósticos, correspondiendo a 11 (9.91%) un primer diagnóstico de NIC I y 5 (19.23%) con un primer diagnóstico de NIC II (Tabla 6, gráfica 7). El segundo diagnóstico para estas pacientes fue de infección por VPH. Tabla 6, gráfica 7.

Reporte por Papanicolauo de las 216 pacientes estudiadas:

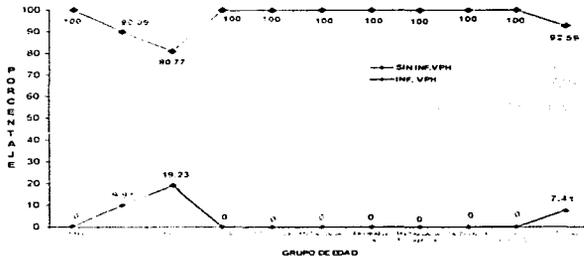
El primer diagnóstico por papanicolauo más frecuente fue el NIC I con un 51.38% (111), seguido de la infección por VPH con un 19.44% (42 pacientes) dando un total de 58 pacientes con esta infección (26.85% del total de las pacientes). En ocho (3.70%) pacientes el reporte fue negativo y en 9 (4.16%) el reporte no se refirió. Se reportaron 21 pacientes con NIC II (9.72%), 12 con NIC III (5.51%), 1 (0.43%) con probable cáncer y 4 (1.85%) con cáncer invasor. Tabla 6, gráfica 8

TEMAS CON
FALLA EN CATEGORÍA

Tabla 6. Diagnósticos por Papanicolaou.

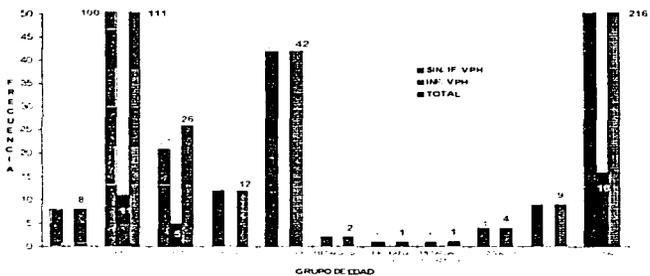
DIAGNOSTICO UNO POR PAPANICOLAOU	DIAGNOSTICOS POR PAPANICOLAOU					
	SIN DIAGNOSTICO		INFECCION POR VPH		TOTAL	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
NEGATIVO	8	100	0	0	8	100
NIC I	100	90.9	11	9.91	111	100
NIC II	21	80.77	4	19.23	26	100
NIC III	12	100	0	0	12	100
INFECCION VPH	42	100	0	0	42	100
METAPLASIA	2	100	0	0	2	100
PROBABLE CA	1	100	0	0	1	100
METAPLASIA ESCAMOSA	1	100	0	0	1	100
CA INVASOR	4	100	0	0	4	100
NO REFERIDO	9	100	0	0	9	100
TOTAL	200	82.28	18	7.41	218	100

Gráfica 7. Porcentaje de infección por VPH como segundo diagnóstico por Papanicolaou.



TIENE CON FALLA DE ORIGEN

Gráfica 8. Frecuencia de 1º y 2º diagnóstico por Papanicolaou.



TESIS CON
FALLA DE ASESORÍA

Por biopsia el resultado más frecuente fue el NIC I con un 54,88% (118 pacientes), en 47 (21.86%) se reportó infección por VPH, con NIC II se reportaron 25 pacientes (11.63), el 31.72% (8 pacientes) se reportaron como NIC III, 9 (4.19%) como cáncer epidermoide, 5 (2.33%) como cáncer insitu y 2 (2.33%) como metaplasia. Tabla 7 y gráfica 9.

Tabla 7. Frecuencia y porcentaje de diagnósticos por biopsia.

DIAGNOSTICO POR BIOPSIA		
DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	%
NIC I	118	54.88
NIC II	25	11.63
NIC III	8	3.72
INF. VPH	47	21.86
METAPLASIA	2	0.93
Ca. EPIDERMÓIDE	9	4.19
Ca. INSITU	5	2.33
HIPERPLASIA	1	0.47
TOTAL	215	100

Gráfica 9. Frecuencia y porcentaje de los diagnósticos por biopsia.



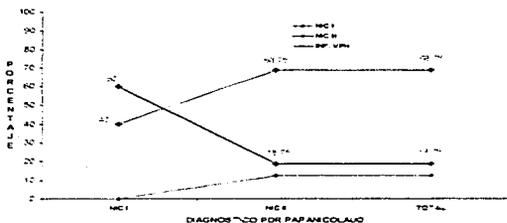
TRABAJO CON
FALLA EN EL TIEMPO

De las 16 pacientes con doble reporte por papanicoluo se corroboró por biopsia el diagnóstico de infección por VPH, en 2 (12.5%) de ellas. De este mismo grupo de pacientes en 11 (68.75%) se reportaron como NIC I por Papanicolauo y en el 81.82% de las mismas se reporto como NIC I por biopsia y 18.18% como infección por VPH. Cinco (31.25%) pacientes se reportaron como NIC II por Papanicolauo y en 60% de estas se corroboró el diagnóstico por biopsia y el 40% restante se reporto como NIC I. Tabla 8, gráfica 10

Tabla 8. Pacientes con infección por VPH por Papanicolauo, corroborado por biopsia.

DIAGNOSTICO UNO POR PAPANICOLAULO	DIAGNOSTICO POR BIOPSIA						TOTAL	
	NIC I		NIC II		INF VPH		FRECUENCIA	%
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%		
NIC I	6	81.82	0	0	2	12.5	11	100
NIC II	2	40	1	60	0	0	5	100
TOTAL	11	68.75	3	18.75	2	12.5	16	100

Gráfica 10. Porcentaje de pacientes con infección por VPH por Papanicolauo corroborado por biopsia.



TRABAJO CON FALLA DE CALIBRE

La tabla 9 muestra los diagnósticos por Papanicolaou en comparación con los diagnósticos reportados por biopsia (solo se tomo el primer diagnóstico para esta comparación) De las 42 pacientes con un solo reporte por papanicolaou como infección por VPH en el 61.9% (26) se corroboró el diagnóstico por biopsia, una paciente (2.38%) se reportó como cáncer epidermoide, otra (2.38%) como cáncer insitu, el 21.43% se reportó como NIC I y el 7.14% como NIC II.

De las 12 reportadas como NIC III por papanicolaou en 50% se corroboró el diagnóstico por biopsia, el 16.67% se reportó como cáncer epidermoide por biopsia, el 16.67% se reportó como NIC I, el 8.33% como NIC II y 8.33% (una) como infección por VPH. De las 4 pacientes reportadas por papanicolaou como cáncer invasor el 75% fue reportada por biopsia como cáncer epidermoide, y el 25% como metaplasia. La paciente reportada por papanicolaou como probable cáncer como probable cáncer por biopsia es reportada como cáncer insitu. En las ocho (8) pacientes con resultado negativo por Papanicolaou el 37.5% (3) se reportó por biopsia con infección por VPH, el 12.5% como cáncer epidermoide, el 12.5% como NIC III y el 37.5% como NIC I. Ocho pacientes no tuvieron reporte de Papanicolaou, el reporte de biopsia de estas pacientes fue, el 25% como cáncer epidermoide, 12.5% con infección por VPH, 37.5% como NIC I y el 25% como NIC II. De una paciente no se refirió el resultado por biopsia.

TESS CON
FALLA DE CONGEN

Tabla 9. Diagnóstico por Papanicolou comparado con reporte por biopsia.

DIAGNOSTICO UNO POR PAPANICOLAUD	DIAGNOSTICO POR BIOPSIA																	
	NIC I		NIC II		NIC III		INF VPH		METAPLASIA		C ₁ EPIDERMÓIDE		C ₂ NS/IFU		HIPERPLASIA		TOTAL	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%
NEGATIVO	30	27.2	0	0.0	0	0.0	14	12.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	14	12.7
NIC I	6	5.5	2	1.8	0	0.0	2	1.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	10	9.0
NIC II	2	1.8	1	0.9	1	0.9	1	0.9	0	0.0	2	1.8	0	0.0	1	0.9	1	0.9
NIC III	0	0.0	1	0.9	1	0.9	1	0.9	1	0.9	1	0.9	1	0.9	1	0.9	1	0.9
INFEC VPH	2	1.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
METAPLASIA	0	0.0	1	0.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
PROB C ₁	1	0.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
METAPLASIA ESCOMOSA	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.9	1	0.9	0	0.0	0	0.0	1	0.9
C ₁ INVASOR	3	2.7	2	1.8	0	0.0	1	0.9	0	0.0	2	1.8	0	0.0	0	0.0	5	4.5
NO REFERIDO	3	2.7	2	1.8	0	0.0	1	0.9	0	0.0	2	1.8	0	0.0	0	0.0	5	4.5
TOTAL	118	100.0	77	65.3	7	5.9	43	36.4	2	1.7	10	8.5	5	4.2	1	0.8	215	182.7

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La tabla 10 y las gráficas 11 y 12 muestran el diagnóstico por biopsia comparado con el número de parejas sexuales de las pacientes estudiadas, su análisis refleja que de las 8 pacientes reportadas por biopsia como NIC III el 25 % no refirió el número de parejas sexuales, el 37. % refirió haber tenido una pareja, el 12.5% tres parejas y el 25% cinco parejas.

De las 9 reportadas como cáncer epidermoide, el 22.22% (2) no refirió el número de parejas sexuales, el 33.33% (3) refirió haber tenido una pareja, el 22.22% (2) dos, y el 22.22 % (2) restante refirió haber tenido tres parejas.

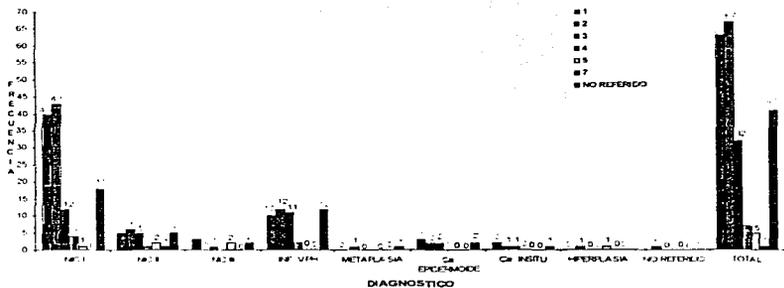
De las 5 reportadas como cáncer insitu, una (20%) no refirió el número de parejas sexuales, el 40% (2) refirió haber tenido una, el 20% (1) dos y el 20% (1) restante refirió haber tenido tres parejas sexuales..

Tabla 10. Reporte de biopsia y número de parejas sexuales.

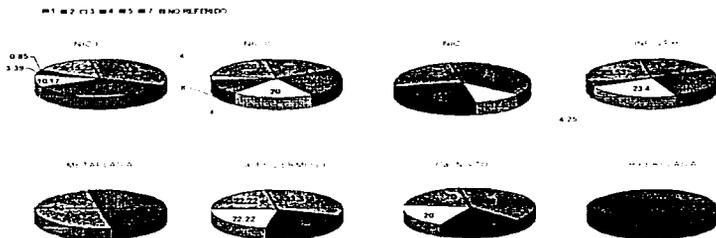
DIAGNOSTICO POR BIOPSIA	PAREJAS SEXUALES																
	1		2		3		4		5		7		NO REFERIDO		TOTAL		
	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%	
NIC I	4	50	2	25	12	150	2	25					5	14	22	118	100
NIC II	5	20	6	24	5	22	1	4	2	8	1	4	5	20	25	100	100
NIC III	1	25	2	50	1	25	0	0	2	50			2	50	8	100	100
INF VPH	15	25.24	12	26.53	11	24.2	2	4.2					12	26.53	47	100	100
METAPLASIA			1	25									1	25	2	100	100
CA EPIDERMIOIDE	1	22.22	2	44.44	2	44.44	0	0					1	22.22	5	100	100
CA INSITU	2	40		0	1	20	0	0					1	20	5	100	100
HIPERPLASIA	0	0	1	100	0	0							0	0	1	100	100
NO REFERIDO	0	0	1	100	0	0							0	0	1	100	100
TOTAL	63	29.17	67	31.02	32	14.84	7	2.24	5	2.31	1	0.46	41	18.98	216	100	100



Gráfica 11. Frecuencia del número de parejas sexuales y diagnóstico por biopsia.



Gráfica 12. Porcentaje del número de parejas sexuales y diagnóstico por biopsia.



INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
 IANIGLA
 LABORATORIO DE PATOLOGÍA
 CAROLINA GARCÍA
 1997

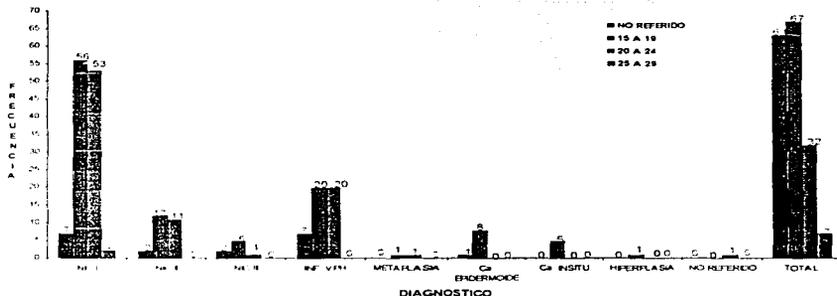
En la tabla 11 y las gráficas 13 y 14, se compara el diagnóstico por biopsia y los grupos de edad de inicio de la vida sexual activa, en la que observamos que de las 8 pacientes reportadas como NIC III el 62.5% inició su vida sexual entre los 15 y 19 años, el 25 % no refirió la edad y el 12.5% refirió haber iniciado entre los 20 a 24 años de edad. De la paciente reportadas con infección por VPH el 42.55% refirió haber iniciado entre los 15 a 19 años de edad, el 14.89% no refirió este dato y el 42.55% restante refirió haber iniciado su vida sexual entre los 20 y 24 años de edad. De las 9 reportadas como cáncer epidermoide el 88.89% inició entre los 15 a 19 años y el 11.11% restante no lo refirió. De las 5 pacientes reportadas como cáncer epidermoide el 100 % inició su vida sexual activa entre los 15 y 19 años de edad.

Tabla 11. Diagnóstico por biopsia y edad de inicio de la vida sexual activa.

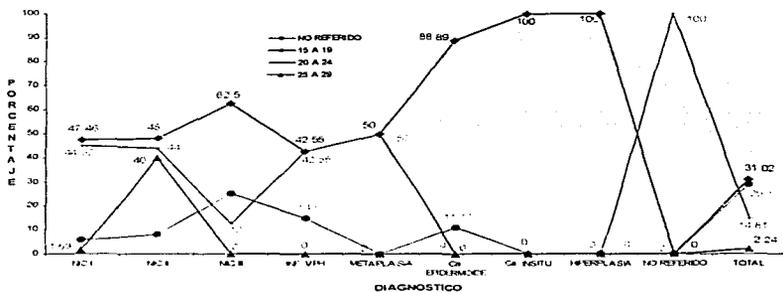
DIAGNOSTICO POR BIOPSIA	EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA									
	NO REFERIDO		15 A 19		20 A 24		25 A 29		TOTAL	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
NIC I	2	5.41	6	47.26	5	44.90	2	1.69	13	100
NIC II	2	4	12	45	11	44	0	0	23	100
NIC III	2	25	7	42.5	1	12.5	0	0	10	100
INF. VPH	2	14.89	20	42.55	20	42.55	0	0	42	100
METAPLASIA	0	0	1	100	1	100	0	0	2	100
Cá. EPIDERMOIDE	1	11.11	8	88.89	0	0	0	0	9	100
Cá. INSITU	0	0	4	100	0	0	0	0	4	100
HIPERPLASIA	2	0	1	0	2	0	0	0	5	100
NO REFERIDO	0	0	1	100	1	100	0	0	2	100
TOTAL	63	29.17	67	31.02	32	14.81	7	2.24	216	100



Gráfica 13. Frecuencia de la edad inicio de la vida sexual activa y diagnóstico por biopsia.



Gráfica 14. Porcentaje de la edad de inicio de la vida sexual activa y diagnóstico por biopsia.



TESIS CON
FALLA DE RESPON

A 88 de las pacientes estudiadas presentaron algún padecimiento se les dio seguimiento periódicamente, la tabla 12 muestra la frecuencia de la vigilancia.

Tabla 12. Frecuencia de la vigilancia periódica

VIGILANCIA PERIÓDICA (NÚM. DE REVISIONES POR PERIODO)	FRECUENCIA	%
2 cada 3 meses	1	1.1
3 cada 3 meses	3	3.4
3 cada 4 meses	4	4.5
3 cada 6 meses	3	3.4
4 cada 3 meses	7	8.0
4 cada 4 meses	4	4.5
6 cada 4 meses	1	1.1
6 cada 3 meses	2	2.3
6 cada 4 meses	6	6.8
7 cada 4 meses	3	3.4
8 cada 3 meses	1	1.1
8 cada 4 meses	3	3.4
9 cada 3 meses	1	1.1
9 cada 4 meses	1	1.1
Con reporte de revisiones	48	54.5
TOTAL	88	100

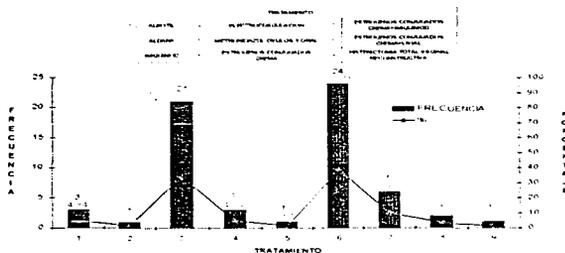
TEMAS CON
FALLA DE ORIGEN

La frecuencia y distribución porcentual del tratamiento empleado se muestran en la tabla 12 y gráfica 15. Únicamente se reportan las pacientes que recibieron algún tipo de tratamiento que correspondió al 28.70% (62) del total de las pacientes estudiadas.

Tabla 12. Tipo de tratamiento

TRATAMIENTO	FRECUENCIA	%
ALBOLIL	3	4.84
ALDARA	1	1.61
ELECTROCOAGULACION	3	4.84
ESTROGENOS CONJUGADOS CREMA	24	38.71
ESTROGENOS CONJUGADOS CREMA+HMOQUIMOD	6	9.68
ESTROGENOS CONJUGADOS CREMA+LIVIAL	2	3.23
HISTERECTOMIA TOTAL VAGINAL RECONSTRUCTIVA NICI+PORLAPSOGE	1	1.61
HMOQUIMOD	21	33.87
METRONIDAZOL OVULOS Y ORAL PARA PROCESO INFECCIOSO	1	1.61
TOTAL	62	100.00

Gráfica 15. Frecuencia y porcentaje del tipo de tratamiento.



El tratamiento quirúrgico más usado en las pacientes fue la crioterapia en 82 (37.95%) de casos, la histerectomía total abdominal se practicó en 50 (23.15%) pacientes, a 29 (13.43%) se realizó una conización y solo 1 (0.47%) paciente recibió terapia con láser.

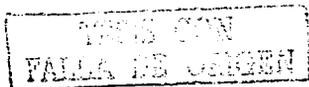
Factores de riesgo

A continuación se reportan los factores de riesgo de las pacientes estudiadas, cabe mencionar que no todas refirieron estos antecedentes el porcentaje es en relación al total de las pacientes.

El 77.7% de los casos reportó antecedentes de familiares directos que murió o padece algún tipo de cáncer, los más representativos son el cáncer de mama, el cáncer del cuello del útero, el cáncer gástrico y el de próstata.

El estudio de los hábitos de los individuos estudiados nos muestra que el 82 % fuma y tiene una alimentación rica en carbohidratos y baja en proteínas, en el caso de las personas que no fuman encontramos que sus hábitos alimenticios son malos y solo 16 casos reportaron una vida saludable.

En relación a la paridad, se encontró que la mayor incidencia está en las pacientes con dos gestaciones y dos partos (17.6%), el 82.4% restante tuvo diversas paridades, que van de ser nuligestas hasta las que tuvieron siete gestaciones.



En lo que se refiere a los hábitos alimenticios y adictivos mostraron que el tabaquismo (57.8%) de los casos y la alimentación rica en calorías y baja en proteínas también fue un dato frecuente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 9. DISCUSIÓN

- En el grupo de pacientes todas tenían un estudio de citología cervical previo (no se especifico el resultado en todas) que es el método para la detección oportuna de las lesiones precursoras y preinvasoras, displasias o neoplasias intraepiteliales, y por haber presentado alguna alteración fueron referidas a la unidad de colposcopia del Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" del ISSSTE para su estudio, para la realización del estudio de colposcopia y toma de biopsia.
- El período de tiempo entre la toma del Papanicolauo y la colposcopia fue muy variable en algunos casos con una diferencia de aproximadamente dos años y medio y sin tener estudio de citología cervical entre ambos estudios. la MODIFICACION A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-014-SSA2-1994, PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DEL CÁNCER DEL CUELLO DEL ÚTERO Y MAMARIO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA, PARA QUEDAR COMO NOM-014-SSA2-1994, PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, CONTROL Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER CERVICU UTERINO, menciona que: la citología cervical debe realizarse cada tres años en aquellas mujeres con dos citologías previas anuales consecutivas, con resultado negativo a infección por Virus del Papiloma Humano, displasias o cáncer; las mujeres con los problemas anteriores, serán objeto de un seguimiento en una clínica de displasias y, cuando sean dadas de alta,



reiniciarán la periodicidad anual. Las mujeres con resultados positivos a procesos inflamatorios inespecíficos deberán continuar con exámenes anuales hasta que haya dos resultados consecutivos negativos.

- Por lo que no se realizó un seguimiento adecuado en todas las pacientes estudiadas lo cual puede ser factor de riesgo para la presencia de cáncer del cuello del útero en este grupo de pacientes aunado a que no se pudo hacer correlación estadística para evaluar si la diferencia del periodo de tiempo entre la toma del Papanicolaou y la realización de la colposcopia con toma de biopsia, influyó en el desarrollo de cáncer en las pacientes que lo presentaron, lo cual puede orientarnos a determinar que los métodos de estudio para la prevención y detección oportuna de cáncer no se están realizando en forma oportuna.
- En la tabla 9 observamos que
 - De las pacientes con reporte negativo por Papanicolaou una fue reportada como cáncer epidermoide por biopsia, tres reportadas por Papanicolaou como NIC II fueron reportadas por biopsia como cáncer in situ. De las 12 reportadas por Papanicolaou como NIC III en 50% (6) fue el mismo reporte por biopsia y el 16.7% (2) se reportó como cáncer epidermoide.

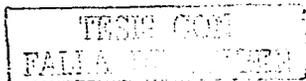
TRABAJO CON
FALLA DE LIBREAN

- De las 42 pacientes con infección por VPH como diagnóstico por Papanicolau en 61.9%, (26) se corroboró el diagnóstico por biopsia y una se detectó como cáncer epidermoide y otra como cáncer insitu por biopsia. Dos pacientes con infección por VPH como segundo diagnóstico por Papanicolau fueron confirmadas también por biopsia, por lo tanto este diagnóstico se corroboró en 48 (22.22%) pacientes del total estudiado.
- La paciente reportada por Papanicolau como probable cáncer se confirmó como cáncer epidermoide por biopsia.
- En los casos anteriores los resultados de ambas pruebas coincidieron en un bajo porcentaje (3.08%) en relación al total de las pacientes estudiadas.
- Los hallazgos de la comparación de los resultados de ambas pruebas indican que es necesario que se respeten los tiempos establecidos para la toma del estudio de citología cervical en la norma antes mencionada y la referencia de las pacientes en el caso necesario para la toma de la colposcopia y biopsia debe hacerse en forma oportuna y prioritaria.
- En el estudio realizado se encontró en cuanto a factores de riesgo para cáncer del cuello del útero en relación a lo establecido en la MODIFICACION A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-014-SSA2-1994.

TESIS CON
FALLA EN CARRERA

PARA LA PREVENCION, TRATAMIENTO Y CONTROL DEL CANCER DEL CUELLO DEL UTERO Y MAMARIO EN LA ATENCION PRIMARIA, PARA QUEDAR COMO NOM-014-SSA2-1994, PARA LA PREVENCION DETECCION, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO, CONTROL Y VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL CANCER CERVICO UTERINO, que:

- El inicio de la vida sexual de la paciente también fue factor de riesgo para el desarrollo del padecimiento ya que el grupo de edad en que se presentaron los casos fue el de 15 a 19 años, la norma refiere que el inicio temprano de relaciones sexuales, antes de los 18 años es considerado como un factor de riesgo para la presencia de cáncer del cuello del útero
- En relación a múltiples parejas sexuales como factor de riesgo se encontró que de las 22 pacientes que fueron reportadas por biopsia como NIC III, cáncer epidermoide o cáncer invasor solo el 50% refirió el número de parejas sexuales, que fueron de dos, tres o cinco parejas, el 36.36% refirió haber tenido un solo compañero sexual y el resto no refirió este dato por lo que para este grupo de pacientes esta variable solo fue factor de riesgo para la mitad de las pacientes con cáncer del cuello del útero
- Del total de pacientes estudiadas el 26.85% (58) tuvieron reporte por Papanicolou de infección por VPH de estas 2 (3.44%) desarrollaron



cáncer del cuello del útero, una reportada como cáncer epidermoide y otra como cáncer insitu por lo que este factor es poco representativo como de riesgo para el cáncer del cuello del útero en este grupo de pacientes

- De las 22 pacientes que desarrollaron cáncer del cuello del útero el 57.8% refirió tener tabaquismo positivo, el cual es factor de riesgo para el desarrollo del padecimiento de acuerdo a la norma antes mencionada.
- No se realizó un estudio específico para determinar la deficiencia de folatos y vitaminas A, C y E, sin embargo se encontró que las pacientes que desarrollaron el padecimiento refirieron tener una alimentación hipercalórica e hipoproteica, siendo para este grupo un factor de riesgo.
- Todas las pacientes tenían antecedente de haberse practicado un estudio citológico.

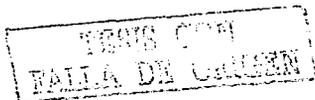
TESIS CON
FALLA DE CUIDADO

ESTADÍSTICO NO SALE
DE LA TIENDA CONTROL

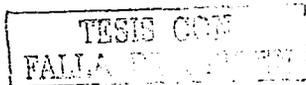
CAPITULO 10. CONCLUSIONES.

Con los resultados obtenidos se concluye:

- Se estudiaron 216 pacientes que fueron referidas a la unidad de colposcopia del Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" del ISSSTE. con reporte por Papanicolaou de alguna lesión precursora, preinvasora, displasia o neoplasia intraepitelial cervical, para su estudio.
- En 139 pacientes (64.35%) se corroboró el diagnóstico de Papanicolaou mediante el resultado de biopsia, lo cual es un porcentaje bajo.
- 22 (10.18%) pacientes fueron reportadas por resultados de biopsia como NIC III (3.72%. 8 pacientes), 9 (4.19%) como cáncer epidermoide y 5 (2.33%) como cáncer in situ por biopsia.
- Por papanicolaou se detectaron 58 pacientes con infección por VPH. de las cuales 28 (12.96%) se corroboraron por biopsia.
- Del total de las pacientes estudiadas se reportaron 47 (21.9%) pacientes con infección por VPH por biopsia de las cuales el 40.42% (19) no fueron detectadas por Papanicolaou



- El número de parejas sexuales y la edad de inicio de la vida sexual activa fue factor de riesgos para las 22 pacientes con cáncer del cuello del útero
- Es necesario establecer los tiempos en que debe de realizarse en las pacientes ambos métodos de estudio ya que los estudios realizados en otros países han demostrado que la toma del Papanicolauo y la realización de la colposcopia con toma de biopsia deben ser realizados en un mismo tiempo en todas aquellas pacientes con alguna alteración en el cuello del útero detectada tanto por la exploración ginecológica como por la citología, aunado a que la colposcopia con toma de biopsia es un método más preciso en las detección de las afecciones del cuello del útero.
- Para establecer el diagnóstico del cáncer del cuello del útero se requiere la presencia de células de aspecto maligno en el estudio citológico, imágenes de apariencia maligna en la colposcopia y la confirmación por el estudio histopatológico con el fin de garantizar adecuado un nivel de calidad de los procedimientos de los laboratorios de citología, así como del tratamiento y seguimiento de las mujeres afectadas
- No se puede valorar estadísticamente la sensibilidad y especificidad del Papanicolauo, ya que el tiempo entre la toma del mismo y de la colposcopia con toma de biopsia fue muy variable en las pacientes estudiadas y para realizar dichas pruebas estadísticas de estos métodos de estudio es



necesario realizar ambos en un mismo tiempo o en periodos de tiempo muy cortos, para poder confiar en los resultados. La evaluación estadística de la sensibilidad y especificidad del Papanicolaou es necesaria ya que este estudio nos da una alta proporción de resultados falso-negativos que va de 10% a 50% ^(7,8)

- Es necesario realizar pruebas de concordancia y correlación clínica entre el personal que toma y/o interpreta los estudios para una mejor confiabilidad en los resultados ya que el porcentaje de la concordancia de los resultados entre el reporte por Papanicolaou y por biopsia es muy baja. (El Papanicolaou con resultado falso-negativo es un problema de calidad mayor que enfrentan en la actualidad los practicantes de la citología diagnóstica. El fracaso para descubrir la enfermedad cervical en las mujeres puede ser debido al error de muestreo o a error de chequeo).
- No fue posible el estudio de todas las variables como factores de riesgo debido a que en varios cuestionarios no se hizo referencia de los mismos. Por lo que debe concientizarse tanto a las pacientes como a quienes realizan dichos métodos de estudio sobre la importancia de proporcionar y obtener dichos datos para una evaluación más completa de las pacientes estudiadas.

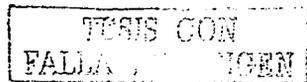


CAPITULO 11. BIBLIOGRAFÍA

1. Lazcano PE, MC, Rojas MR MC, López A. CD, López CL. MSP, Hernández AM. MC. E Factores de riesgo reproductivo y cáncer cérvico uterino en la ciudad de México Salud Pública Méx. 1993; 35:65-73.
2. Lyon: IARC: Cáncer incidence in five continents. 1996.
3. Dirección General de Epidemiología; SSA: Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones 2001 (Base de datos preliminar).
4. Dirección General de Epidemiología. SSA: Compendio de Cáncer 2000.
5. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la Prevención, Tratamiento y Control del Cáncer del Cuello del Útero y Mamario En La Atención Primaria. Para Quedar Como NOM-014-SSA2-1994, Para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino. Secretaría de Salud, marzo 1998
- 6 La situación epidemiológica del cáncer en México. Kuri P., MC, Vargas M.,MSP, et al. DGE/SSA 2002
7. Natural history of false-negative papanicolaou smears: a prospective study using screening colposcopy in addition to cytology. Mannino JR. J Am Osteopath Assoc 1998 Oct;98(10):542-6.
- 8 Are Papanicolaou smears enough? Acetic acid washes of the cervix as adjunctive therapy a HARNET study. Harrisburg Area Research Network. Slawson DC, Bennett JH, Herman JM. J Fam Pract. 1992 Sep;35(3) 271



9. Cervicography: an intermediate triage test for the evaluation of cervical atypia Ferris DG, Payne P, Frisch LE J Fam Pract. 1993 Nov;37(5) 463-8
- 10 A comparison of cytology with pap smears taken by a gynecologist and with a self-sampling device Pengsaa P, Sriamporn S, Kritpetcharat O, Kamsa-Ard S, Suwanrungruang K, Noda S, Kakudo K. Asian Pac J Cancer Prev. 2003 Apr-Jun;4(2) 99-102
11. Triage of women with ASCUS and LSIL on Pap smear reports: management by repeat Pap smear, HPV DNA testing, or colposcopy? Ferris DG, Wright TC Jr, Litaker MS, Richart RM, Lorincz AT, Sun XW, Borgatta L, Buck H, Kramer L, Rubin R. J Fam Pract. 1998 Feb;46(2):125-34.
12. Comparison of cytology and cervicography in screening a high risk Australian population for cervical human papillomavirus and cervical intraepithelial neoplasia McKinnon KJ, Ford RM, Hunter JC. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 1993 May;33(2):176-9.
- 13 Performance of cytology and colposcopy in diagnosis of cervical intraepithelial neoplasia (CIN) in HIV-positive and HIV-negative women. Branca M, Rossi E, Alderisio M, et al Cytopathology 2001 Apr;12(2):84-93
14. ThinPrep Papanicolaou testing to reduce false-negative cervical cytology Linder J, Zahniser D Arch Pathol Lab Med. 1998 Feb;122(2) 139-44.
- 15 A comparison of the Papanicolaou smear and the cervigram: sensitivity, specificity, and cost analysis Tawa K, Forsythe A, Cove JK, et al. Obstet Gynecol 1988 Feb;71(2) 229-35



ANEXO

**INSTITUTO DE SALUD DE SERVICIOS SOCIALES APRA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
HOSPITAL GENERAL "DR. GONZALO CASTANEDA"
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
UNIDAD DE COLPOSCOPIA**

FICHA DE ESTUDIO

Frecuencia del cancer cervicouterino y lesiones precursoras de las pacientes referidas a la unidad de colposcopia del Hospital General Dr. Gonzalo Castaneda

FICHA DE IDENTIFICACION

Folia	<input type="text"/>	Año	<input type="text"/>	
Nombre	<input type="text"/>		Etnia	<input type="text"/>
Edo Civil	<input type="text"/>		Escolaridad	<input type="text"/>
Ocupacion	<input type="text"/>		Lugar de origen	<input type="text"/>

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Conteste si o no en las siguientes preguntas

Cancer cervicouterino	<input type="text"/>	Cancer de mama	<input type="text"/>	Cancer Otros	<input type="text"/>
HTA	<input type="text"/>	DM	<input type="text"/>	Ent de la sangre	<input type="text"/>

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

Edad de la menarca	<input type="text"/>	No de Parejas Sexuales (No de PS)	<input type="text"/>
Edad de inicio de Vida Sexual Activa (IVSA)	<input type="text"/>	Metodo de Planificacion Familiar (MPF)	<input type="text"/>
Paridad:		No de partos	<input type="text"/>
No Embarazos	<input type="text"/>	Fecha de ultimo parto (FUP)	<input type="text"/>
No de cesareas	<input type="text"/>	No de abortos	<input type="text"/>
DOC anterior a estudio	<input type="text"/>	Si o No	
Tabaquismo	<input type="text"/>	Si o No	
Tipo de alimentacion	<input type="text"/>		

DIAGNOSTICOS

Dx por Pap	Fecha
Dx por Colposcopia	Fecha
Dx por Biopsia cervical	Fecha

SEGUIMIENTO DEL CASO

Conteste si o no en las siguientes preguntas		
Vigilancia periodica	<input type="text"/>	Fecha
No de Revisiones	<input type="text"/>	Fecha
Tx farmacologico	<input type="text"/>	Fecha
Quimioterapia	<input type="text"/>	Fecha
Laserterapia	<input type="text"/>	Fecha
Conizacion	<input type="text"/>	Fecha
HTA	<input type="text"/>	Fecha
Radioterapia	<input type="text"/>	Fecha
Quimioterapia	<input type="text"/>	Fecha
Referencia a otra unidad	<input type="text"/>	Fecha
Revision mas reciente	<input type="text"/>	Fecha

TESIS CON FALLA DE REGISTRO

ALTA

Conteste si o no en las siguientes preguntas		
Pari megoria	<input type="text"/>	Fecha
Voluntaria	<input type="text"/>	Fecha
Continua en control	<input type="text"/>	Fecha
Defuncion por Causa	<input type="text"/>	Fecha

TRATAMIENTO

Conteste si o no en las siguientes preguntas		
Tratamiento	<input type="text"/>	Tipo de tratamiento
Tratamiento	<input type="text"/>	Tipo de tratamiento
Tratamiento	<input type="text"/>	Tipo de tratamiento