



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

TEMPORALIDAD DE REFERENCIA DE LOS REPORTES ANORMALES

DE CITOLOGIA CERVICOVAGINAL

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A

PRISCILA ACOSTA VENTURA

TUTOR

RODRIGO VILLASEÑOR HIDALGO

Facultad de Medicina



CIUDAD UNIVERSITARIA, CD MX, 2018



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.

AUTORIZACIONES

Este trabajo fue autorizado por el Comité Local de Investigación No. ---- de la UMF 94 con el No. de registro:

Dra.
Coordinador Delegacional de Investigación en Salud

Dr.
Coordinador Delegacional de Educación en Salud

Dr.
Director de la UMF 94

Dra.
Coordinador De Educación e Investigación en Salud
De la UMF 94

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, a mis hermanos y a mi esposo por su apoyo y comprensión, los amo.

INDICE

	Resumen
1	Introducción
2	Marco Teórico
3	Antecedentes científicos
4	Planteamiento del problema y Justificación
5	Pregunta de investigación
6	Objetivos del estudio
7	Hipótesis
8	Especificación de variables
9	Diseño del estudio
10	Universo de trabajo
10.1	Población
10.2	Muestra
10.3	Determinación estadística de la muestra
10.4	Tipo de muestreo
10.5	Integración de la muestra
10.6	Criterios de selección
11	Descripción del programa de trabajo
11.1	Descripción de la hoja de recolección de datos
11.2	Programa de trabajo. Descripción de la maniobra experimental.
11.3	Análisis estadístico
12	Difusión del estudio
13	Consideraciones éticas
14	Resultados
15	Análisis de resultados
16	Conclusiones
17	Sugerencias
18	Bibliografía
19	Anexos

TEMPORALIDAD DE REFERENCIA DE LOS REPORTES ANORMALES DE CITOLOGIA CERVICOVAGINAL

Villaseñor-Hidalgo R¹, Azcarate-García E², García-Pérez BA³, Acosta-Ventura P⁴

Resumen integrado

Antecedentes: la prevención primaria es pilar de los servicios de salud del primer nivel de atención, y la detección del cáncer cervicouterino es una acción primordial del médico de primer contacto, debido a su alto impacto cuando se detecta en fases avanzadas; es una neoplasia que se asocia a la infección por el virus del papiloma humano, el cual puede ser identificado por métodos de tamizaje, ameritando un seguimiento personalizado con acciones específicas y sistematizadas para el diagnóstico temprano y la referencia oportuna de pacientes con reportes sospechosos.

Objetivo: determinar la aptitud clínica del médico familiar ante los reportes sospechosos de citología cervicovaginal en una unidad médica de primer nivel.

Material y métodos: estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, en expedientes de mujeres con reportes de citología cervicovaginal sospechosos con adscripción a la Unidad de Medicina Familiar No. 94 (UMF 94) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y con base al resultado según el sistema de Bethesda y a la guía de práctica clínica para cáncer cervicouterino, se establecerá el cumplimiento de las directrices según el reporte citológico, se realizarán tablas y gráficos para presentar el comportamiento de las variables.

Recursos e infraestructura: reportes de citología cervicovaginal, expedientes de mujeres, material de papelería y las finanzas a cargo del investigador.

Experiencia de grupo: 3 años en la línea de investigación de cáncer cervicouterino.

Palabras clave: aptitud clínica, citología cervicovaginal, unidad médica de primer nivel.

1. Médico Familiar. Profesor adjunto de la Residencia UMF 94 IMSS.
2. Médico Familiar. Profesor Titular de la Residencia UMF 94 IMSS.
3. Médico Familiar. UMF 94 IMSS.
4. Médico Residente de Segundo año de Medicina Familiar UMF 94 IMSS.

1. Introducción

La detección oportuna de cáncer cervicouterino es una acción primordial de la prevención primaria en los servicios de salud ya que esta patología es la causa más común de cáncer en mujeres en todo el mundo y la segunda causa más frecuente e muerte por cáncer. La infección por virus de papiloma humano se observa como el factor más importante que contribuye a su desarrollo. Por lo que es necesario realizar exámenes de búsqueda efectivos como la citología cervical y su adecuado seguimiento, a través de acciones específicas y sistematizadas para el diagnóstico temprano y referencia oportuna de pacientes con reportes sospechosos.

2.- Marco teórico

Cáncer Cervicouterino es una alteración de las células que se origina en el epitelio del mismo, que es manifestado inicialmente por lesiones precursoras que en ocasiones pueden resolverse o llegar a progresar durante varios años hasta un Cáncer invasor. La infección latente por algunos genotipo del Virus del Papiloma Humano, que son detectable por pruebas biomoleculares, es un factor indispensable pero no suficiente para el desarrollo del Cáncer del Cuello Uterino.

Definición

Tamizaje.- . Es un método de prevención que consiste en detectar dentro de una población sin síntomas, lesiones precancerosas que si no se tratan pueden transformarse en cáncer.

Papanicolaou.- El test de Papanicolaou, conocido como Pap, es un método sencillo de tamizaje que permite detectar anomalías celulares en el cuello del útero. Se extrae una muestra de células tomadas del cuello del útero, y se fija en un vidrio que es transportado a un laboratorio, donde es evaluado bajo el microscopio.

Guía Programática Abreviada para el tamizaje de CÁNCER CERVICOUTERINO Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino

Importancia

Esta prueba fue introducida por el Dr. Papanicolaou en año de 1945 como un método simple, para el examen de células exfoliadas teñidas, para detectar cáncer de cuello del útero permitiendo un diagnóstico precoz y ha contribuido a disminuir la tasa de mortalidad por ésta patología.

El objetivo de ésta prueba es el diagnóstico de lesiones precursoras de cáncer de cuello de útero invasor en mujeres con vida sexual activa, e incluso en edad geriátrica justificándose su uso hasta ésta edad porque el cáncer cérvico uterino y sus precursores pueden presentar una latencia por largos periodos que pueden ser de 10 ó más años entre el transcurso de una lesión de bajo grado (NICI) hasta un cáncer invasor.

Importancia de la Citología Vaginal (Papanicolaou) Para detectar cáncer cérvico uterino en mujeres mayores de 15 años a nivel de una clínica privada. Rev Med Hond 2000; 68:86-88

El objetivo de un programa de “tamizaje y tratamiento” del cáncer cervicouterino es reducir el cáncer cervicouterino y la mortalidad asociada, con relativamente pocos eventos adversos. El programa debe incluir una prueba de tamizaje o una estrategia de tamizaje (una secuencia de pruebas) y prever el tratamiento apropiado de una NIC y la derivación para tratamiento de las mujeres con cáncer cervicouterino de tipo invasor

Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino

Anatomía e Histología

Los fundamentos de anatomía e histología del aparato reproductor son indispensable para facilitar su comprensión y estudio.

Se divide en órganos genitales internos y externos

Órganos Genitales Externos

Vulva.- Conjunto de órganos genitales externos de la mujer, se caracteriza por estar húmeda

permanentemente, debida a la acción de secreciones vaginales y a las excreciones de las glándulas cutáneas.

Monte de Venus.- Prominencia que se localiza delante de la sínfisis púbica, constituido por tejido adiposo, cubierto por piel y vellos, distribuido en forma de triángulo invertido.

Labios Mayores.- Formaciones prominentes que parten del monte de venus en forma de repliegues redondeados, se dirigen hacia abajo y atrás para reunirse en la parte media del periné; constituidos por tejido celular y conectivo, recubiertos por piel pigmentada, con glándulas sebáceas y vello.

Clítoris.-Órgano homólogo al penen, de uno a dos centímetros de longitud, situado en la parte superior del Introito, se unen en su parte anterior y posterior; la unión anterior origina el frenillo del clítoris.

Labios Menores.-Son dos repliegues de piel, pequeños y delgados, sin vello, localizados entre los labios mayores y el introito, se unen en su parte anterior y posterior; la unión anterior origina el frenillo del clítoris.

Vestibulo.-Espacio comprendido entre los labios menores, recubierto por epitelio escamoso estratificado, contiene el orificio vaginal-introito., meato uretral, el himen o los rudimentos-carúnculas himeneales- y la desembocadura de las glándulas vestibulares que son de 2 tipos: las mayores o de Bartholini y las menores o de Skene se encuentran cerca del clítoris y alrededor del meato urinario.

Meato Urinario.-Orificio en forma de hendidura por el cual desemboca la uretra hacia el exterior. Recubierto por epitelio transicional.

Glandulas de Bartholini.-Son un par de glándulas, ubicadas en los labios menores y en la pared vaginal, desembocan en el introito. Su secreción lubrica la vulva y la parte externa de la vagina.

Himen.-Membrana anular que cubre parcialmente la entrada a la vagina, está formado por tejido fibroso y recubierto por epitelio estratificado plano. Cuando se rompen se les designa con el nombre de carúnculas himeneales.

Horquilla Vulvar.-Lugar donde se unen los labios mayores con los menores en la parte posterior de la vulva.

Perine.-Región comprendida entre la horquilla vulvar y el ano; está básicamente constituido por los músculos transversos del periné y el bulbocavernoso.

Organos Genitales Internos

Vagina.- Conducto virtual musculo-membranoso que se extiende de la vulva al útero ; se relaciona con la vejiga por su cara anterior y con recto por su cara posterior. Mide entre 8 y 10 cm de longitud, es muy distensible, tiene paredes rugosas.

Se inserta en el útero formando los fondos de saco anterior, posterior y laterales). Se sostiene mediante los ligamentos paracervicales y el músculo elevador del ano. Se encuentra conformada por epitelio estratificado plano, capa muscular y tejido conectivo.

Útero.- Órgano muscular, hueco, situado en la parte profunda de la pelvis, piriforme, está invertido y aplanado ligeramente su posición normal es en anteversoflexión; la cara anterior de este órgano se relaciona con la vejiga; la posterior con el recto; las laterales con los úteres, la inferior con la vagina la cual se inserta en su parte cervical, dejando una porción supravaginal y otra intravaginal. Mide de 7 a 8 cm de longitud, por 5 a 6 cm de ancho en la parte fúndica y 4 cm de espesor, se mantiene en su sitio gracias a los ligamentos de sostén, puede estar en anteversión, situación intermedia o retroversión.

Para estudiar al útero se divide en dos partes anatómicas:

-Cuerpo Uterino (parte superior) Formado por tres capas anatómicas:

Externa (serosa o peritoneo). Cubre todo el cuerpo excepto la parte antero inferior que se relaciona con la vejiga. Esta capa origina los ligamentos de sostén del útero.

Media (muscular o miometrio) es la capa más gruesa y resistente, mide entre 12 y 15mm de espesor; está formada por fibras musculares lisas mezcladas con tejido elástico.

Interna (Endometrio), esta capa reviste la cavidad uterina, presenta cambios cíclicos por efecto hormonal, al desprenderse, da lugar a la menstruación. El endometrio está recubierto por un epitelio columnar bajo que contiene gran cantidad de glándulas y vasos sanguíneos unidos por tejido conectivo.

-Cervix.- Presenta dos porciones anatómicas una extravaginal o endocérvix y una intravaginal o exocervix, que se sobresale aproximadamente 1 cm en la extremidad superior de la vagina.

Endocervix.- De forma cilíndrica, mide 3cm de longitud, comprendido entre el orificio interno y externo, revestido por epitelio cilíndrico alto, debajo del cual hay glándulas mucosas revestidas por el mismo epitelio.

Exocervix.-Porción externa revestida por epitelio estratificado plano, no presenta glándulas.

En la unión del endocérvix con el exocervix, el epitelio mucosecretor cambia bruscamente a epitelio pavimentoso, continuación del epitelio vaginal, sitio denominado unión escamocolumnar.

Trompas de Falopio.- Son dos conductos de 10 a 12 cm de longitud. Constituye una prolongación del cuerpo uterino, se dirigen lateralmente hacia fuera y adelante, recubierta por epitelio cilíndrico alto. Tienen movimientos peristálticos. Se dividen en tres partes anatómicas.

Intersticial o Intramural.- Es la parte más proximal al útero y hace contacto con la cavidad uterina.

Istmica.-Parte intermedia de grosor constante.

Ampular.- Parte distal que se ensancha progresivamente y se abre en el pabellón.

Las trompas de Falopio tienen un conducto de 1 a 2mm de diámetro en sus porciones ístmica e intramural, continuación de la cavidad uterina, recubiertas por epitelio cilíndrico alto.

-Ovarios.- Son dos órganos ovoides aplanados, sólidos y blanquecinos, cada uno de los cuales mide 3,5cm de largo, 2cm de ancho y 1.5 cm de espesor, localizados en la cavidad pélvica.

Los ovarios tienen una parte central o médula y otra externa o corteza; la primera constituida por tejido conectivo laxo, vasos sanguíneos, linfáticos y nervios, la segunda, contiene los diferentes tipos de folículos, su irrigación proviene de la arteria ovárica, rama de la arteria uterina.

Histología y Citología de la Vagina y Exocervix

Se puede observar en el epitelio que recubre estos órganos cuatro capas histológicas:

Capa basal profunda: Compuesta por una sola hilera de células que en citología se denominan células basales. La célula basal actúa a manera de célula de reserva.

Capa basal Externa: Constituida por células redondeadas o ligeramente poligonales; en esta capa se encuentran las células parabasales, encargadas de la renovación real del epitelio

Capa Intermedia: Formada por células de mayor tamaño, en ella se encuentran las células intermedias.

Capa Superficial: Formada por células que reciben este nombre, representa el estado final de la diferenciación y maduración del epitelio que recubre el exocervix y la vagina.

Es así como en los extendidos citológicos se distinguen esencialmente cuatro grupos de células descamadas del epitelio vaginal basales, parabasales, intermedias y superficiales.

Las diferencias entre estas células corresponden a distintos grados de maduración del epitelio plano. El proceso de maduración del epitelio estratificado plano, está caracterizado por un aumento en el tamaño del citoplasma y una disminución en el tamaño del núcleo con cambios estructurales en su cromatina.
Histología y Citología del Endocervix.

La mucosa endocervical presenta un estroma y un epitelio monoestratificado cilíndrico alto. En el epitelio se pueden distinguir dos tipos de células, las secretoras y las ciliadas.
En los frotis citológicos las células cilíndricas pueden proceder de la mucosa del conducto cervical, de las glándulas endocervicales o de las zonas de ectopia del epitelio cilíndrico en el exocervix.
Puesto que el epitelio cilíndrico de la mucosa endocervical no se descama espontáneamente.

Solo se hallan células epiteliales glandulares en las tomas obtenidas mediante raspados suave con citocepillo.

Aspectos clínicos del cuello uterino

Parte del útero, orientado hacia la luz vaginal o hacia la pared anterior. Se hace visible en la vagina al colocar el espéculo e incluye una serie de áreas que son posibles de identificar adecuadamente.

El Exocervix, la parte visible del cuello cuando se ha colocado correctamente el espéculo vaginal, recubierto por epitelio estratificado plano.

El Endocervix, es quella parte que no puede ser observada sin algún artificio después de estar colocado el espéculo recubierto por epitelio cilíndrico alto, comprendido entre el orificio externo e interno.

Se conoce como orificio externo cilíndrico del cuello, aquella parte más allá de la cual deja de verse la mucosa, es diferente del orificio externo anatómico, sitio a partir del cual empiezan a separarse las dos paredes cervicales anterior y posterior. El orificio interno comunica con la cavidad uterina.

En mujeres nulíparas el cuello tiene aspecto de cono de vértice truncado, en múltiparas es mas ancho y largo, puede tener depresiones y cicatrices. El cuello uterino es poco sensible, de consistencia más o menos dura, se mueve poco, se reblandece durante el embarazo y se endurece cuando hay fibromas, tejido cicatrizal, pólipos o lesiones malignas.

Citología Cervical para la detección de Cáncer Cérvico Uterino

La citología cervical es un estudio de tamiz para detectar de forma oportuna el cáncer cervicouterino, en donde se obtienen células del endocérvix y exocervix, colocándolas en un portaobjetos, fijando y con técnica de tinción de papanicolaou, y la observación al microscopio de la muestra para identificar los cambios o alteraciones en la morfología de las células. El hallazgo oportuno de las lesiones precursoras del cáncer mediante la citología cervical en los últimos años ha disminuido la mortalidad por cáncer invasor en entidades en los que se lleva a cabo el programa de detección oportuna.

De acuerdo al *Manual de Procedimientos para la Toma de la Muestra de Citología Cervical (6)* establece criterios homogéneos de los procedimientos para la toma de la muestra y menciona que se requiere cumplir con lo siguiente:

Material y Equipo

Hoja de Solicitud y reporte de resultados de citología cervical

Se deben registrar todos los datos consignados en la hoja de Solicitud y Reporte de Resultados de Citología Cervical, cuidando que la información sea clara y precisa, ya que parte de la información orientará al citotéclogo en la búsqueda intencionada de elementos que ayudarán a conformar el diagnóstico citológico, y el resto de la información facilitará el seguimiento de los casos, así como su registro en el sistema de información.

Portaobjetos

Es una laminilla rectangular de vidrio de 25 x 75 mm, con un espesor de 0.8 a 1.1 mm; con área esmerilada o sin ella en un tercio de la superficie de una de sus caras, en donde se anotan los datos de identificación de la usuaria y la fecha ; en el resto de la superficie, se deposita el material biológico en cantidad suficiente para su observación en fresco o posterior a la tinción; la laminilla debe manejarse siempre por los bordes, nunca por las caras.

Lápiz marcador

Es el utensilio con el cual se rotula la laminilla. Los hay de distinto material como son los de punta de diamante o tungsteno.

Puede utilizarse un lápiz de grafito del número 2 ó 2 ½ para rotular sobre el área esmerilada que posee algunas laminillas.

Espátula de Ayre Modificada

Es un instrumento alargado de 17.5cm, con dos diferentes extremos, uno en forma semiónica terminad en punta que permite la toma de la muestra del canal endocervical y la otra de forma bifurcada, para la toma de la muestra del exocervix.

Hisopo

Es un palillo de madera de 18cm de longitud aproximadamente, con uno de sus extremos cubiertos de algodón no absorbente, que por sus características físicas se utiliza para tomar muestras en mujeres climatéricas, premenopáusicas o postmenopáusicas y adolescentes, que mantiene integra las células sin producirles modificaciones.

Espejo Vaginal de Graves

Es un instrumento de dos valvas, una superior móvil y con otra inferior fija, cada una con su brazo correspondiente y un tornillo que permite la abertura e inmovilización de las valvas, y sirve para visualizar la cavidad vaginal y el cuello uterino. Existen diversos tamaños y seleccionará el más adecuado a la complejión de la mujer.

Guantes

Pueden ser de látex no desechable o de otros materiales desechables, para evitar contaminar el equipo y el contacto directo con la paciente.

Fijadores

- Alcohol Etilico 96%
- Citospray (alcohol base y sustancia cerosa)
- Alcoholes: metanol 100% propanol 80% e/o isopropanol 80%
- Otros aerosoles sin laca

Un fijador apropiado para el citodiagnóstico debe reunir las siguientes características:

Cubrir y penetrar la célula rápidamente, reducir la posibilidad de que la célula se contraiga, mantener la morfología íntegra, inactivar la autólisis enzimática, reemplazar la hidratación celular al portaobjetos, una de las tinciones subsecuentes de acuerdo al método usado, ser bactericida y conservar permanentemente las células.

El alcohol etílico (Etanol al 96%) es de acción rápida, no tóxico, confiable que produce mínimos cambios de encogimiento y endurecimiento celular.

El citospray es un fijador soluble en agua, compuesto por un alcohol como base y una sustancia cerosa que otorga una delgada protección celular. Cuando la muestra es recibida en el laboratorio este es removido y se completa la fijación en el proceso de tinción.

Para fijar la muestra se puede hacer introduciéndola directamente en un recipiente con tapa y alcohol de 96%, por 30 minutos como mínimo para su fijación total.

Es importante que la muestra se fije en un tiempo menor de 5 segundos posteriores al extendido, para evitar que se deshidrate y que se altere la morfología de las células.

Mesa de Exploración

Lo más conveniente es disponer de una mesa de exploración ginecológica con piñeras o taloneras, si no se cuenta con ella se podrá utilizar una mesa o cama, que permita una posición adecuada.

Fuente de Luz

Lámpara de chicote o linterna sorda que proporcione iluminación suficiente y permita una clara visualización de los genitales femeninos y del cuello uterino, que permita identificar posibles patologías y tomar una muestra citológica adecuada.

Mesa de Mayo

- Estructura de acero inoxidable

-Cubierta en plancha de acero inoxidable, con pestañas en bordes superiores y plegadas (sin cantos vivos)

-Cuatro ruedas de 0.3 doble giro, con banda de goma

-Dimensiones de bandeja 60cm x 70cm

-Tipos de estructura (alternativas)

a) Estructura cromada y bandeja de acero inoxidable

b) Estructura de acero inoxidable y bandeja de acero inoxidable

Toma de la Muestra

Preparativos para la toma

Atención y entrevista de la usuaria

Es conveniente atender a la usuaria en presencia de otra persona, siempre con cortesía y pleno respeto.

Se debe garantizar un espacio independiente donde la mujer se sienta cómoda, evitando la entrada y salida de personal.

Se le debe informar que el procedimiento es sencillo y que le puede ocasionar algunas molestias, especialmente al introducir el espejo, por lo que hay que explicar cada paso, dura sólo unos minutos y que no tiene riesgos, así mismo, habrá que realizar el interrogatorio, registrar la información en la Hoja de Solicitud y Reporte de Resultados de Citología Cervical con precisión y claridad siguiendo el instructivo para su llenado y mencionarle la importancia de acudir a la entrega de resultados y cumplir con las indicaciones médicas.

Preparación del material y equipo

Rotulado de la laminilla

Rotular antes de tomar la muestra, apoyándose en una superficie plana marcar firme t claramente en el tercio superior de la laminilla las iniciales de la usuaria fecha de toma y número de citología. Antes de extender la muestra, verificar que la laminilla este libre de polvo, grasa u otro material, aun cuando en ese momento se haya extraído de su caja; si es el caso limpiarla.

Colocación de la usuaria

Una vez preparada la usuaria pedirle suba a la mesa de exploración y auxiliarla para adoptar, la posición ginecológica.

En el caso de no disponer de este mueble, puede usarse una mesa o la cama. Recostar a la usuaria en la orilla, haciendo que flexione ambas piernas con las orillas y talones juntos, acercándolas a los glúteos y enseguida separa las rodillas para exponer la región genital. Usar un campo o sábana limpia para cubrirla de preferencia hasta las rodillas para exponer el área genital.

Colocación de los guantes

Colocarse los guantes en ambas manos y mantenerlos hasta retirar el espejo y evitar el exceso de talco, se deberá tomar la laminilla sólo por el tercio de la identificación y/o bordes de la laminilla

Valoración ginecológica exterior

Se inicia por inspección macroscópica como prolapso uterino, tumores, huellas de rascado, flujo, manchas discrómicas, lesiones exofíticas, etc, posteriormente anotar los datos observados en la hoja de solicitud y resultado de la citología cervical.

Colocación del espejo vaginal

Se debe evitar el empleo de lubricantes, aceites y jalea previa a la colocación del espejo ya que ocasiona que las células se cubran por una capa, lo que impide la interpretación citológica. De ocurrir la toma será clasificada como inadecuada. No olvidar seleccionar un tamaño adecuado a la complejión de la mujer.

Tomar el espejo estéril o desinfectado, colocarlo en la palma de la mano con las valvas cerradas, entre los dedos índice y medio. El cuerpo del espejo se sujeta con los dedos anular y meñique. Con los dedos índice y pulgar de la mano contraria, separa los labios menores y visualizar el vestíbulo vaginal.

Con las valvas cerradas, introducir suavemente el espejo formando un ángulo de 45 grados o en forma vertical 90 grados con relación al piso de la vagina. En este momento se pide a la usuaria que puje, avanzando a la vez el espejo hasta el tercio medio de la vagina. Girarlo presionando la palanca que abre la valva superior con el dedo pulgar de la mano que sostiene el espejo, para abrir las valvas introducirlo un poco más hasta localizar el cérvix sin lastimarlo.

En mujeres de mas de 50 años, o en mujeres que refieren dolor a la introducción se recomienda lubricas el espejo con solución fisiológica o agua para introducirlo con mayor facilidad y evitar daño.

Al observar el cuello uterino debe hecerse la búsqueda intencionada de lesiones como laceraciones o desagrros ocurridos en ell parto y algunas irregularidades provocadas por procesos patológicos; cuando presenta inflamación el cuello uterino se torna rojo y violáceo, despulido y sangra ocasionalmente con el roce del espejo vaginal en infecciones crónicas con edema; en la formación del cuello uterino y alargamiento en el prolapso acentuado. Es importante mencionar que antes de la toma de la muestra, no se debe realizar exploración por palpación de la vagina y cuello uterino.

En caso de existir secreción o sangre separala cuidando de no tocar el epitelio del cuello ya que de no hacerlo seria una muestra inadecuada.

Técnica para la toma de la muestra

Toma con la espátula de Ayre

La muestra del cuello uterino con la espátula de Ayre modificada se realiza tomando una muestra suficiente del endocérvix y otra del exocérvix.

Toma Exocervical

Deslizar la espátula de Ayre por el extremo bifurcado y colocarla en el orificio cervical. Girar a la derecha 360 grados haciendo una ligera presión para obtener muestra de todo el epitelio exocervical.

Prestar atención especial en recorrer el perímetro del orificio cervical cuando presenta forma irregular.

Retirar la espátula y volver a introducirla por el extremo semicónico para la toma del endocérvix.

Toma endocervical

Introducir la espátula por la parte de forma cónica en el orificio del canal cervical, hacer una ligera presión deslizándola y girando a la izquierda 360 grados. Extender en la laminilla la muestra y en menos de 5 segundos fijarlos en alcohol de 96%, manteniendo cerrado el recipiente.

Toma con cepillo endocervical o hisopo

La toma con cepillo endocervical o con hisopo de algodón no absorbente, esta indicada para tomar muestras en mujeres en periodo de climaterio, premenopáusica o postmenopausica, adolescente sin eversión glandular o pacientes en seguimiento postratamiento. Se introduce el cepillo o hisopo con suavidad en el orificio cervical realizando un giro a la derecha y se retira para extendido.

Técnica de extendido muestra endocervical

El extendido de la muestra obtenida de forma correcta es fundamental para alcanzar la máxima eficacia de la citología cervical.

Exocervix y Endocervix

Tomar la muestra endocervical y extenderla en la laminilla portaobjetos de manera longitudinal de forma continua, delgada y uniforme, después de tomar la muestra del exocervix invertir la espátula y tomar la muestra de exocervix invertir la espátula y tomar del endocérvix e inmediatamente extender respectivamente las 2 muestras.

El extendido con el cepillo endocervical o con el hisopo habitualmente se realiza en forma lineal, apoyando estos instrumentos sobre la laminilla en la porción cercana al rotulado y con un movimiento de rodamiento deslizarlo sobre la superficie de forma amplia y uniforme hasta aproximarse al extremo de la laminilla.

Técnica para la fijación

Se han realizado estudios que indican que la inmersión de la muestra citológica cervical en alcohol de 96 grados en los primeros 5 segundos posteriores a la toma, permite que se conserve en condiciones

adecuadas para los procesos de tinción y lectura.

Para la fijación de la muestra en alcohol se requiere de un recipiente ex profeso, este podrá ser un vaso de Coplin. Siendo este de polipropileno con tapa de rosca, su base es ancha o que permite soporte y estabilidad.

La infraestructura de servicios para el tamizaje y diagnóstico de cáncer de cuello uterino se ha ampliado durante los últimos años. Los esfuerzos por brindar mejor atención a las mujeres para la detección oportuna de tal neoplasia se han ampliado a una estructura más heterogénea, con mayor presencia de clínicas de colposcopías, laboratorios de citología, patología y de biología molecular. Durante los últimos años, los recursos humanos para la detección y diagnóstico oportuno del cáncer de cuello uterino han crecido. En Sector Salud cuenta con 513 colposcopistas, 867 citotecnólogos, 212 patólogos y 42 citólogos (incluyendo citopatólogos). Estos no se distribuyen equitativamente entre sus instituciones, ya que responden a las necesidades específicas de las clínicas y tipos de laboratorios implementados. Las dos instituciones más importantes, definidas por el volumen de la población atendida SSA e IMSS (incluyendo al Programa Oportunidades), registran las mayores concentraciones de recursos humanos...(7)

Infección del Virus del Papiloma Humano

La infección por el virus del virus de papiloma humano (VPH) se considera una de las infecciones de transmisión sexual de alta prevalencia ya que hasta un 70 % de las mujeres que tienen vida sexual activa se infectan por lo menos una vez en la vida. (1)

La infección por ciertos tipos de VPH se reconoce como un factor necesario para el desarrollo de cáncer cervicouterino (2)

Los virus de esta familia establecen infecciones productivas en el epitelio estratificado de la piel y mucosas. La gran mayoría no ocasionan alguna sintomatología en un gran porcentaje de las personas infectadas.

Algunos genotipos pueden producir infecciones subclínicas, que pueden dar lugar en mujeres a cáncer cervical, vulvar, vagina y ano, en el hombre, cáncer de pene y ano (3)

Su transmisión es por contacto directo piel con piel o mucosa a mucosa. La vía sexual es la vía primaria de transmisión ano genital (4)

Virus papiloma Humano

El VPH es un DNA virus (papovaviridae) invasor de las células basales del epitelio. Su tamaño es aproximadamente 55nm de diámetro, con capsida icosaédrica compuesta de 72 capsómeros. Presenta un genoma de ADN de doble cadena circular de 7800 a 7900 pares de bases (3)

Se han identificado al menos 200 genotipos del VPH y 30 de estos son los causales especialmente de infecciones anogenitales.

Los genotipos suelen dividirse en alto y bajo riesgo dependiendo el grado de malignidad.

Alto riesgo: 16,18,31,33,35, 39,45,51, 52,56,58,59,67,68,73,82

Probablemente carcinogénicos: 36, 53,66

Bajo riesgo: 6,11,40,42,43,44,54,55,57,61,62,64,69,70,71,72,81,83,84 y CP6108 (9.16) ...(5)

Patogenia

Presenta un periodo de incubación después de que es colonizado el epitelio diana que puede variar desde los 2 a 3 meses o incluso hasta los 15 a 20 años. Pero el virus puede estar en estado de latencia durante 20 años.

Generalmente la infección cervical por VPH es de condición benigna, únicamente menos del 5% de las mujeres infectadas llegan a desarrollar lesiones premalignas.

Factores de Riesgo:(1)

- Nueva pareja sexual
- Historia de neoplasia por HPV
- Bajo nivel socioeconómico x que no tienen acceso a los sistemas de salud
- Pobre estado nutricional.
- Número de compañeros sexuales y su vez el número de parejas sexuales que este tenga.
- Primer coito a edad temprana: debido a la inmadurez del tracto genital y de la zona de transformación del cérvix
- Enfermedad de transmisión sexual primaria.
- Inmunosupresión
- Tabaquismo .por que produce metabolitos carcinogénicos que generan anomalías celulares, disminución de la inmunidad e incremento de la displasia.
- Anticonceptivos orales
- El uso de contracepción inadecuada.
- Etnia negra, tienen niveles más altos de infecciones con VPH a comparación de otras etnias.

Transmisión

Vía Sexual: No es necesaria la penetración para la transmisión del VPH. Ocurren las infecciones por VPH orales y digitales y hay evidencia de que se transmite por el contacto digital-genital y genital-oral en proporciones más bajas. (3)

Infección Inicial por VPH y Prevalencia de VPH

La mayoría de las mujeres se infectan varios años de iniciar su actividad sexual. En el artículo de la Historia se menciona que en un estudio prospectivo que se realizó en estudiantes universitarias sexualmente activas encontraron que dentro de los 12 meses de haber iniciado las relaciones sexuales 30% se hizo VPH positiva; dentro de los 48 meses 54% fue VPH positiva.

Mientras que ocurre una replicación activa del VPH las mujeres con infecciones transitorias desarrollan anomalías citológicas. Debido a que las infecciones productivas del VPH producen anomalías citológicas en las células epiteliales infectadas. Estas células son encontradas en 1/3 de las mujeres infectadas y resultan con el diagnóstico ya sea Lesión intraepitelial de Bajo Grado o Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado. Dándole seguimiento, las anomalías citológicas continuaran siendo detectadas aproximadamente durante 1 a 2 años, a los 4 años el riesgo de tener una citología

anormal es muy similar a aquellas mujeres de la población general. (5)

El VPH es un factor necesario para desarrollar cáncer cervicouterino, la historia natural implica la progresión gradual por etapas intraepiteliales preinvasoras:

Neoplasias intraepiteliales (NIC) I,II,III. La clasificación de la NIC en grados va en proporción del espesor epitelial que presenta células maduras y diferenciadas, siendo mayor proporción del espesor epitelial con células indiferenciadas en NICII y III(4)

Según varios estudios la NIC I regresa cerca del 70% de los casos, en cuanto la NIC III tiene una tasa de progresión a carcinoma invasor de hasta 70%, con una tasa de regresión de 32%. La NIC II tiene una tasa de progresión a cáncer in situ de 25%. Debido a este comportamiento evolutivo, se considera la NIC I como de bajo riesgo y las NIC II y III como de alto grado(2)

Epidemiología

La Organización Mundial de la Salud en el 2001 calculo alrededor de 630 millones de personas en todo el mundo con infección por VPH. En la actualidad hay 310 millones de mujeres contagiadas con este virus; de estas 56 millones han desarrollado algún tipo de cáncer cervico uterino.

Aproximadamente 20 millones de estadounidenses están infectadas por VPH, entre estos 9.2 millones de adolescentes y adultos jóvenes de 15 a 24 años. Y 10.8 de adultos con vida sexual activa. 6 millones contraen anualmente la infección por primera vez.

La prevalencia del VPH en Latinoamérica y el Caribe es 30% en mujeres de 15 a 24 años y 20% en hombres. (3)

El cáncer cervicouterino ocupa el segundo lugar en México entre las neoplasias en la mujer y representa uno de los principales problemas de salud pública, con una incidencia de 15.5% y mortalidad de 12.8%. En el 2008, 10,186 mujeres mexicanas desarrollaron cáncer de cuello uterino y 5,061 fallecieron a causa de este.

En el interior del país se observa que la población norte es menos afectada, con tasas de 5.3 a 7.9%, en la región central con tasas de 10.8-12.6 y el sur con tasas de 15.4-17.53.(5)

El Decreto Ejecutivo N° 33119-S, del 7 de julio del 2006 de Costa Rica establece un tiempo máximo para la realización de la colposcopia, según el tipo de lesión. Específicamente los plazos establecidos son:

-Toda usuaria con lesiones sugestivas de presencia de VPH, ASCUS, AGUS, LIEBG persistente debe efectuársele la primera colposcopia antes de noventa (90) días.

-Toda usuaria con LIEAG debe efectuársele la primera colposcopia antes de treinta (30) días.

-Toda usuaria con lesiones invasoras debe efectuársele la primera colposcopia antes de ocho (8) días.

- Toda usuaria con lesión clínica sospechosa de cáncer en cérvix debe efectuársele la primera colposcopia antes de treinta (30) días.

Lo anterior es importante, porque la atención de la patología cervical inicia desde que la usuaria se realiza el PAP, y puede haber tiempos de espera indeterminados que retrasan la atención oportuna del cáncer cervicouterino.....(8)

Para un óptimo funcionamiento del programa se debe de contar con un sistema de referencia y contrarreferencia de las unidades de primer nivel de atención a las clínicas de displasias, centros oncológicos u hospitales de segundo nivel de atención, que

asegure el manejo y vigilancia de las mujeres con diagnóstico de papanicolaou anormal, virus del papiloma humano, displasias y cáncer.

Para poder llevar a cabo el seguimiento de los casos, el coordinador o responsable del programa tiene que informar prioritariamente a las unidades de salud los resultados de las citologías positivas a células malignas o con alguna anomalía, y coordinarse con las clínicas de displasias las citas para una atención inmediata.

Los trabajadores de la salud del primer nivel de atención deben localizar a las mujeres con citología anormal, para citarlas a la unidad de salud e informar de los resultados de dicho estudio, para citarlas en la clínica de displasias.

Para garantizar el tratamiento de los casos de VPH, displasias y cáncer in situ es indispensable contar con la instalación y perfecto funcionamiento de las clínicas de displasias en Instituciones regionales o generales que cuenten con un área de influencia mayor a trescientos mil habitantes. Estas unidades deberán poseer los recursos humanos suficientes y permanentes así como los equipos necesarios, incluyendo de equipo de cómputo, para una atención y seguimiento con calidad técnica y humana.

Las clínicas de displasias se ocuparán de atender a todas las pacientes referidas de primer y segundo nivel de atención que cuenten con un diagnóstico citológico de VPH, displasias o cáncer in situ. En estas clínicas, previa colposcopia, deberá realizarse el estudio histopatológico para confirmar el diagnóstico.

Teniendo confirmado el diagnóstico en los laboratorios de patología se asignará el tratamiento apropiado según sea el caso, tomando en cuenta la edad, y la paridad de la paciente, la extensión de la lesión y la presencia de otra enfermedad. El manejo se realizará con uno de los siguientes procedimientos conservadores: criocirugía, electrocirugía, terapia láser o conización quirúrgica terapéutica.

En caso de que el diagnóstico sea un cáncer uterino microinvasor, el manejo recomendado será la histerectomía en un alto porcentaje de los casos, en algunas pacientes puede plantearse la biopsia profunda en cono con probabilidad terapéutica y estricto control colposcópico.

El cáncer cérvico uterino invasor requiere estudios y manejo especializado, es necesario que la paciente se refiera a servicio de oncología. El tratamiento puede ser por medio de radioterapia o histerectomía radical con linfadenectomía pélvica.

Situación Demográfica

De acuerdo al Consejo Nacional de Población (CONAPO) en México la población de mujeres de 25 años y más ascendió a cerca de 23.9 millones y llegará a los 38.8 millones en el 2020. El Programa de Acción para la Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino tiene el objetivo de la detección oportuna, enfocadas en

el grupo de mujeres de 25 a 64 años de edad.

La tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino, mostro una tendencia descendente de 25.0 por 100 000 mujeres de 25 años y más en 1990, a 19.3 en el año 2000. El número de defunciones por esta causa muestra una tendencia a la alza, en el año 2000 hubo 4 601 muertes (87.7% más que en el año 1990).

El fallecimiento de una mujer provoca deterioro en la integración y dinámica familiar. En términos sociales, el impacto representa una enorme pérdida de años de vida reproductiva que favorece al deterioro económico del país y a la ruptura de su unidad social.

El costo institucional que representa la atención de esta patología está determinado por la oportunidad en su detección y prevención, el cual disminuye significativamente entre más pronto sea la intervención. Del total de muertes por cáncer cérvico uterino registradas en el año 2000, 40.91% correspondieron a mujeres sin seguridad social, 42.62% derechohabientes del IMSS y 6.95% derechohabientes del ISSSTE.

Si el examen citológico se realizara cada 3 años, se obtendría un nivel de cobertura satisfactorio. Se debe insistir en poner vital atención a la detección en los grupos de edad con mayor riesgo (45 a 64 años) y en las mujeres que nunca se han hecho una citología, ya que en estos grupos se presentan el mayor número de defunciones.

De los estudios citológicos que se realizaron en el 2000 en Sector Salud, de las 125 950 muestras tenían alguna alteración, de las cuales 61% fueron displasias leves, 18.4% displasias moderadas, 8,64% displasias graves, 6,5% cáncer in situ y 5,47% correspondieron a cáncer invasor.

3.-Antecedentes científicos.

En el artículo “Análisis de los tiempos de espera de las mujeres con citología cervicovaginal alterada para realizarse la colposcopia en el segundo nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el 2015. (8) Se reviso el tiempo de espera en cada etapa que ocurre desde la toma de la citología hasta que la usuaria finalmente se realiza la colposcopia, se tiene que el tiempo máximo de espera de las usuarias es muy variable, ya que va desde 50 días entre la fecha de realización del PAP y el reporte, hasta 160 días, que es el tiempo que va entre la emisión de la referencia hasta que esta se recibe.

En el caso del tiempo que transcurre entre la recepción de la referencia y la ejecución de la colposcopia, el tiempo máximo es de 149 días. Sin embargo, si se analizan los días promedio de los casos, se observa que son tiempos muy cortos, siendo donde hay más demora en el periodo entre el reporte del PAP y la recepción de este en el área de salud

Al desglosar los tiempos de espera de cada etapa del proceso de la atención de la patología cervical, se obtienen los siguientes resultados:

-Tiempo entre la realización del PAP y el reporte de este: el 12% de los casos tienen el reporte en un lapso menor a ocho días; el 83% de los casos se reporta en menos de 30 días; y el 5% de los casos tienen el resultado antes de 90 días.

-Tiempo que transcurre entre el reporte del PAP y la recepción de este en el área de salud: un 24% de los casos recibe la citología en menos de ocho días; un 65% antes de 30 días; mientras que un 10% lo recibe antes de 90 días. Hay un 2% de los casos que se demora más de 90 días.

-Tiempo entre la fecha de recepción en el área de salud de la citología alterada y la emisión de la referencia: se encuentra que en el 93% de los casos la referencia se realiza en un rango menor a ocho días; en el 6% antes de 30 días; y solamente un 1% en un rango menor a 90 días.

-Tiempo entre la emisión de la referencia y la recepción de esta en el segundo nivel ambulatorio: la referencia se emite en el primer nivel de atención y debe ser llevada por la usuaria al segundo nivel ambulatorio. En este caso, un 94% de las referencias se reciben en el segundo nivel en un tiempo menor a ocho días; un 4% antes de 30 días; y solamente un 1% en un tiempo antes de 90 días. Además, un 1% sobrepasa los 90 días.

-Tiempo transcurrido desde la recepción de la referencia en el segundo nivel hasta la ejecución de la colposcopia: un 29% se realiza en un periodo de ocho días; un 38% en menos de 30 días; un 28% en un tiempo de hasta 90 días; y solo un 4% con un tiempo mayor a 90 días.

Al unir todas estas etapas, se tiene un tiempo de espera completo, que abarca desde que la usuaria se realiza la citología vaginal, hasta la ejecución de la colposcopia. En este punto, se encuentra que para los casos del estudio, el tiempo mínimo de espera es de 20 días y el tiempo máximo de 332 días, con un promedio de 73 días

4.- PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

La prevención primaria es el pilar de los servicios de salud, en las acciones que corresponden a la prevención del cáncer cervicouterino se promueve insistentemente en las derechohabientes la toma de la citología cervical en forma temprana, lo cual es solo el primer paso para lograr una detección oportuna de cáncer, ya que se requiere asegurar el adecuado seguimiento de los reportes sospechosos en tiempo y forma de acuerdo a lo que marca la GPC, por lo que se propone realizar un análisis de los reportes obtenidos durante el año 2016 en la UMF 94 para determinar la buena práctica clínica en el primer nivel de atención de ese año. Los pasos inmediatos por seguir son la localización de la derechohabiente y la referencia a segundo nivel de atención en forma oportuna. Integrar tanto los reportes de displasia como los que indican probable infección por virus del papiloma humano por ser factor predisponente.

El Médico familiar es responsable de la atención en primer nivel y generalmente de primer contacto, siendo resolutivo en más del 80% de la demanda asistencia, sin embargo el seguimiento de los reportes anormales, implica el trabajo en conjunto del equipo de salud, la atención de la patología cervical inicia desde que la paciente se realiza el PAP, y puede haber tiempos de espera indeterminados que retrasan la atención oportuna del cáncer cervicouterino.

Hasta ahora no existe un registro donde se determine el tiempo que hay desde que la paciente usuaria se hace el papanicolaou, hasta la realización de la colposcopia, en el caso de citologías alteradas.

5.- Pregunta de Investigación.

¿Cuál es la temporalidad de referencia de los reportes anormales de citología cervicovaginal?

6.- Objetivos

General:

Determinar la temporalidad de referencia de los reportes anormales de citología cervicovaginal.

Específicos:

- Identificar los tipos de reportes anormales de citología cervicovaginal.
- Establecer el tipo de temporalidad de referencia de los reportes anormales de citología cervicovaginal.
- Conocer el tipo de actuación de los servicios de salud de primer nivel de atención con lo normado en las guías de práctica clínica

2. Espectativa Empírica

- o La temporalidad de referencia es oportuna en el 80% de los reportes anormales de citología cervicovaginal.

3. Especificación de variables.**Variables de estudio:**

- o Temporalidad de referencia de reportes sospechosos

Variables universales:

1. Edad.
2. Menopausia

4. Diseño de estudio:

Estudio observacional, descriptivo, transversal y ambilectivo.

5. Universo de trabajo:

Reportes de citología vaginal

a. Población:

Reportes de citología vaginal del IMSS.

b. Muestra:

Reportes anormales de citología vaginal del IMSS de la UMF No. 94.

c. Criterios para seleccionar la muestra en el estudio:

Serán seleccionados como muestra todos los reportes sospechosos de citología cervicovaginal de pacientes de la UMF 94 que acudan de forma espontanea, por voluntad propia o por previa cita, en el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2016.

d. Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

Reporte de citología cervicovaginal demostrado en el expediente electrónico pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar 94 y que se demuestre dicho reporte.

Criterios de no inclusión:

Reportes que tengan alguna patología cervical anteriormente diagnosticada.

Criterios de exclusión:

Baja por cambio de adscripción.

6. Descripción del programa de trabajo:

Primer año:

1. Se recibió capacitación en investigación y estadística, al cursar el seminario de investigación.
2. Se llevó a cabo la búsqueda intencionada y selección de fundamento teórico científico.
3. Se realizó el proyecto conforme a los requisitos marcados por la sede formadora y su Comité Local de Investigación.
4. Se recibió asesoría programada con Director y asesor de tesis, para ostentar la presentación ante comité
5. Se presentó el anteproyecto al Comité Local de Investigación, para aprobación y realización en el siguiente ciclo académico.

Segundo año:

1. Se aprobó el proyecto por el Comité Local de Investigación y previa información a los jefes de departamento clínico y coordinador de asistentes del inicio del trabajo de campo en la UMF 94.
2. Se desarrollo el formato de registro como instrumento de evaluación.
3. Se registró y recolecto los datos en formatos pre-establecidos.
4. El vaciado de la información se realizó en hoja de cálculo ex profeso.

Tercer año:

1. El análisis estadístico de resultados.
2. Elaboración del informe final (análisis de resultados, conclusiones y sugerencias).
3. Presentación ante el Comité Local de Investigación como trabajo terminado.
4. Se elaboró el escrito médico.

7. Difusión del estudio.

Dentro de la Unidad de Medicina Familiar: Se llevará a cabo por medio de presentación del trabajo de tesis en la Sesión General, jornadas médicas y la exhibición en cartel. Extramuros a la unidad médica se buscará la publicación en una revista indexada y relacionada con la especialidad.

8. Consideraciones éticas.

La investigación se desarrolló atendiendo a los principios éticos, establecidos en la Declaración de Helsinki, la normatividad de la Ley General de Salud y Estatutos del IMSS en materia de investigación, los cuales se resumen en:

1. Respeto a las personas. Ya que todos los individuos deben ser tratados como personas autónomas, por lo que aunque los participantes se les informara en forma precisa y suficiente sobre lo que trata el proyecto, favoreciendo con ello su participación libre y sin coerción.
2. Beneficencia. Ya que el objetivoofreciéndoles la posibilidad de manejo ...
3. Justicia. En donde todos tienen el mismo derecho de participar y como una medida de continuidad en su derecho asistencial.

9. Resultados.

Se obtuvieron 1059 reportes de citología vaginal

22 reportes fueron anormales (2%).

75 reportes demostraron Infección vaginal (7%)

962 reportes Negativos (91%)

Con respecto a la edad reproductiva, El 52% de los reportes con NIC estuvo dentro del grupo en edad

reproductiva, mientras que el 48 % se trató de pacientes menopaúsicas.

De acuerdo a los reportes de citología vaginal de nuestra población en estudio:

El 91% correspondió a resultado negativo con proceso inflamatorio

El 7 % presento microorganismos patógenos y finalmente el 2% representado por nuestro objeto de estudio, la neoplasia intraepitelial cervical .

Población UMF 94 en estudio

Negativo con proceso inflamatorio	91%
Neoplasia intraepitelial cervical	2%
Infecciones: Gardnerella, Tricomona, Candida	7%

De los reportes identificados como neoplasia intraepitelial cervical (NIC) 97% fueron lesiones de bajo grado (NIC I), 3% fueron de lesiones de alto grado (NIC II-III)

La temporalidad de referencia que se encontró es la siguiente: 77% fue referido antes de los 90 días, 23% fue referido después de los 90 días.

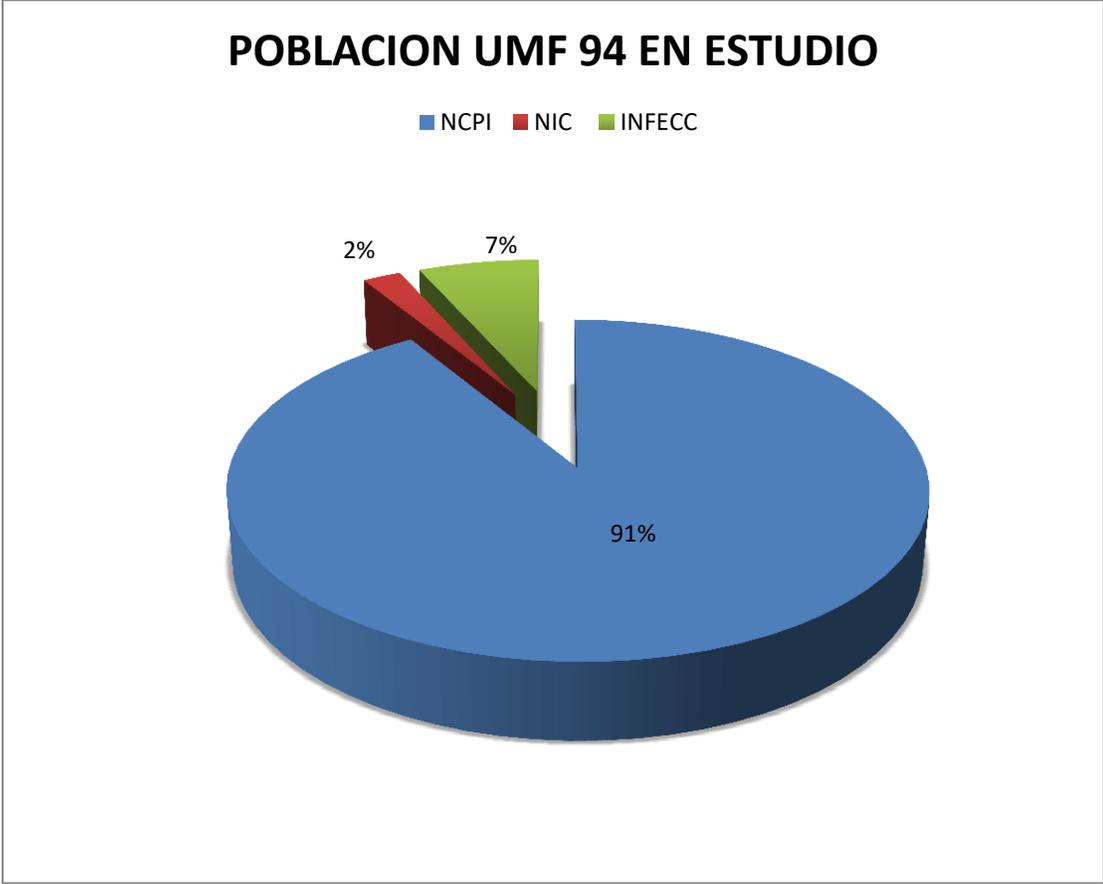
En relación a la temporalidad de referencia, se encontró: Tiempo mínimo 21 días, Tiempo máximo 152 días, Tiempo promedio 68 días.

Temporalidad de referencia (días)

Días promedio de referencia
Días mínimos de referencia
Días máximos de referencia

10. Análisis de resultados

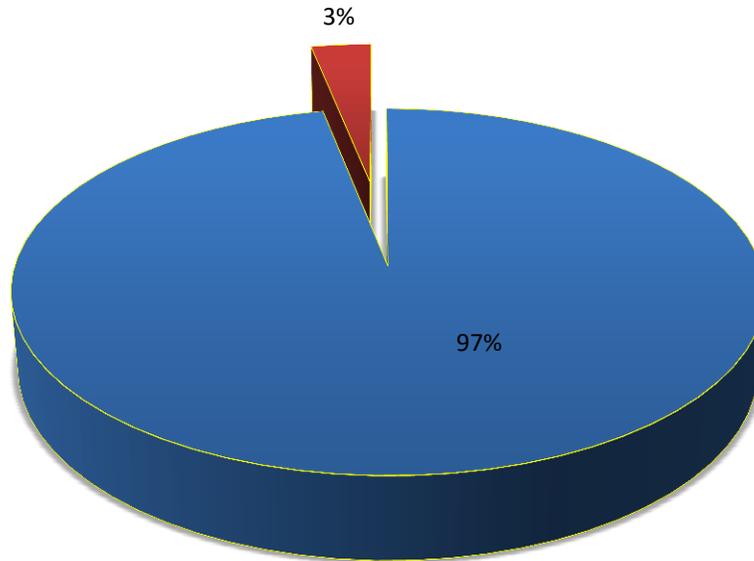
De acuerdo a los reportes de citología vaginal de nuestra población en estudio:
El 91% correspondió a resultado negativo con proceso inflamatorio
El 7 % presento microorganismos patógenos y finalmente el 2% representado por nuestro objeto de estudio, la neoplasia intraepitelial cervical .



NCPI: NEGATIVO CON PROCESO INFLAMATORIO
NIC : NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL
INFECCIONES: ORGANISMOS, GARDENELLA/TRICOMONA/CANDIDA

REPORTE CITOLÓGICO/NEOPLASIAS

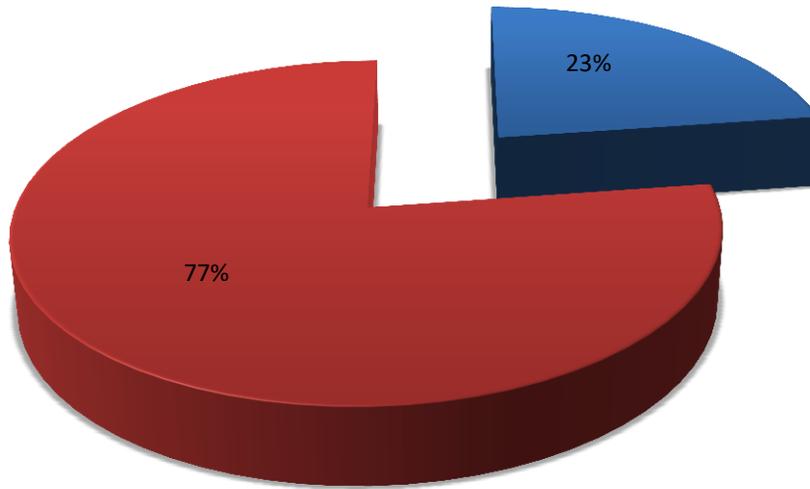
■ NIC I ■ NIC II-III



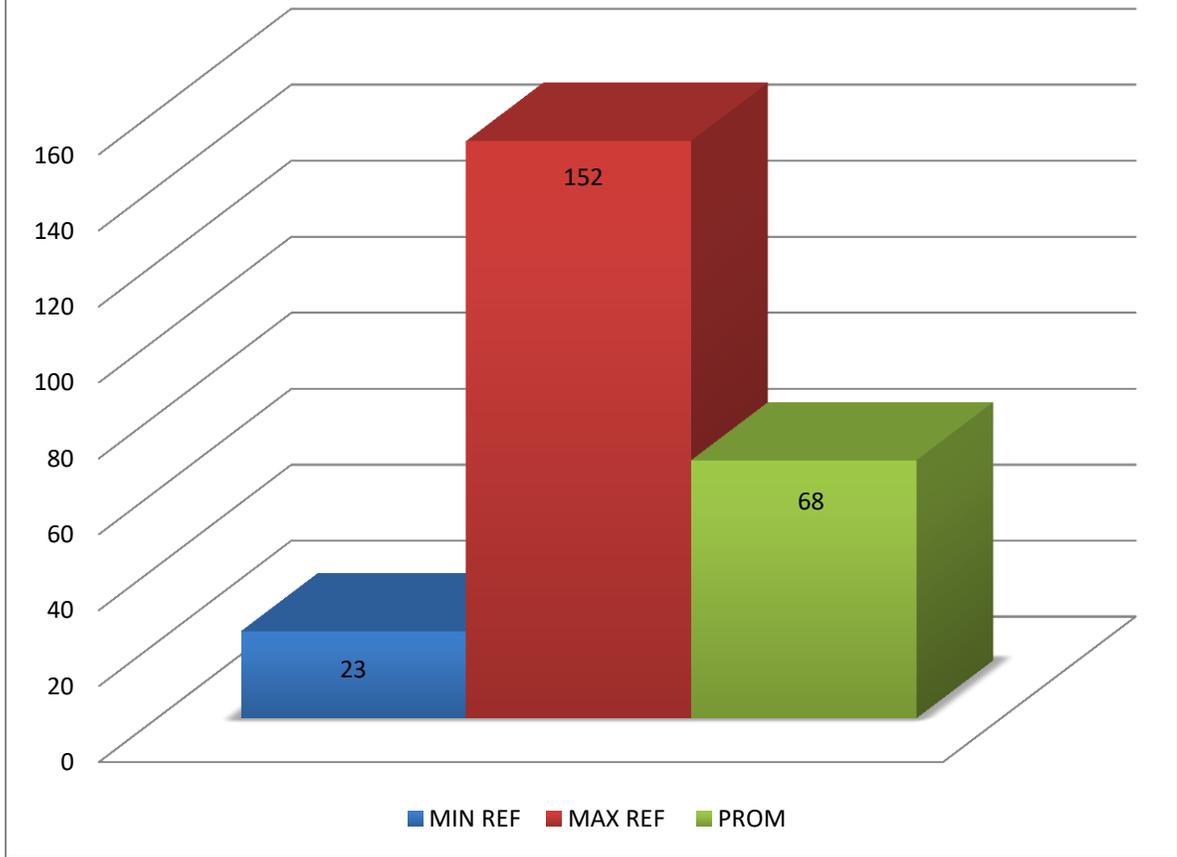
NIC I : NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL BAJO GRADO
NIC II-III: NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL ALTO GRADO

TEMPORALIDAD DE REFERENCIA (%)

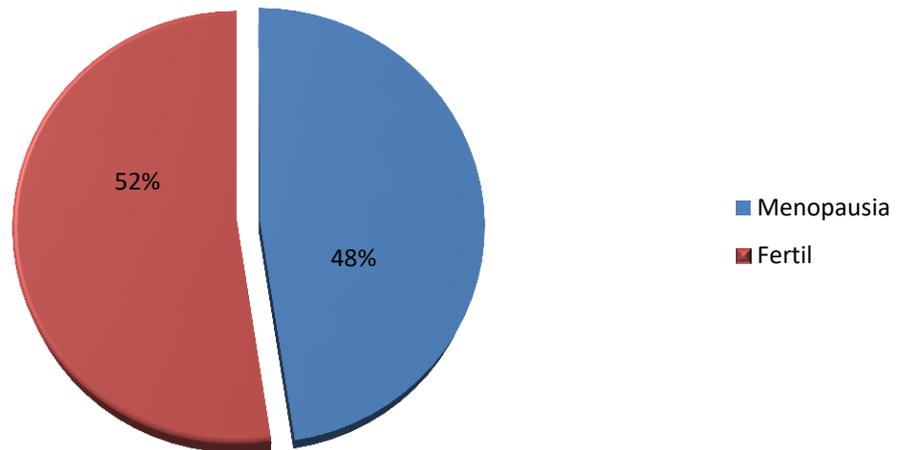
■ X>90 DdD ■ X<90 SdD



TEMPORALIDAD DE REFERENCIA (DIAS)



DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL NIC Y MENOPAUSIA



- o De acuerdo a los reportes de citología vaginal de nuestra población en estudio:
- o El 91% correspondió a resultado negativo con proceso inflamatorio
- o El 7 % presento microorganismos patógenos y finalmente el 2% representado por nuestro objeto de estudio, la neoplasia intraepitelial cervical .

- o De los reportes identificados como neoplasia 97% fueron lesiones de bajo grado (NIC I) intraepitelial cervical (NIC)
- o 3% fueron de lesiones de alto grado (NIC II-III)

La temporalidad de referencia que se encontró es la siguiente:

- o 77% fue referido antes de los 90 días
- o 23% fue referido después de los 90 días

En relación a la temporalidad de referencia, se encontró:

- o Tiempo mínimo 21 días.
 - o Tiempo máximo 152 días
 - o Tiempo promedio 68 días.
-
- o Con respecto a la edad reproductiva, El 52% de los reportes con NIC estuvo dentro del grupo en edad reproductiva, mientras que el 48 % se trato de pacientes menopaúsicas.

11. Conclusiones.

De acuerdo a la bibliografía consultada se recomienda que al identificar una lesión intraepitelial de bajo grado se refiera dentro de los primeros 90 días* y las lesiones de alto grado sean referidas los primeros 42 días*, el promedio de referencia en días en la UMF 94 fue de 68 y el 77% se refirió en tiempo para el caso de NIC-I.

- o No se cumple la expectativa empírica del 80%
- o De acuerdo a nuestros resultados, falta que se de referencia oportuna a las pacientes con diagnostico de NIC en nuestra Unidad de Medicina Familiar.

o 12.- Sugerencias.

Es importante que en México exista una cláusula donde especifique los días recomendados para referir a las pacientes a segundo nivel, de acuerdo a la población mexicana, ya que no existe en la Norma Oficial Mexicana, ni en la Guía de Practica Clínica para Cáncer Cervico Uterino.

13.-Bibliografía.

1. JR Canche, J Canul, R Suárez, Infección por el Virus del Papiloma Humano en mujeres recluidas en Centros de Readaptación Social en el sureste de México, Rev Esp Sanid Penit 2011; 13: 84-90
- 2.- E. Mora Perdomo*, L. Perdomo Soret, Infección por VPH en niñas sin contacto sexual, Rev Obstet Ginecol Venez 2013;73(2):108-115
- 3.- Z. Valdés, Adrian; F Calzada, R Alfredo, La pandemia subvalorada del siglo XXI: el virus del papiloma humano. Su repercusión en la patogenia del cáncer cervicouterino; Revista CENIC Ciencias Biológicas, Vol. 44, No. 2, mayo-agosto, 2013.
- 4.- Cáncer Cervicouterino; Oncología Guías Diagnósticas 2013; Hospital General de México.
- 5.- A Alfaro Castro, M Fournier Pérez Virus Del Papiloma Humano; REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXX (606) 211-217, 2013
- 6.- Manual de Procedimientos para la Toma de la Muestra de Citología Cervical.Secretaria de Salud 2006
- 7.-Prevención y Control del Cáncer en la mujer 201-2018; Programa Sectorial de Salud.
- 8.- Dra Chavez Pérez Análisis de los Tiempos de Espera De las Mujeres con Ctitologia Cervicovaginal Alterada para Realizarse La Colposcopia en el Segundo Nivel de Atención de la Caja Costarricense de Seguro Social en el año 2015, Caja Costarricense de Seguro Social.

ANEXOS

VARIABLES UNIVERSALES

Nombre de la variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Categorización
Edad	Periodo cronológico de vida extrauterina contado a partir del nacimiento hasta la actualidad.	Periodo de vida desde el nacimiento hasta la fecha referida por el tutor responsable del menor.	Cuantitativa	De intervalo	
Escolaridad					
Ocupación					
Inicio de Vida Sexual Activa					
Conocimientos sobre la infección del VPH					
Tabaquismo					
Método de Planificación					

