



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

SECRETARIA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE
TABASCO CENTRO AVANZADO DE ATENCION PRIMARIA A LA
SALUD, DEL MUNICIPIO DE JONUTA.

**PREVALENCIA DEL CANCER CERVICO UTERINO EN EL
C.A.A.P.S DE JONUTA, TABASCO.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA

DR. BENJAMIN REYES GONZALEZ

JONUTA, TABASCO

2007



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.

**“Prevalencia del cáncer Cervicouterino en el C. A. A. P. S
de Jonuta, Tabasco”**

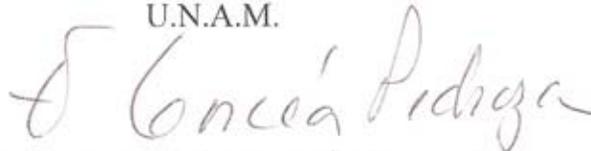
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dr. Benjamín Reyes González

AUTORIZACIONES

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

**PREVALENCIA DEL CANCER
CERVICOUTERINO EN EL MUNICIPIO DE JONUTA**

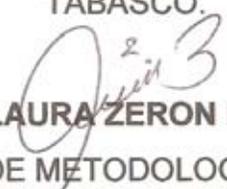
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DR. BENJAMIN REYES GONZALEZ

AUTORIZACIONES:


DR. ANDRES HERNÁNDEZ CRUZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MEDICOS GENERALES EN EMILIANO ZAPATA,
TABASCO.


DRA. LAURA ZERON ROMERO.
ASESOR DE METODOLOGIA DE TESIS.


DR. LUIS FELIPE GRAHAM ZAPATA
SECRETARIO DE SALUD EN EL ESTADO DE
TABASCO.


QUIM. SERGIO LEÓN RAMIREZ
DIRECTOR DE CALIDAD Y ENSEÑANZA
SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE
TABASCO.

JONUTA, TABASCO.

JULIO 2007

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por darme las fuerzas necesarias cuando pienso que el momento que estoy pasando es una situación difícil de lograr.

A MI ESPOSA.

Sin la cual no hubiera podido alcanzar el objetivo principal de esta meta. Gracias por tu esfuerzo.

A MIS HIJAS

Por quienes todo lo que hago es poco y que les sirva como antecedente
De el amor que les profeso.

A MI MADRE:

Por el apoyo recibido en todo momento y por sus oraciones.

.

A MIS HERMANOS

Con el amor fraternal que siempre nos hemos brindado.

A LOS MEDICOS ASESORES

Por ayudarme a aumentar mis conocimientos y tener confianza en mi.

A MI ASESOR DE TESIS.

Por tener paciencia y orientarme hacia la dirección correcta en mi trabajo de Investigación. Gracias.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS DE GENERACION.

Por la fortaleza que nos hemos brindado durante el trayecto de estos años los cuales estuvimos conviviendo.

RESUMEN

La presente investigación fue realizada con la finalidad de determinar los casos de cáncer cérvico uterino y los factores asociados a este.

El Cáncer Cérvico-uterino (Ca Cu) representa la primera causa de muerte por neoplasias malignas en la población femenina y, a pesar de que desde hace más de 20 años se han realizado esfuerzos para su control en México, no se ha reducido la tendencia de la morbilidad y mortalidad. La compilación más reciente de los datos mundiales indica que todos los años se producen unos 466.000 nuevos casos de cáncer cervicouterino en las mujeres de todo el mundo. La detección temprana del CACU, mediante el estudio de la citología exfoliativa junto con una adecuada terapia de seguimiento, puede disminuir significativamente la frecuencia y la tasa de mortalidad.

Objetivo: Determinar la Prevalencia del cancer Cérvico uterino en el C.A.A.P.S. de Jonuta, Tabasco. **Material y Métodos:** El estudio es de tipo observacional, descriptivo y transversal, en la cual se incluyen variables como la edad, citología, situación ginecoobstetrica, diagnostico citológico, hallazgos adicionales, etc. La obtención de los datos es a través del sistema de información: solicitud y reporte de resultado de citología cervical y resultado de colposcopia confirmatoria. Realizándose posteriormente un análisis univariado y otro divariado. **Resultado:** Se realiza revisión de tamizaje a 315 mujeres del C. A. A. P. S. Del municipio de Jonuta, tabasco la cual la mediana de edad fue de 36 años con un rango de edad de 14 a 83 años y que el grupo de edad que más prevalencia tuvo fue el de 25 a 34 años. Encontrándose que la prevalencia fue del 5% en los pacientes que presentaron lesiones precursoras para el Ca Cu, que el 5.7% siempre estuvo asociado al VPH y siempre siendo el grupo de edad de 25 a 34 más expuesto a estos casos.

Por tanto se considera necesario sensibilizar a todo el personal de los servicios salud involucrado en esta actividad, para el mejor desarrollo del programa. Reducir el tiempo de espera para el resultado de la prueba y mejorar instalaciones donde se realiza la toma de la muestra. Coordinarse con grupos organizados y personal comunitario para dar información sobre el tema en su sector de influencia.

INDICE

I.	MARCO TEORICO	1
II	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
III	JUSTIFICACIÓN	9
IV	OBJETIVOS	12
	Objetivo General	12
	Objetivo Especifico	12
V	METODOLOGIA	13
	Tipo de estudio	13
	Población de estudio	13
	Unidad de observación	13
	Universo de Trabajo	13
	Tiempo	13
	Tipo de muestra y tamaño	13
	Criterios de Selección	14
	Criterios De Inclusión	14
	Criterios De Exclusión	14
	Criterios de Eliminación	14
	Variables De Estudio	15
	Variable Dependiente	15
	Variable Independiente	15
	Operacionalización De Variables	15
	Método de Trabajo	18
	Logística	18
	Consideraciones éticas	18
VI	RESULTADOS	19
	Análisis Univariado	19

	Análisis Divariado	20
	Tablas y gráficas	22
VII	DISCUSION	30
VIII	CONCLUSIONES	31
IX	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	32
X	ANEXOS	36

I. MARCO TEORICO

El carcinoma Cérvico Uterino (CaCu) es una enfermedad caracterizada por el crecimiento anormal y diseminado de células que al desarrollarse en forma incontrolada, avanzan entre los tejidos normales y los destruyen, alterándose así el funcionamiento del organismo.¹

La lesión precursora del CaCu es la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y dependiendo del grado de anormalidad celular son clasificados como NIC grado I (displasia leve), NIC II (displasia moderada), y NIC III (displasia severa o carcinoma *in situ*), y cuando las células cancerosas o neoplásicas epiteliales invaden tejidos subyacentes se le denomina carcinoma invasor. Actualmente, se considera que si se lleva a cabo un diagnóstico temprano de esta neoplasia, es potencialmente curable. El valor pronóstico de los estadios precancerosos es muy variable, por lo que es importante evaluar el riesgo de desarrollar cáncer en este tipo de lesiones.²

El cáncer es enfermedad no transmisible que por mucho tiempo ha constituido un peligro para la salud principalmente en países de ingreso alto, pero que en la actualidad impone una carga de morbilidad elevada en todas partes del mundo. En 2001, el cáncer ocasionó más de 7.000.000 de defunciones, de las cuales 5.000.000 se produjeron en países de ingreso bajo y mediano. Ese mismo año, el cáncer llevó a la pérdida de más de 100 millones de AVAD, de los cuales casi 75% se perdieron en países de ingreso bajo y mediano. A no ser que las intervenciones para la prevención y detección del cáncer logren reducir la incidencia de la enfermedad, para 2020 el número de casos nuevos de cáncer aumentará de los 10 millones calculados para el año 2000 a alrededor de 15 millones al año, y 9 millones de estos casos tendrán lugar en países en desarrollo. Si bien el cáncer es un problema que aqueja al mundo entero, no se manifiesta de la misma forma en todas partes. Una fracción notable de los cánceres en países en desarrollo, hasta 25% están relacionados con infecciones crónicas; así, el cáncer del hígado tiene un vínculo causal con la hepatitis B, el cáncer de cuello uterino con la infección por

ciertos tipos de virus del papiloma humano y el cáncer de estómago con la infección por *Helicobacter pylori*. La incidencia de estos cánceres también se asocia con la ausencia de una infraestructura sanitaria avanzada para el control de agentes infecciosos cancerígenos. En 2000, siete tipos de cáncer explicaron alrededor de 60% de los casos nuevos de cáncer que se diagnosticaron y de todas las defunciones por cáncer en países en desarrollo: el de cuello uterino, hígado, estómago, esófago, pulmón, colon y recto y mama.³

El cáncer CaCu sigue teniendo enormes repercusiones para las mujeres de todo el mundo, y en especial para las de los países en desarrollo. La compilación más reciente de los datos mundiales indica que todos los años se producen unos 466.000 nuevos casos de cáncer cervicouterino en las mujeres de todo el mundo. Casi el 80% de los casos se produce en los países en desarrollo, donde los programas de tamizaje no están bien arraigados o son muy poco eficaces. En los países en desarrollo, la incidencia del cáncer cervicouterino ocupa el segundo lugar, detrás del cáncer de mama, y es la principal causa de fallecimientos debidos al cáncer en las mujeres. En todo el mundo, el cáncer cervicouterino provoca la muerte de 231.000 mujeres por año, y más de 80% de estas defunciones ocurren en los países en desarrollo. Una estimación moderada de la prevalencia mundial, basada en los datos de 2000, indica que hay casi 1,4 millones de casos de cáncer cervicouterino reconocidos clínicamente (el cálculo se basa en el número de pacientes que todavía viven cinco años después del diagnóstico). La gran mayoría de estos casos ocurren en los países en desarrollo. Este cálculo refleja la acumulación de los casos producidos cada año y el hecho de que pocas mujeres de los países en desarrollo reciben tratamiento. Los conocimientos actuales sobre la historia natural del cáncer cervicouterino indican que el número de mujeres que pueden tener afecciones precursoras de cáncer cervicouterino es de dos a cinco veces mayor que las que pueden tener el cáncer invasor. Por consiguiente, puede haber hasta 7.000.000 de mujeres con displasias de grado alto, que deben ser identificadas y tratadas. Es evidente que el cáncer CaCu está cobrando muchas más víctimas entre las mujeres de los países en desarrollo. La tasa de mortalidad normalizada por edad del cáncer cervicouterino en estos países es de 9,6 por

100.000 mujeres, dos veces la tasa de los países desarrollados. Casi el 40% de las muertes debidas al cáncer cervicouterino en los países en desarrollo se produce en Asia centromeridional, una región muy poblada, que incluye Bangladesh, la India, y el Pakistán. En la mayoría de los países, la incidencia del cáncer invasor del cuello uterino es muy baja en las mujeres menores de 25 años. La incidencia aumenta alrededor de los 35 a 40 años y alcanza un máximo en las mujeres de entre 50 y 70 años de edad. Los datos de los registros de cáncer en los países en desarrollo indican que aproximadamente 80% a 90% de los casos confirmados en esos países se producen en las mujeres de 35 años de edad o más. Las diferencias comparativas del número de casos de cáncer cervicouterino entre los distintos grupos de edad reflejan, en líneas generales, la estructura por edades subyacente de las poblaciones, así como el hecho de que, a menudo, no se efectúa un tamizaje de las mujeres mayores. Según las estimaciones existentes sobre la incidencia de cáncer cervicouterino, la prevalencia y la mortalidad son probablemente inferiores que los valores reales, en gran parte porque muchas mujeres con cáncer cervicouterino no reciben atención médica y por lo tanto no están incluidas en los datos de los registros de cáncer. Las limitaciones de los establecimientos de diagnóstico y la tendencia a que estos servicios no lleguen a las mujeres mayores, a las que se encuentran en la última fase de enfermedad o las que no pueden pagar estos servicios, son un aliciente aún más importante para elaborar estimaciones exactas. Además, la falta de sistemas organizados de información sanitaria plantea dudas sobre el valor de los registros del número de mujeres con cáncer cervicouterino.⁴

Los estudios sobre la epidemiología del CACU han demostrado que esta entidad se comporta como una enfermedad de transmisión sexual y diversos factores de riesgo parecen estar involucrados en su desarrollo los de mayor asociación son inicio temprano de relaciones sexuales, números de parejas sexuales, infecciones virales y bacterianas, hábitos reproductivos, uso de anticonceptivos orales, hábitos dietéticos y tabaquismo entre otros. Sin embargo, múltiples estudios epidemiológicos han concluido que el factor definitivo en la

etiología del CACU es la infección del cervix por algunos tipos del VPH. Los tipos del VPH que se encuentran con mayor frecuencia, son el 16, 18,31, 33 y 35. ⁵

Es un problema de salud pública, es la enfermedad neoplásica más frecuente y mortal en la población femenina. Cada año 500 mil casos nuevos son diagnosticados en todo el mundo, en el año 2001, el 11.7% de todas las neoplásicas en las mujeres correspondieron a CACU, y se reportaron 369,500 casos nuevos en países en vías de desarrollo, a diferencia de los países desarrollados, en los cuales 96,100 casos, fueron diagnosticados en el mismo año. La población femenina originaria de Latinoamérica es considerada, como de alto riesgo para desarrollar CACU. Cada año se reportan 68, mil casos nuevos. Estudios comparativos de las tasas de mortalidad por esta patología, señalan que tasas más altas corresponden a Chile y México y las más bajas a Cuba, Puerto Rico y Argentina. En México el CACU es la primera causa de muerte por neoplasias, en mujeres mayores de 25 años. El sistema Nacional de Salud Mexicano, brinda atención médica aproximadamente a 9 mil casos de CACU invasor y se registran 4 mil muertes anualmente. En el año 2001, se reportaron 4051 muertes en mujeres por CACU con una tasa de mortalidad de 8.8 por cada 100 mil mujeres. Para el año 2002, se registraron 4323 casos con una tasa de 8.6 por 100 mil mujeres.⁶

La detección temprana del CACU, mediante el estudio de la citología exfoliativa junto con una adecuada terapia de seguimiento, puede disminuir significativamente la frecuencia y la tasa de mortalidad. El programa para la detección oportuna del cáncer del cuello de útero en México, establecido en 1974, ha sido ineficaz para disminuir la mortalidad. Las fallas pueden atribuirse a las bajas coberturas y la deficiente calidad de los estudios de citología exfoliativa. Los reportes de casos falsos negativos, varían entre 10 y 54% en los diversos centros participantes. Las mujeres acuden al rastreo solo cuando tienen molestias. La frecuencia de los estudios de citología exfoliativa en mujeres entre 15-49 años de edad es mucho mas baja en las zonas rurales (30%), que la Ciudad de México (64%).⁷

El Departamento de Citopatología del Hospital General de Zona No. 51 IMSS, de las Unidades Médicas 10, 11, 46, y 51 en Gómez Palacio Durango, referidas al DOC por medicina preventiva, en el periodo de mayo de 1999 a abril de 2000, se realizó un estudio transversal con objetivo de evaluar la cobertura, asiduidad, diagnóstico y seguimiento del Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino. De un total de 40,000 mujeres derechohabientes del IMSS, sexualmente activas, de la Comarca Lagunera de Durango, se recibieron un total de 11,185 laminillas de mayo de 1999 a abril de 2000 para tamiz citológico. La cobertura del DOC en esta población fue de 27.96% (11,185/40,000). Tuvieron control citológico de por lo menos dos años previos 8,187 mujeres (73.2%), 652 (5.83%) tenían más de cuatro años sin control y 2,346 (21%) acudían por primera vez. El diagnóstico citológico reveló 189 (1.68%) PAP anormales y solamente 40 de estas mujeres (21.16%) tuvieron seguimiento citohistopatológico y tratamiento de su lesión. De acuerdo con estos resultados nosotros concluimos que el programa de DOC que se lleva a cabo en Gómez Palacio, Durango presenta una deficiencia de cobertura de 72.04% y una pérdida de seguimiento de 78.84%. Esto sugiere la necesidad de reforzar las actividades de prevención del CaCu a nivel institucional, con el fin de elevar su eficiencia. ⁸

La Universidad Mayor de San Marcos Fac. Medicina Lima realizó un estudio prospectivo transversal, para determinar la prevalencia y factores de riesgo de cáncer cervicouterino, durante el año 2003 a 2400 mujeres del Centro de Salud de Piedra Liza Lima Perú. De las cuales se tuvo en cuenta el antecedente de toma de muestra secreción Cervicovaginal. Se obtuvo 120 casos atípicos por papanicolau de los cuales histopatologicamente fueron 49 que corresponde 2% de prevalencia entre las que se encuentran: lesiones intraepiteliales de células escamosas de bajo grado 12, lesiones intraepiteliales de células escamosas de alto grado 32, carcinoma escamoso invasor 3, adenocarcinoma in situ 1, adenocarcinoma infiltrante.⁹

Novoa Vargas *et.al.* Realizó estudio analítico retrospectivo de la epidemiología de Cáncer cérvico uterino en los países latinoamericanos tomando como base la revisión de la literatura a través de Internet, el Sistema Medellín y las publicaciones de revistas médicas incluidas en el Index Medicus que informaron en los últimos 13 años investigaciones epidemiológicas relacionadas con el cáncer cérvico uterino comentándose los principales factores de riesgo. Como resultado se encontró que la prevalencia del cáncer cérvico uterino en los países de América Latina varía de acuerdo al país, el nivel socioeconómico en población rural o urbana; 1 de cada 1000 mujeres de 35 a 55 años padece de cáncer cérvico uterino. La incidencia en mujeres de 25 años o más es el 2º en orden de frecuencia y 1º en la población femenina. En el grupo de 30 a 44 años 3ª causa de muerte y una de las primeras diez en todos los grupos de edad hasta los 64 años. Por orden de frecuencia Guatemala, Colombia, Nicaragua, El Salvador y México presentan mayor mortalidad por cada 10,000 habitantes. Los principales factores de riesgo encontramos que están el inicio de vida sexual a temprana edad, falta de educación sexual bajo nivel socioeconómico. ¹⁰

Sierra Torres *et al.* Realizó un estudio prospectivo de casos y controles (1:1) en una población femenina de 207 reclutadas para este estudio en el departamento del Cauca, Colombia entre Enero del 2002 y Diciembre del 2003. Los casos se definieron en aquellas mujeres con lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (NIC II, III y cáncer in situ), con el objetivo de reportar la asociación de VPH y otros cofactores para desarrollar cáncer cérvico uterino. Del total de 98 casos y 109 controles la prevalencia en los diagnósticos histopatológicos correspondieron a: 16 (16%) NIC II, 35(36%) NIC III y 47 (48%) cáncer in situ. La edad promedio de los casos fue 44.2 +- 14,3 años, un 48% se encontraron entre 18 y 40 años, considerado como adecuado, para la reproducción. La mayoría de los casos procedían del área rural (78%). Entre los factores asociados se encuentran la alta incidencia de VPH, inicio de relaciones sexuales a temprana edad, paridad, hormonales, número de compañeros sexuales. ¹¹

Palacio-Mejía *et al.* analizaron las bases de datos de población del Instituto de Estadísticas, geografía e informática; las estimaciones de población del Consejo Nacional de población, para el período 1990 a 2000 y estadísticas vitales de mortalidad registradas por la Secretaría de Salud y el Instituto de Estadística, Geografía e Informática. Con el objetivo de analizar las tasas de mortalidad por cáncer cérvico uterino. Como resultado se encontró que para el período 1990 a 2000 se reportaron oficialmente 48761 defunciones por cáncer cérvico uterino en México, lo cual se inicia en 1990 con 4280 muertes en el año y terminado con 4620 en el 2000, lo que representa un promedio de 12 mujeres fallecidas cada 24 hrs, con un crecimiento promedio anual de los casos absolutos de mortalidad por cáncer cérvico uterino de 0.76%. Siendo las mujeres del área rural las que tienen el 3.07% veces de mayor riesgo. Por lo que los resultados muestran que la mortalidad por cáncer cérvico uterino, se relaciona con la pobreza, desempleo, escolaridad, nivel socioeconómico.¹²

Tirado-Gómez y cols. Evaluaron la asociación entre cáncer cervicouterino (CaCu) invasor y el virus del papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR) (carga viral/tipo 16), así como con factores ginecológicos y socioeconómicos, en 215 casos de CACU invasor y 420 controles, el estudio se realizó entre los años 2000 y 2001, con los siguientes resultados: Factores asociados a CaCu invasor. Se encontró que una serie de factores se asociaron con un incremento en la probabilidad de desarrollar CaCu: analfabetismo (RMp=4.8); ausencia de escolaridad (RMp=12.5); falta de seguridad social (RMp=5.7); consumo de tabaco en algún momento de la vida (RMp=0.7); nivel socio-económico bajo (RMp=10.8); más de tres partos (RMp=4.2); uso de anticonceptivos hormonales (RMp=1.6); presencia de infección vaginal (leucorrea) en los últimos tres meses (RMp=2.7) e inicio de la vida sexual activa antes de los 20 años (RMp=2.6). La presencia de VPH-AR incrementa en 78 veces la probabilidad de desarrollar la enfermedad. La probabilidades mucho mayor cuando el tipo de VPH es 16 (RMp= 429.8) que cuando es de otro tipo (RMp=64.1). Por otro lado, existe una tendencia a que la probabilidad se incremente con los niveles de carga viral al pasar de 46.5 cuando es baja, a 250.7 cuando es intermedia y a 612.9 cuando es alta. Otras variables asociadas con el desarrollo de

la enfermedad mostraron en el modelo final efectos independientes, incluso mayores que los observados en el análisis pareado. Es el caso de la presencia de infección cervicovaginal, manifestada a través de la leucorrea, con una razón de momios ajustada de 5.2 y de la falta de acceso a la seguridad social con una razón de momios ajustada de 8.8. Finalmente, el índice socioeconómico muestra que las mujeres con menor nivel tienen una probabilidad 1.6 veces mayor de presentar la enfermedad que aquellas con mejor nivel socioeconómico.¹³

Haití tiene la incidencia más alta de casos de cáncer del cuello uterino (91 casos por cada 100.000 mujeres) y Nicaragua tiene la mortalidad más alta a causa de la enfermedad (33 muertes por cada 100.000 mujeres).² Los índices en Colombia continúan siendo muy preocupantes por esto el seguimiento por medio de pruebas de tamizaje sigue siendo un mecanismo de prevención para esta patología. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el 60 por ciento de este tipo de cáncer sucede en mujeres entre las edades de 35 y 60 años.² Pero encontramos en este estudio que la prevalencia de la lesión está bajando sus índices y que esto se debe a los factores de riesgo que asumen las mujeres desde tempranas edades.¹⁴

Chile, a nivel mundial, exhibe altas tasas de incidencia y mortalidad. En estadísticas de mortalidad por Ca de cuello uterino publicada en 1991 y referida al período 1984-1986, Chile aparece en tercer lugar después de Surinam y Costa Rica, con una tasa de mortalidad de 15,6 x 100 mil mujeres. Aunque este índice ha experimentado una evidente disminución, llegando a una tasa promedio nacional de 9,6 x 100 mil mujeres (Minsal, 1988), aun fallecen en nuestro país 2 mujeres diarias por Ca de Cervicouterino, siendo la cuarta causa de muerte por cáncer en la mujer, luego del Ca de vesícula biliar, estómago y mama. En nuestra región constituye la tercera causa de muerte desplazando, al Ca de mama al cuarto lugar.¹⁵

Las regiones más afectadas por el cáncer cervical se encuentran entre las más pobres del mundo. América Central y del Sur, el Caribe, el África subsahariana, partes de Oceanía y partes de Asia tienen los índices más altos (más de 30 por cada 100.000 mujer. Esto se compara con un máximo de 10 por cada

100.000 mujeres en América del Norte y Europa⁵. Los índices reportados son de 69 por cada 100.000 mujeres en Tanzania, 55 por cada 100.000 en Bolivia y 40 por 100.000 en Papua Nueva Guinea. Asia tiene el número más alto de casos reportados. En la India se reportan anualmente aproximadamente 132.000 casos nuevos (más de una cuarta parte del total mundial). Alrededor de 1,4 millones de mujeres en todo el mundo tienen cáncer cervical, lo que refleja la acumulación de casos nuevos cada año y el hecho de que pocas mujeres en los países en desarrollo reciben tratamiento. Según lo que se sabe de la evolución de este tipo de cáncer, es posible que entre el doble y el quintuple de dicho número (hasta 7 millones) de mujeres en todo el mundo tengan estados precancerosos, que deben detectarse y tratarse.¹⁶

Mundialmente, las afectadas por esta patología son las mujeres pobres, que tienen menos accesos a la detección precoz. Los datos de que dispone la OMS, indican que las tasas de CACU, son mayores en los países del tercer mundo, especialmente en América Latina, donde se cree, además que hay subregistros de la mortalidad por esta causa, ya que se le asigna a “otras partes de útero”, o a causas mal definidas. Además, dentro de cada país, hay tasas diferentes. En Argentina, las provincias más pobres tienen tasas más altas, que el Gran Buenos Aires. Existe una relación entre pobreza y tasas de CACU que se hace necesario explorar más.¹⁷

En México el cáncer del cuello de matriz constituye la primera causa de mortalidad por neoplasias malignas entre las mujeres de 25 años y más. Diariamente se registran en México, alrededor de 12 muertes por esta causa, lo que representa una verdad e inquietud de género e injusticia social, con mayor incidencia en las entidades federativas del sureste del país.¹⁸

La incidencia del cancer cervical en México también se estima para ser una de la más alta del Mundo. En 1985, la incidencia era estimada para ser de 40 casos nuevos por 100,000 mujeres, y antes de 1997 esta estimación había aumentado a 50 casos nuevos por 100,000.¹⁹

La trascendencia en Tabasco de acuerdo a la vigilancia Epidemiológica en cáncer cérvico uterino sigue siendo la principal causa de muerte por neoplasias en la población femenina. Es causa de 1, 036 de funciones en mujeres de 25 y más años. La tendencia de la mortalidad no ha variado. La tasa por esta causa ha disminuido de 33.1 en 1990 a 21.5 en el año 2000. ²⁰.

En el estado de Tabasco durante el 2000 se diagnosticaron 166 casos de displasias severas, 229 casos de Cáncer in situ y 67 de cáncer invasor por citología. ²¹.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El Cáncer Cérvico-uterino (Ca Cu) representa la primera causa de muerte por neoplasias malignas en la población femenina y, a pesar de que desde hace más de 20 años se han realizado esfuerzos para su control, no se ha reducido la tendencia de la morbilidad y mortalidad generada por este padecimiento. La literatura mundial reporta que la detección en etapas iniciales aplicada a más del 80% de las mujeres en riesgo favorece un tratamiento exitoso a menor costo y acelera la disminución de la incidencia y mortalidad atribuida al padecimiento.²²

La prevención oportuna del cáncer cervicouterino, por medio del clásico PAP se ve obstaculizada por una falla en la información de la sexualidad durante la infancia y la adolescencia, así como por una deficiencia en la práctica del PAP a escala institucional.²³

Los estudios han revelado que las mujeres mostraban cierta renuencia a someterse al tamizaje porque percibían al cáncer cervicouterino como un sinónimo de muerte. La falta de información sobre los posibles tratamientos generaba un temor aún mayor entre las mujeres, y esto se acentuaba todavía más por la forma impersonal en la cual los trabajadores de salud se comunicaban con las mujeres afectadas. Además, la presencia de hombres como prestadores de asistencia sanitaria fue un factor de disuasión para algunas mujeres. Uno de los principales obstáculos para solicitar una prueba de papanicolaou en las instituciones públicas de salud se relaciona con un periodo de espera muy largo antes de recibir los resultados.²⁴

Es una realidad que el cáncer cervicouterino persiste en la actualidad como un problema relevante de salud pública y que a pesar que ya se cuenta con una prevención secundaria eficaz, mediante el tamizaje y la detección temprana, hace falta implementar programas educativos y de divulgación que generen conciencia

acerca de Ca Cu como una enfermedad prevenible, dirigidos a las mujeres y a la comunidad en general.

Por lo que el objetivo de nuestra investigación es:

¿Cual es la prevalencia del cáncer cervicouterino en el C. A. A. P. S. del Municipio de Jonuta, Tabasco?

III. JUSTIFICACION

El cáncer cervicouterino sigue teniendo enormes repercusiones para las mujeres de todo el mundo, y en especial para las de los países en desarrollo. La compilación más reciente de los datos mundiales indica que todos los años se producen unos 466.000 nuevos casos de cáncer cervicouterino en las mujeres de todo el mundo. Casi el 80% de los casos se produce en los países en desarrollo, donde los programas de tamizaje no están bien arraigados o son muy poco eficaces.

En los países en desarrollo, la incidencia del cáncer cervicouterino ocupa el segundo lugar, detrás del cáncer de mama, y es la principal causa de fallecimientos debidos al cáncer en las mujeres. En todo el mundo, el cáncer cervicouterino provoca la muerte de 231.000 mujeres por año, y más de 80% de estas defunciones ocurren en los países en desarrollo.^{25.}

Sin embargo la sobrevida esta fuertemente influenciada por el factor socioeconómico o por el acceso a programas de detección precoz. Pese al éxito la citología tiene limitaciones como los falsos negativos, sin embargo es uno de los principales métodos de detección.^{26.}

IV.- OBJETIVOS

GENERAL

Identificar la prevalencia del cáncer cérvico uterino en el C.A.A.P.S del municipio de Jonuta.

ESPECIFICO

1. Identificar a que edad se asocia al Cáncer Cérvico uterino en el C.A.A.P.S del municipio de Jonuta.
2. Identificar número de parejas asociados al Cáncer cérvico uterino en el C.A.A.P.S del municipio de Jonuta.
3. Identificar la situación ginecoobtetrica asociada al cáncer cérvico uterino en el C.A.A.P.S del municipio de Jonuta.
4. Identificar los antecedentes infecciosos asociados al cáncer cérvico uterino en el C.A.A.P.S del municipio de Jonuta.
5. Identificar la situación hormonal asociada al cáncer cérvico uterino en el C.A.A.P.S del municipio de Jonuta.

V.- METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo transversal, observacional y descriptivo.

POBLACION DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el C.A.A.P.S del Municipio de Jonuta, en donde el investigador participará directamente en la revisión de los tamízales del grupo escogido para el estudio.

UNIDAD DE OBSERVACION

CAAPS del Municipio de Jonuta.

UNIVERSO DE TRABAJO.

Todas las mujeres que se realizaron citología exfoliativa y colposcopia confirmatoria en el C.A.A.P.S del Municipio de Jonuta.

TIEMPO.

En el periodo comprendido de enero 2005 a febrero 2006.

MUESTRA.

La población a estudiar sería 2542 mujeres. Con una muestra de 315 calculada por la fórmula $n = \frac{NZ^2 pq}{d^2 (N-1) + Z^2 pq}$ donde

n = tamaño de la muestra

N = Tamaño de la población

Z = Nivel de confianza

P = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia.

Q = Intervalo de confianza deseado en la determinación de valor promedio de la variable en estudio.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSION.

1. Mujeres con citología exfoliativa y colposcopia confirmatoria.
2. Mujeres que pertenezcan al C.A.A.P.S del Municipio de Jonuta
3. Que deseen participar.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

1. Todas las mujeres con citología exfoliativa y colposcopia de procedencia particular.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

1. Todas las mujeres con estudios dudosos.

DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLES DEPENDIENTES

Cáncer Cervicouterino.

VARIABLES INDEPENDIENTES

- Edad.
- Citología.
- Situación Ginecoobstetrica
- A la Exploración Observa.
- Utensilio de Toma Muestra.
- Factores de Riesgo.
- Características de la muestra.
- Diagnostico Citológico.
- Hallazgos Adicionales.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

Variable dependiente	Definición	Escala de Medición
Cáncer Cervicouterino.	Es una alteración, celular del epitelio del cuello del útero. Inicia con lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución.	1. Citología Exfoliativa. 2. Colposcopia confirmatoria.

Variables independientes	Definición	Escala de Medición.
Edad	Años de vida de una persona	Años.
Citología	Toma de muestra de las células del endocérvix y exocérvix.	1. Primera vez 2. Subsecuente
Situación Ginecoobstétrica	Estado de Salud sexual y reproductiva en la mujer.	1. Puerperio o posaborto. 2. Posmenopáusica. 3. Uso de hormonales. 4. DIU 5. Histerectomía 6. Tx obstétrico 7. Embarazo actual 8. Ninguno.
A la exploración se observa	Observación objetiva que se hace del cervix a la toma de la citología exfoliativa.	Cuello aparentemente sano 2. Cuello anormal. 3. Erosión del cuello. 4. Cervicitis 5. Leucorrea. 6. Sangrado anormal.
Utensilio de toma de muestra	Instrumento utilizado durante la toma de la citología exfoliativa	1. Espátula de Ayre. 2. Citobrush. 3. Hisopo 4. Otros
Factores de riesgo	Factores asociados que predisponen a la presencia de CaCu.	1. Inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años. 2. Múltiples parejas sexuales 3. Antecedentes de ETS 4. Tabaquismo.
Características de la muestra	Muestra suficiente de células del exocervix y endocervix	1. Adecuada 2. Limitada 3. Inadecuada.

<p>Diagnostico citológico</p>	<p>Resultado citológico descriptivo de la muestra del cervix y endocervix</p>	<p>Negativo a Cáncer (normal). 2. .Negativo con proceso inflamatorio 3. Displasia leve (NIC I) 4. Displasia Moderada (NIC II) 5. Displasia Grave (NICIII) 6. Cáncer in situ (NICIII) 7. Cáncer invasor 8. Adenocarcinoma. 9. Maligno o no especificado.</p>
<p>Hallazgos adicionales.</p>	<p>Infecciones asociadas y presentes al resultado citológico</p>	<p>1.Imagen del VPH 2.Imagen del virus del Herpes 3.Chlamydia 4.Tricomonas 5.Bacterias 6.Hongos 7.Polimorfonucleares 8.Otros.</p>

INSTRUMENTO DE TRABAJO

- Citología exfoliativa
- Colposcopia.

LOGISTICA

Se realiza protocolo de investigación previa autorización por parte de la Jurisdicción Sanitaria No 11 del C.A.A.P.S del municipio de Jonuta, para llevar a cabo en la población antes mencionada. Posteriormente se procede a la obtención de la lista de pacientes que se realizaron detección de cáncer durante el periodo de estudio, se procede a la revisión de los expedientes y pruebas de laboratorio y recolección de las variables, consecutivamente se efectúa a ser revisión de cada uno de las citologías exfoliativas y estudio confirmatorio para cáncer, con los criterios de inclusión e exclusión en el estudio. Se procede a recabar los datos de cada una de las pacientes para consecutivamente realizar la captura y análisis de datos por medio del programa SSP 10, y por último se procede a informar los datos a los responsables del programa así como al director de la unidad.

ASPECTOS ETICOS.

En la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, sobre los principios para toda investigación médica, menciona:

1.. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

2. La investigación médica solo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la investigación se realiza podrá beneficiarse de sus resultados.

3. Para tomar parte en proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados

ANALISIS ESTADISTISCOS.

Se procede a efectuar un análisis univariado de cada una de las variables y determinar la prevalencia de cáncer, así como bivariado con la prueba de chi cuadrada para determinar cual es la relación estadística con la variable dependiente.

VII RESULTADOS

Análisis univariado

Se revisó a 315 expedientes clínicos a mujeres que habían acudido a la toma de citología exfoliativa, de las cuales la mediana de edad fue de 36 años con un rango de edad de 14 a 83 años. El grupo de de edad que más prevalencia tuvo fue el de 25 a 34 años. Figura No. 1

De estas el 62 % se había realizado el tamizaje por primera vez, y 38% de forma subsecuente. De los cuales el grupo de edad que presento mayor porcentaje en acudir a realizar el tamizaje con un 31.4% fue el de 25 a 34 años. Tabla 1

En relación a los antecedentes de las pacientes el mayor porcentaje fue para: el uso de hormonas con un 15%, seguido de pacientes con postmenopausia 9.5%, histerectomía 9%, la presencia de DIU 6%, con el 57% ninguno, embarazo actual 2.2% tratamiento ginecoobstétricos 1.3, y puerperio .6%. Figura 2

Se identificó que a la exploración ginecológica del cuello de la matriz: el 66.3% presentó cuello sano, el 12.1% leucorrea, 11.1% erosión, 7.6% no se logró visualizar totalmente, 2.2% cuello anormal, .3% cervicitis y .3% la combinación de erosión con leucorrea. Tabla 2

En cuanto a la toma de la muestra el 99% fue de forma adecuada y el utensilio que se recurrió con mayor frecuencia fue la Espátula de Ayre con un 94% y solo 6% Citobrush. Tabla No. 3

Se identificó que el 86.7 de las pacientes presentaron factores de riesgo; de los cuales la distribución el grupo de 25 a 34 años presentó un alto porcentaje; los FR se distribuyeron de la siguiente manera: el 61.3% iniciaron las relaciones sexuales

(RS) antes de los 18 años, 14.3% tenían múltiples parejas e inicio temprano de RS, el 7.3% tenían infecciones de transmisión sexual. Tabla No.4 y 5.

De las cuales la mediana de edad fue de 31 años con un rango de 17 a 62 años, Figura No 4.

Se observó que las pacientes con inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años presentó el 33.3% de infección por VPH sin presentar asociación estadística ($p=0.09$).Figura 3 y Tabla 5

Así mismo los hallazgos encontramos se observó que 93% de las pacientes presenta la combinación de infecciones vaginales por bacterias, hongos y polimorfonucleares. Figura No 6.

Se identificó que **18 pacientes (5.7%) presentó infecciones por VPH**, y el 100% de estas pacientes se observó que existe combinación de con otro tipo de microorganismos ($p=0.00$). Figura No.5, 6.

Se observó que el 77.7% de las pacientes con VPH no presentó ninguna alteración en le cuello de la matriz a la exploración. Figura No 7.

Se identificó que el grupo de edad que presentó mayor porcentaje en cuanto a infección por VPH fue el de 25 a 34 (50%), sin embrago no se observó una tendencia estadística por grupo de edad. Tabla No. 6

Análisis Divariado.

Se identificó que los pacientes con situaciones ginecoobstétricos no existe asociación estadística en relación a las pacientes con lesiones precursoras $p=.48$.

Se identificó que aquellas pacientes con DIU tienen 4 veces más riesgo de presentar infección por VPH. OR=3.8 (IC 95%, .9, 15.11, $p= 0.02$).

Se identificó que las pacientes que presentaban a la exploración ginecológica alteraciones en el cuello de la matriz tienen un 25% mas de posibilidad de tener lesiones precursoras de cáncer cervicouterino ($p=.05$).

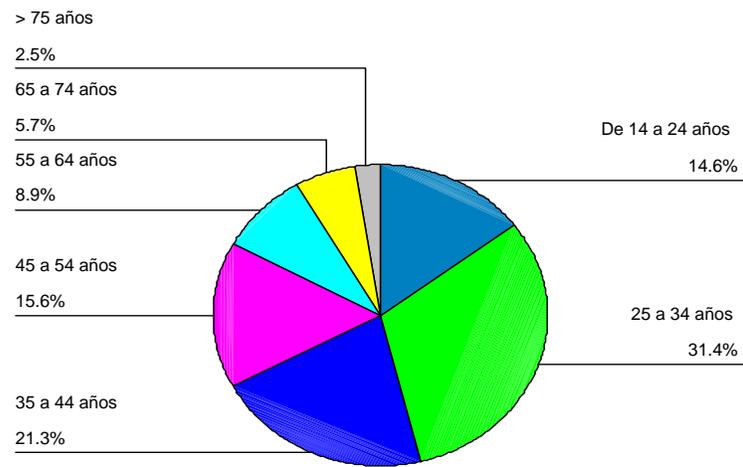
Se identificó que las pacientes iniciaban relaciones sexuales antes de los 18 años tienen un 20% mas de posibilidad de tener lesiones precursoras a cancer cervicouterino (IC 95% 50, 88, $p=.01$).

Se identificó aquellas paciente con antecedentes de infecciones de trasmisión sexual tiene 4 veces más riesgo de presenta cancer cervicouterino (OR 4.4 IC 95% 1.22, 15.8, $p=0.01$).

Así mismo, la presencia de infección por Virus del Papiloma Humano se encontró 100 veces (IC 30, 500 $p=0.0001$) mas riesgo de presentar lesiones malignas que en aquellas pacientes que no presentan. Tabla No. 7.

TABLAS Y GRAFICAS

FIGURA No. 1 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR GRUPO DE EDAD



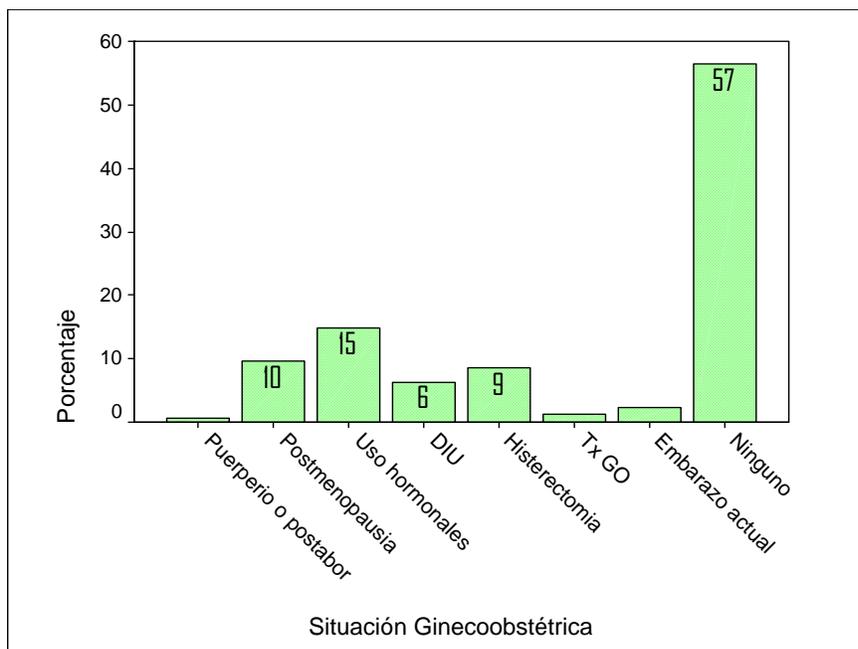
Fuente: Solicitud y reporte de Resultados de Citología Cervical.

TABLAS No. 1 Distribución de la Toma del Tamizaje por Grupo de Edad.

	Primera vez	Subsecuente	Total
De 14 a 24 años	31	15	46
	15.8%	12.6%	14.6%
25 a 34 años	53	46	99
	27.0%	38.7%	31.4%
35 a 44 años	42	25	67
	21.4%	21.0%	21.3%
45 a 54 años	34	15	49
	17.3%	12.6%	15.6%
55 a 64 años	16	12	28
	8.2%	10.1%	8.9%
65 a 74 años	14	4	18
	7.1%	3.4%	5.7%
> 75 años	6	2	8
	3.1%	1.7%	2.5%
Total	196	119	315
	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Solicitud y reporte de Resultados de Citología Cervical.

Figura No. 2 Distribución Porcentual de la Situación Ginecoobstétrica



Fuente: Solicitud y reporte de Resultados de Citología Cervical.

TABLAS No. 2 Distribución Porcentual de la Exploración Ginecoobstétrica

	Número	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Cuello sano	209	66.3	66.3
Cuello anormal	7	2.2	68.6
Erosión de cuello	35	11.1	79.7
Cervicitis	1	.3	80.0
Leucorrea	38	12.1	92.1
No se observa el cuello	24	7.6	99.7
35	1	.3	100.0
Total	315	100.0	

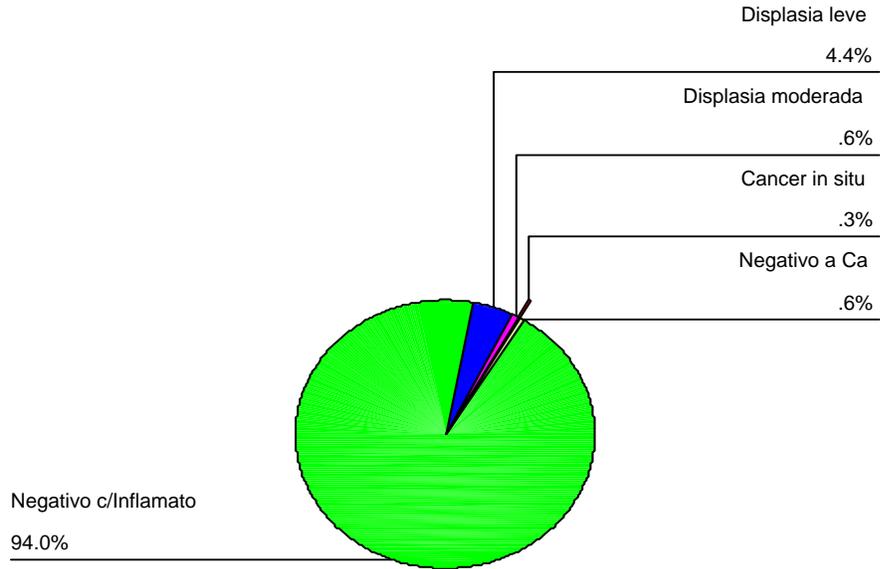
Fuente: Solicitud y reporte de Resultados de Citología Cervical.

TABLAS No. 3 Distribución Porcentual de la Obtención de la Citología Exfoliativa por Utensilio y Consulta

	Escapula de Ayre	Citobrush	Total
Primera vez	187	9	196
	63.0%	50.0%	62.2%
Subsecuente	110	9	119
	37.0%	50.0%	37.8%
Total	297	18	315
	100.0%	100.0%	100.0%

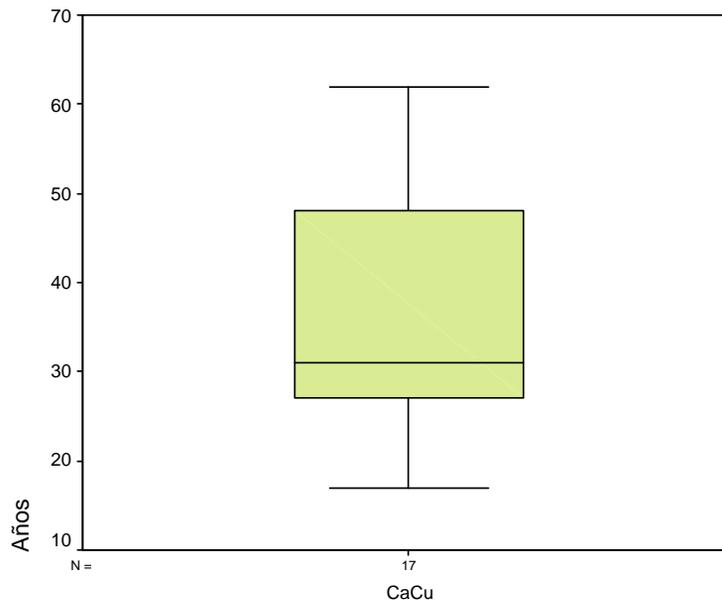
Fuente: Solicitud y reporte de Resultados de Citología Cervical.

Figura No. 3 Distribución Porcentual de Lesiones Precursoras de Cáncer CervicoUterino



Fuente: Solicitud y reporte de Resultados de Citología Cervical.

Figura No. 4 Distribución De la Edad en Pacientes con Lesiones Precursoras de Cáncer CervicoUterino



Fuente: Solicitud y reporte de Resultados de Citología Cervical.

TABLAS No. 4 Distribución Porcentual de Factores de Riesgo

	No.	%
Sin Factores de Riesgo	42	13.3
Inicio RS antes 18años	193	61.3
Multiples parejas	1	.3
Antc. Infec. TS	23	7.3
Combinacion de >2 Factores	56	17.8
Total	315	100.0

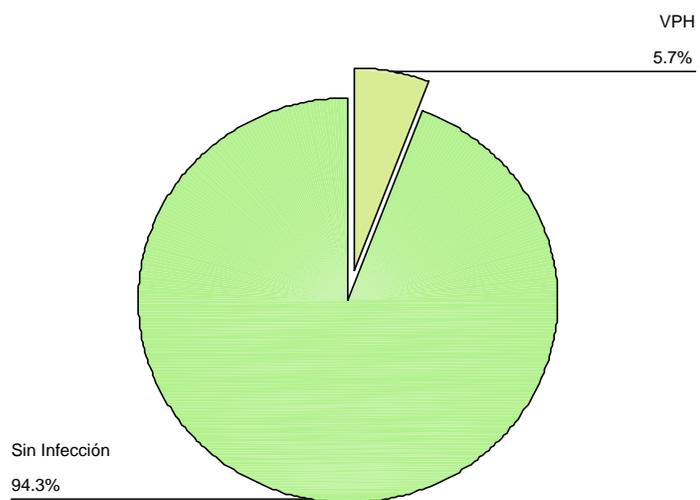
Fuente: Solicitud y reporte de Resultados de Citología Cervical.

TABLAS No. 5 Distribución Porcentual de lo Factores de Riesgo por Grupo de Edad

	Sin factores de riesgo	Con factores de riesgo	Total
De 14 a 24 años	2 4.8%	44 16.1%	46 14.6%
25 a 34 años	17 40.5%	82 30.0%	99 31.4%
35 a 44 años	9 21.4%	58 21.2%	67 21.3%
45 a 54 años	6 14.3%	43 15.8%	49 15.6%
55 a 64 años	5 11.9%	23 8.4%	28 8.9%
65 a 74 años	2 4.8%	16 5.9%	18 5.7%
> 75 años	1 2.4%	7 2.6%	8 2.5%
Total	42 100.0%	273 100.0%	315 100.0%

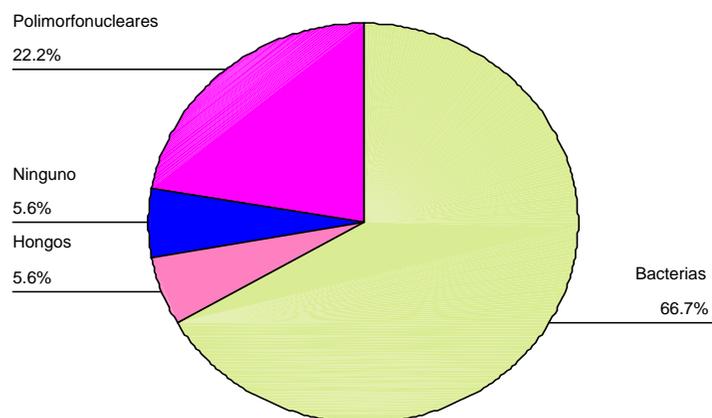
Fuente: Solicitud y reporte de Resultados de Citología Cervical.

Figura No. 5 Distribución Porcentual De Infección Por Virus Del Papiloma Humano



Fuente: Solicitud y reporte de Resultados de Citología Cervical.

Figura No. 6 Distribución Porcentual De Infección Por Virus Del Papiloma Humano por Hallazgo.



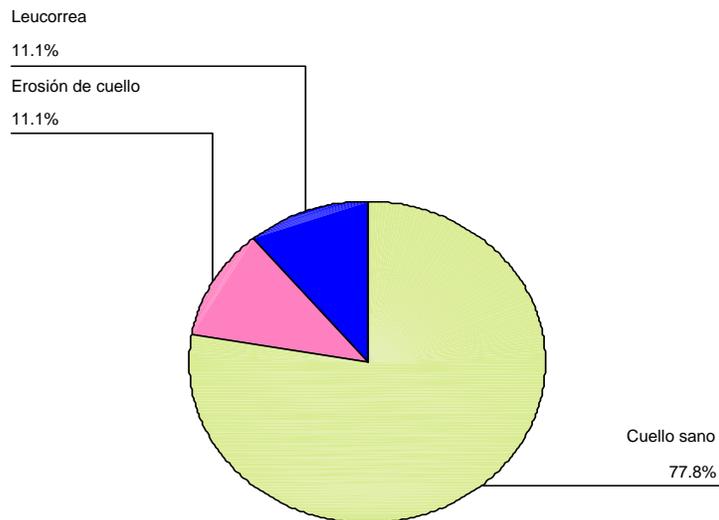
Fuente: Solicitud y reporte de Resultados de Citología Cervical.

TABLAS No. 6 Distribución Porcentual de Infección VPH por Grupo de Edad.

	VPH		Total
	Con Infección	Sin Infección	
De 14 a 24 años	3 16.7%	43 14.5%	46 14.6%
25 a 34 años	9 50.0%	90 30.3%	99 31.4%
35 a 44 años	2 11.1%	65 21.9%	67 21.3%
45 a 54 años	2 11.1%	47 15.8%	49 15.6%
55 a 64 años	2 11.1%	26 8.8%	28 8.9%
65 a 74 años		18 6.1%	18 5.7%
> 75 años		8 2.7%	8 2.5%
Total	18 100.0%	297 100.0%	315 100.0%

Fuente: Solicitud y reporte de Resultados de Citología Cervical.

Figura No. 7 Distribución Porcentual la Infección Por Virus Del Papiloma Humano por Tipo de Lesión



Fuente: Solicitud y reporte de Resultados de Citología Cervical.

TABLAS No. 7 Distribución de factores de riesgo para Cancer Cervicouterino

	OR	IC 95%	P-*
DIU	4	.9 - 15.11	0
INFECCION TS	4	1.22 - 15.8	0
INFECCION VPH	100	30 - 500	0

p= 0.05

Fuente: Solicitud y reporte de Resultados de Citología Cervical.

VIII. DISCUSION.

La investigación demostró, con respecto al diagnostico citológico que la prevalencia en las pacientes que presentaron lesiones precursoras de Ca Cu (5%), el VPH siempre estuvo asociado (5.7%), el 77% de las pacientes con VPH no presentó ninguna alteración el cuello del cervix a la exploración. El 86.7 % de las pacientes presentaron factores de riesgo asociados: el 61% iniciaron relaciones sexuales antes de los 18 años, 14.3% tenía múltiples parejas e inicio temprano de relaciones sexuales, el 7.3% tenían infecciones de transmisión sexual, observado en la literatura ⁵.

El grupo de edad que presentó mayor porcentaje en cuanto a infección por VPH fue el de 25 a 34 años (50%). La presencia de Infección por VPH se encontró 100 veces más riesgo de presentar lesiones malignas que en aquellas pacientes que no presentan.

Se identificó además, que aquellas pacientes con antecedentes de infecciones de transmisión sexual tiene cuatro veces más riesgo de presentar cáncer cervicouterino. ^{11,12}.

IX. CONCLUSIONES

En las mujeres de la comunidad de nuestro estudio, uno de los principales motivos de la no aceptación del programa de detección de cáncer cervicouterino, se relaciona con el tiempo de espera para la realización del procedimiento, y un periodo de espera muy largo (30 días) antes de recibir los resultados, además las condiciones físicas en las que en ocasiones se toma el frotis de papanicolau muchas veces no son adecuadas. A todo lo anterior se agrega, las creencias religiosas, socioculturales y de género de las mujeres y la falta de educación sexual influyen negativamente en la efectividad de los programas.

La presencia de los hombres como personal de salud es un factor importante y relevante en nuestra comunidad para la mayoría de las mujeres, quienes rechazan la realización de la toma de muestra por éste personal. Aunado todo esto a la falta de conciencia de las mujeres y desconocimiento total sobre el curso de la enfermedad.

Por tanto se considera necesario sensibilizar a todo el personal de los servicios salud involucrado en esta actividad, para el mejor desarrollo del programa. Reducir el tiempo de espera para el resultado de la prueba y mejorar instalaciones donde se realiza la toma de la muestra. Coordinarse con grupos organizados y personal comunitario para dar información sobre el tema en su sector de influencia. Por lo que es importante el inicio de la educación sobre este tema principalmente a nivel medio y superior incluyendo las consecuencias que trae en su proceso final.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Escandón-Romero C, Benítez-Martínez MG, Navarrete-Espinoza J, Vázquez-Martínez JL, Martínez-Montañez, Escobedo de la Peña J. Epidemiología del cáncer Cervicouterino en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Sal Publ Méx* 1992; 34: 607-614.
2. Nelson JH, Averette HE, Richart RM: Displasia, Carcinoma in situ and early invasive cervical carcinoma. *Cancer Clinicians* 1984; 34: 306-315.
3. Organización Mundial de la Salud Programas nacionales de control del cáncer: políticas y pautas para la gestión Washington, D.C: OPS, © 2004.
4. Priorities in Health. ©2006 The International Bank for Reconstruction and Development /The World Bank 1818 H Street NW Washington, DC 20433.
5. Carrillo A, Mohar, Meneses A, Frías-Mendivil M, Solorza G, Lizano M. Utilidad en la Combinación de Oligonucleótidos Universales para la Detección de VPH y lesiones premalignas. *Salud Pública, Méx.* 2004,46:7:15.
6. Ana C. Hidalgo-Martínez. El Cancer Cérvico-uterino, su impacto en México y el porqué no funciona Programa Nacional de Detección Oportuna. *Rev. Biomed* 2006, 17:81-84.
7. Francisco Javier Martínez M. Epidemiología del Cáncer del Cuello Uterino *Medicina Universitaria* Vol. 6, Num. 2 enero-marzo 2004.
8. Esperanza R. Rodríguez R, Ricardo M. Cerda Flores, Juan M. Quiñones Pérez, Elva Cortes Gutiérrez. Evaluación del programa de detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino en Durango, México. *Ginecol Obstet Méx* 2002; Vol. 70(1):3-6

9. Correlación clínico patológica del cáncer cervical y precursores en una población de Lima, Perú. Universidad Mayor de San Marcos. Fac Medicina Lima 2005; 66(2), Pág. 100-106.
10. Arturo Novoa Vargas, Alonso Echegollen Guzmán. Epidemiología de Cáncer en Cervix en Latinoamérica. Ginecología y Obstetricia Méx 2001; Vol. 69(6):243-246.
11. Carlos H. Sierra Torres, María P. Acosta Aragón, Leonora Orejuela Aristizabal Papilomavirus asociados a neoplasia intraepitelial cervical de alto grado en Cauca, Colombia. Rev. Salud pública vol. 8 suppl. 1 Bogotá 2006.
12. Palacio-Mejía LS, Rangel-Gómez G., Hernández-Avila M. Lazcano-Ponce E. Cáncer cervical, una enfermedad de la pobreza, diferencias en la mortalidad por áreas urbanas y rurales en México. Salud pública Méx 2003; 45 supl 3:s315-325.
- 13 Tirado-Gómez LL, Mohar-Betancourt A, López-Cervantes M, García- Carrancá A, Franco-Marina F, Borges G. Factores de riesgo de cáncer Cervicouterino invasor en mujeres mexicanas. Salud Pública Méx 2005; 47:342-350.
- 14 Lesiones Precancerosas en el Oriente Antioqueño. Wilmar, Yépez López colegio mayor de Antioquia, citohistotecnologo, Colombia, jun 2005.
15. Programa de Detección y Control de Cancer de Cuello Uterino en Servicio Salud Araucanía, Sur. Italo CapurroV. Juan A. Rojo E. Tulio Pino G., Claudio Vásquez Z, Jaime Garay O. Mireya Venegas. REV CHILR EOVB SCTHEILT OGBINSETCEOT LG 2IN00E2C; O6L7 (20):0 121; 46-71(220)
- 16 Publications de la ACCPP Investing in cervical cancer prevntionWorldwide Cervical Cancer Prevención Tissues Depth no, 3 (2004)

- 17 Silvia La Madrid Alvarez. Aspectos Socioculturales de la Sexualidad Como Factores Obstaculizantes de la prevención secundaria del CACU. Cad. Saude Pública vol. 14 suppl. 1 Río de Janeiro 19998.
18. Irma del C. Boca Negra Broca. El Hospital de la Mujer en su lucha contra el Cancer cervicouterino. SS del gobierno del estado de Tabasco
19. Ivonne Flores y cols Mejorar la Investigación Cervical del Cáncer en México: Resultados del estudio de Morelos HPV. Salud Pública de Méx. Vol. 45 suppl.3 Cuernavaca 2003.
20. Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones en Estado de Tabasco 2001.
21. Rufino Luna Gordillo, Raquel Espinosa R. Silvia G. Roldan F., Derci Rojas – Aguilar Características de las Pacientes con NIC III y Cáncer Invasor del cervix. Salud en Tabasco Vol. 8., No 2, Agosto 2002.
22. www.imss.gob.mx/nr/imss/dpm/dties/normatividad/vigilanciaepi/Cancer
Man. 07/01/2004.
- 23 Castro-Vásquez, Salazar Antúnez G. Elementos socioculturales en la prevención del Cancer Cervicouterio. Un Estudio en Hermosillo Sonora. Salud pública de México / vol.46, no.6, noviembre-diciembre de 2004.
- 24 Análisis de la Situación del Cáncer Cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington, D.C. OPS: 2004.
25. Parkin DM. *Comunicación personal*, CIIC (julio de 2000).
- 26 Felipe Serman, Cancer cervicouterino: Epidemiología, historia natural y rol del virus papiloma Humano. Perspectivas en prevención y tratamiento. REV CHIL OBSTET GINECOL 2002; 67(4):318-323

XI. ANEXOS.

ANEXO 1

SOLICITUD Y REPORTE DE RESULTADO DE CITOLOGIA CERVICAL.



SECRETARÍA DE SALUD

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER CERVICO UTERINO
SISTEMA DE INFORMACIÓN
SOLICITUD Y REPORTE DE RESULTADO DE CITOLOGIA CERVICAL

ANTES DE LLENAR, FAVOR DE LEER EL INSTRUCTIVO

CLAVE ÚNICA

--	--	--	--	--

I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD QUE REFIERE

1.-Entidad / Delegación: _____

2.-Jurisdicción: _____

3.- Municipio: _____

4.-Unidad Médica: _____

5.-Institución: _____

II. IDENTIFICACIÓN DE LA SOLICITANTE

6.-Entidad de nacimiento: _____ 8. Edad: _____

9.-Nombre: _____

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (a)
calle y número	colonia	Municipio o delegación
Jurisdicción	Entidad federativa	Teléfono

11.-Otro domicilio o referencia: _____

calle y número colonia Localidad

III. ANTECEDENTES

12.-Citología

(1) Primera vez, se ignora o mas de tres años (2) Subsecuente

13.-Situación ginecoobstétrica

(1) Puerperio o postaborto (4) DIU (7) Embarazo actual

(2) Posmenopausia (5) Histerectomía (8) Ninguno

(3) Uso de hormonales (6) Tratamientos ginecoobstétricos

14.-Fecha de la última regla

_____	_____	_____
Día	Mes	Año

15.-A la exploración se observa

(1) Cuello aparentemente sano (4) Cervicitis (7) No se observa cuello

(2) Cuello anormal (5) Leucorrea

(3) Erosión del cuello (6) Sangre anormal

16.-Utensilio con el que tomo la muestra

(1) Espátula de Ayre modificada (2) Citobrush (3) Hisopo (4) Otros

17.-Responsable de la toma citológica _____

18.-Fecha de la toma de la muestra

19.-Factores de riesgo

(1) Inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años (3) Antecedentes de infecciones de transmisión sexual

(2) Múltiples parejas sexuales (4) Tabaquismo

20.-Cuente con Cartilla Nacional de Salud de la Mujer 1.SI 2.NO

IV. RESULTADO DE CITOLOGIA CERVICAL

21.- Fecha de INTERPRETACIÓN _____

22.-Número citológico _____

23.-Laboratorio: _____

24.-Característica de la muestra

(1) Adecuada (2) Limitada (3) Inadecuada

25.-Diagnóstico citológico

(1) Negativo a cáncer (Normal) (4) Displasia Moderada (NIC 2) (7) Cáncer invasor

(2) Negativo con proceso inflamatorio (5) Displasia Grave (NIC 3) (8) Adenocarcinoma

(3) Displasia Leve (NIC 1) (6) Cáncer in situ (NIC 3) (9) Maligno no especificado

26.-Hallazgos adicionales

(1) Imagen del VPH (4) Tricomonas (7) Polimorfonucleares

(2) Imagen del virus del herpes (5) Bacterias (8) Otros

(3) Chlamydia (6) Hongos

27.-Repetir estudio 1.SI 2.NO

28.-Motivo

(1) Ausencia de células de metaplasia (4) Laminilla rota (7) Muestra mal fijada

(2) Ausencia de moco (5) Frotis grueso (8) Otros

(3) Ausencia de células endocervicales (6) Muestra con sangre

29.-RFC del Citoneólogo _____

30.-La muestra fue revisada por el patólogo 1.SI 2.NO

30.1 Diagnóstico del Patólogo _____

31.-Observaciones _____

32.-Firma y RFC del patólogo _____

33.-Fecha de notificación de resultado a la paciente _____

Area de llenado y capture

1. _____

2. _____

3. _____

6. _____

7. Fecha Nacimiento

_____	_____	_____
Día	Mes	Año

12. _____

13. _____

15. _____

18. _____

17. RFC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

18. _____

19. _____

20. _____

21. _____

_____	_____	_____
Día	Mes	Año

23. _____

24. _____

25. _____

26. _____

27. _____

28. _____

29. RFC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

30. _____ 30.1 _____

32. RFC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

33. _____

ANEXO 2.

CONTRARREFERENCIA DE ESTUDIO COLPOSCOPICO.

**SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL GENERAL "BENITO JUÁREZ GARCÍA"
CONTRARREFERENCIA**



MACUSPANA, TABASCO. A _____ DE _____ DE 2006
POR ESTE CONDUCTO INFORMO A USTED QUE LA PACIENTE:
_____ EDAD _____

FUE ATENDIDA EL DÍA DE HOY EN LA CLÍNICA DE DISPLASIAS, A QUIEN
SE LE REALIZO ESTUDIO COLPOSCOPICO ENCONTRÁNDOSE:

- 1.- CERVIX COLPOSCOPIOCAMENTE NORMAL ()
- 2.- ALTERACIONES INFLAMATORIAS ()
- 3.- CERVIX CON DATOS DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO ()
- 4.- CERVIX CON DATOS EN NEOPLASIA INTRAPITELIAL ()
- 5.- CERVIX CON DATOS DE INVASIÓN ()
- 6.- OTROS ()

OBSERVACIONES: _____

ATENTAMENTE

COLPOSCOPISTA



GOBIERNO DEL ESTADO DE TABASCO	
DEPENDENCIA:	Secretaría de Salud
DIRECCION:	MANUEL EVIA NO. 8
SUBDIRECCION:	
DEPTO.:	
Nº OFICIO:	JSXI/2006

JONUTA, TAB. 07 DE ABRIL DEL 2006

C. DR. BENJAMIN REYES GONZALEZ
 MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR
 CENTRO DE SALUD URBANO CON HOSPITAL

En respuesta a su solicitud de fecha 10 de Marzo del 2005, Informo a Usted, que puede contar con el Apoyo Solicitado, haciendo mención que deberá coordinarse con el Dr. Manuel Emilio Hernández Velázquez y con la EAPS. Dominga Ascencio Guillen, Epidemiólogo Jurisdiccional y Responsable del Programa respectivamente, para que le brinde la Información requerida.

Sin otro asunto que tratar, me despido de usted con un cordial salud.

EL Jefe de la JURISDICCION SANITARIA NO. XI



DR. BERNARDO RAMIREZ HERNANDEZ

2006 Año del Bicentenario del Natalicio de Don Benito Juárez

