

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

HOSPITAL GENERAL DE ZONA II No.1

" C A N C E R C E R V I C O U T E R I N O  
S U E V O L U C I O N C L I N I C O Y  
P A T O L O G I C A "

T E S I S D E P O S T G R A D O E N  
M E D I C I N A F A M I L I A R .

D R . A L F R E D O B A S T I D A S V E L A R D E

MEXICALI B.C.

ENERO 1985



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

*Fernando Chon*

DIRECTOR DE TESIS:  
DR. FERNANDO CHON DAVALOS  
ASESOR DE TESIS:  
DR. M. A. PERAZA TINEO

*[Signature]*  
DELEGACION REGIONAL EN  
Baja CALIFORNIA NOROCCIDENTAL



ENSEÑANZA  
E INVESTIGACION  
H. G. Z. II No. 1  
MEXICALI, B. C.

## I N D I C E

INTRODUCCION.....	1
JUSTIFICACION.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	5
HIPOTESIS.....:	7
MATERIAL Y METODOS.....	8
RESULTADOS.....	9
COMENTARIO.....	20
RESUMEN.....	23
CONCLUSIONES.....	24
SUGERENCIAS.....	25
BIBLIOGRAFIA.....	26

## I N T R O D U C C I O N

La detección es la pesquisa, la indagación que se hace en personas asintomáticas de la existencia de, algunas enfermedades, en este caso del cáncer.

El diagnóstico oportuno es el que se realiza cuando las posibilidades de curación, lo que es decir, la radicalidad terapéutica están todavía presentes.

En la detección se trata de descubrir la existenciade -- neoplasias malignas, cuando están ausentes los síntomas.

Descubrir cánceres ginecológicos asintomáticos, diagnósticos en etapa inicial, es salvar la vida de miles de -- personas, que en ese momento podrán obtener su curación, -- por los tratamientos existentes, aplicados en forma adecuada e inmediata.

La salud es un derecho inegable de todo individuo y la atención médica debe ser accesible a todos, respetando la ley de los derechos humanos.

### DETECCION CITOLOGICA DEL CANCER CERVICO-UTERINO:

En la actualidad esta universalmente aceptado el lugar -- prominente que la citología cérvicovaginal juega dentro -- de la detección oportuna del cáncer del cervix uterino, a -- breviado con las siglas D.O.C.

La toma de extendidos cervico-vaginales destaca por su a daptabilidad y sencillés, por estar al alcance de todo mé dico, aún en los medios rurales, por ser indolora, porque puede ser repetida cuantas veces sea necesario, es aplicable a grandes masas, tener bajo costo y sobre todo por su seguridad diagnóstica.

Este procedimiento se basa fundamentalmente en la descamación natural de los tejidos, proceso que se encuentra aumentado en las neoplasias y sobre todo en las malignas, pero fue necesario que Papanicolau y Traut (1943) publicaran su magistral comunicación acerca del procedimiento- citológico para que quedara perfectamente clara la mejor, y mas práctica forma de descubrir las neoplasias malignas del cervix mucho antes que principien los síntomas.

En nuestro país el cáncer de cervix, ocupa el primer lugar dentro de las neoplasias malignas ginecológicas, esta localización del cáncer se caracteriza por su alto índice - de mortalidad, lo que nos obliga a utilizar cada vez mas- éste y todos los métodos de detección del cáncer del cervix para lograr abatir su alto índice de mortalidad.

Nos encontramos frente a una enfermedad previsible y evi- table: El cáncer del cuello de la matriz no es una neoplasia que aparezca magicamente y de forma súbita, sino que- va precedida, en la mayoría de los casos, de lesiones del epitelio cervical, facilmente identificables y cuya poten- cialidad neoplásica ya se conoce.

J U S T I F I C A C I O N

Se encuentra establecido el Programa de detección oportuna del Cáncer , dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, formando el Papanicolau, uno de los procedimientos citológicos más utilizados, que brinda información del estado celular del cervix.

La finalidad es modificar la Historia Natural del Cáncer Cérvico-uterino y disminuir las tasas de morbilidad.

Para llevar a cabo lo anterior, se debe efectuar una mayor cobertura, en pacientes con vida sexual activa, - un diagnóstico precoz que garantiza la curación completa de las pacientes afectadas, ya que en sus etapas tempranas es 100 % curable.

Conocer la evolución Clínico-Patológica de la paciente con Papanicolau sugestivo de neoplasia, brinda información valiosa sobre el comportamiento dinámico de las alteraciones del cervix.

En nuestra Institución, se le da una importancia primordial a los programas de medicina preventiva, y uno de ellos es la DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CERVICO-UTERINO.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer Cérvico-uterino es un grave problema de salud pública, ya que es un fenómeno Médico-Social, que demanda decisiones claras y específicas en el área de preventiva y educacional.

Debe efectuarse una evaluación constante de sus programas operativos, con la finalidad, de corregir deficiencias, dar nuevas acciones específicas, para lograr mejorar la salud individual y colectiva.

Al mantenerse un flujo constante de casos nuevos en la consulta de GINECOLOGIA, nos orienta sobre un contacto frecuente con factores oncogénicos del cáncer Cérvico-uterino.



Los tumores malignos ocuparon en 1978, el quinto-lugar dentro de las principales causas de mortalidad general, en la República Mexicana, con 24 269 muertes, lo que equivale a una tasa de 36.86 x 100 000 habitantes.

En el instituto Mexicano del Seguro Social, en el mismo año ocuparon el primer orden dentro de las principales causas de mortalidad en mujeres de los 15 a 44 años (22.2%) y el tercer orden en la población general del País (9.1%).

En el año de 1978, en Baja California Norte, los tumores malignos se encontraron en el segundo lugar, dentro de las 10 principales causas de mortalidad general, con -- 10.04%. De esta manera resalta la importancia del Cáncer en general en nuestro medio, siendo el Cáncer Cérvico-uterino el que representa entre nosotros el mayor de los problemas, ya que su incidencia es muy alta, y practicamente constituye la tercera parte de todos los casos que se presentan.

Se ha relacionado la frecuencia alta del Cáncer - Cérvico-uterino con 8 factores :

Raza negra

Vida sexual activa

Medio Socioeconómico bajo

Edad de inicio de relaciones sexuales

Número de consortes

Prostitución

Cervicitis crónica

Circuncisión.

En el estado de Jalisco, en el período comprendido de 1976 a 1978, se registraron 2 792 casos de cáncer Cérvico-uterino, correspondiendo para 1978, 1 145 casos con 113 (113) defunciones. Existe una incidencia 3 veces mayor, en comparación con otras regiones del mundo ( Nueva Zelandia, O saka Japon, Alberta Canada, Noruega Y región de Los Grandes lagos (EUA)). Un dato que nos llamo la atención, es que la mayoría de las enfermedades diagnosticadas fueron en etapas avanzadas, solo el 18% fue Cáncer Cérvico-uterino intraepitelial. Hacen notar una disminución en el porcentaje de Cáncer cérvico-uterino, refiriendo una impresión incompleta, ya que en los últimos 2 años se obtuvo un mayor reporte de otros tipos de cáncer lo que hace aparecer al Cáncer Cérvico-uterino en descenso.

Se ha encontrado que la mujer con cáncer de mama tiene una respuesta emocional anormal a las emociones, por la supresión extrema de los sentimientos (afecto, ego etc) cambios en la actitud y la filosofía de la vida, dependencia e insomnio, de la misma manera pacientes con Cáncer Cérvico-uterino.

## H I P O T E S I S .

- 1.- Al afinarse las técnicas diagnosticadas, se ha detectado una mayor incidencia de Cáncer Cérvico-uterino "in situ", en nuestro medio aumentando en el grupo de edad-comprendido de los 21 a los 40 años.
  
- 2.- La falta de orientación, el nivel socioeconómico y cultural bajo, condiciona a romper el equilibrio familiar-en los pacientes con Cáncer Cérvico-Uterino.
  
- 3.- Para Mexicali, Baja California, los factores oncogénico "Edad en el inicio de las relaciones sexuales, multiparidad, así como enfermedades inflamatorias del cérvix", forman parte importante de la génesis del Cáncer Cérvico-uterino.

MATERIAL Y METODOS.

Para realizar esta etapa del presente estudio, se localizó una fuente de información: Un tarjetero de registro en el consultorio de Ginecología de la clínica Hospital General de Zona II No. 1, a cargo del Dr. Fernando Ghón Dávalos, que contienen los datos de los pacientes con papanicolau sugestivos de neoplasia, que fueron enviados del Servicio de Medicina Preventiva a través de su programa D.O.C., dichas pacientes fueron captadas de Enero de 1983 a Diciembre de 1984.

Se recolectó la información de 75 fichas, de las cuales el criterio de selección consistió:

- I.- Nueva toma de Papanicolau o Biopsia por el servicio de Ginecología.
- II.- Que se encontraran en control en el momento de realizar la investigación.

Todos los pacientes fueron enviados al servicio de Ginecología con reportes de Papanicolau (III-IV-V).

RESULTADOS OBTENIDOS

Se escogieron de 75 fichas de las tarjetas de registro del --- consultorio de consulta externa del servicio de Ginecología--- de pacientes enviadas por el servicio de medicina preventiva - del I.M.S.S. HGZIIno.1 . departamento de D.O.C. y de estas tarjetas se recolectaron los datos de frecuencia de edades, numero de gestaciones e inicio de la vida sexual.

D.O.C. PAPANICOLAU CLASE III FRECUENCIA DE EDADES:

EDAD	NO. DE PACIENTES
36-40.....	14 pacientes
31-35.....	10 pacientes
46-50.....	8 pacientes
51-55.....	6 pacientes
26-30.....	5 pacientes
41-45.....	5 pacientes
56-60.....	5 pacientes
21-25.....	3 pacientes
61-65.....	3 pacientes
66-70.....	<u>1 pacientes</u>

TOTAL=60 pacientes

DOC PAPANICOLAU CLASE III NUMERO DE GESTACIONES.

I-V.....	26 pacientes
VI-X.....	25 pacientes
XI-XV.....	7 pacientes
XVI-XX.....	<u>2 pacientes</u>

TOTAL=60 pacientes

D.O.C. PAPANICOLAU CLASE III INICIO DE VIDA SEXUAL.

16-20.....	39 pacientes
21-25.....	10 pacientes
11-15.....	8 pacientes
26-30.....	2 pacientes
+30 .....	<u>1 pacientes</u>

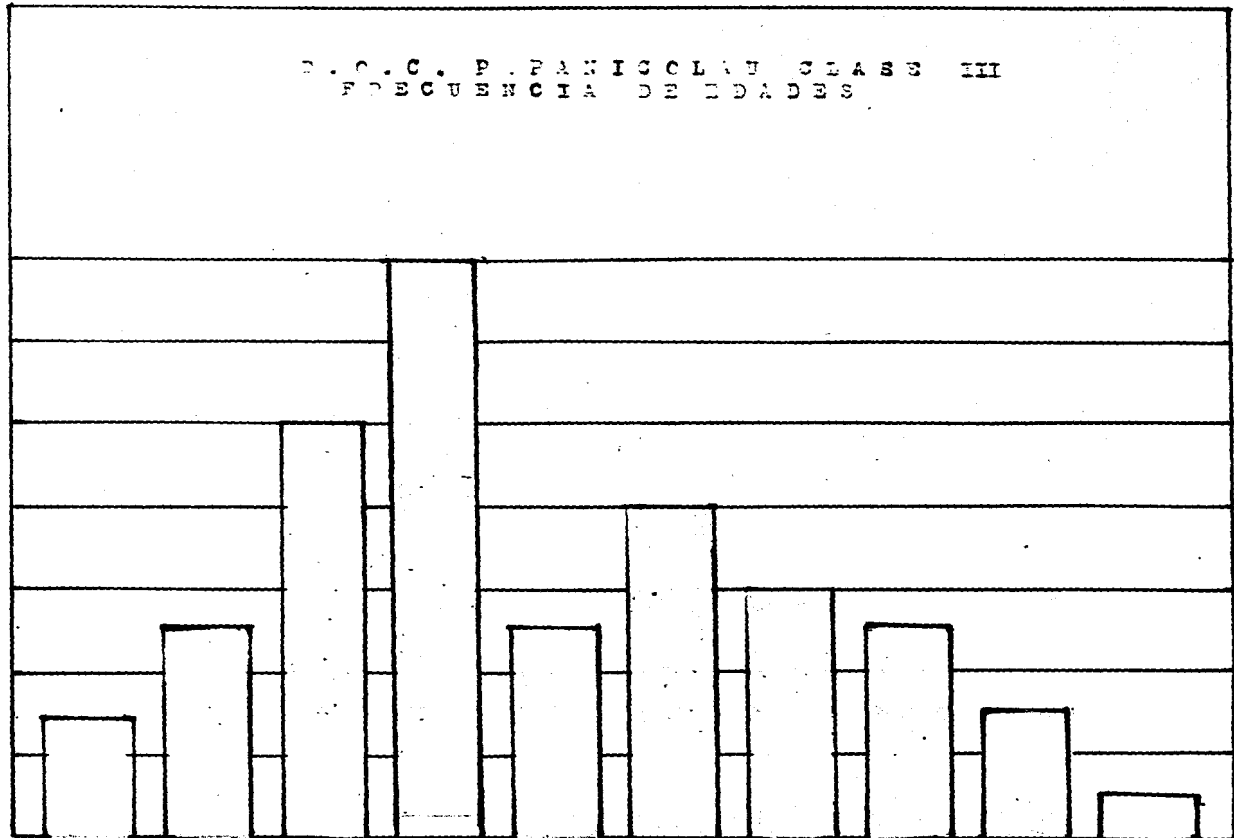
TOTAL =60 pacientes

I. D.O.C. PAPANICOLAU CLASE III= 60 PACIENTES

D.O.C. P. PANICOLA CLASS III  
FRECUENCIA DE EDADES

No. de  
personas

14  
12  
10  
8  
6  
4  
2  
0



EDAD

21-25

26-30

31-35

36-40

41-45

46-50

51-55

56-60

61-65

66-70

D.O.C. P. PANISOLAU CLASSE III  
FRECUENCIA DE EDADES

No. de  
personas

14  
12  
10  
8  
6  
4  
2  
0

EDAD

21-25

26-30

31-35

36-40

41-45

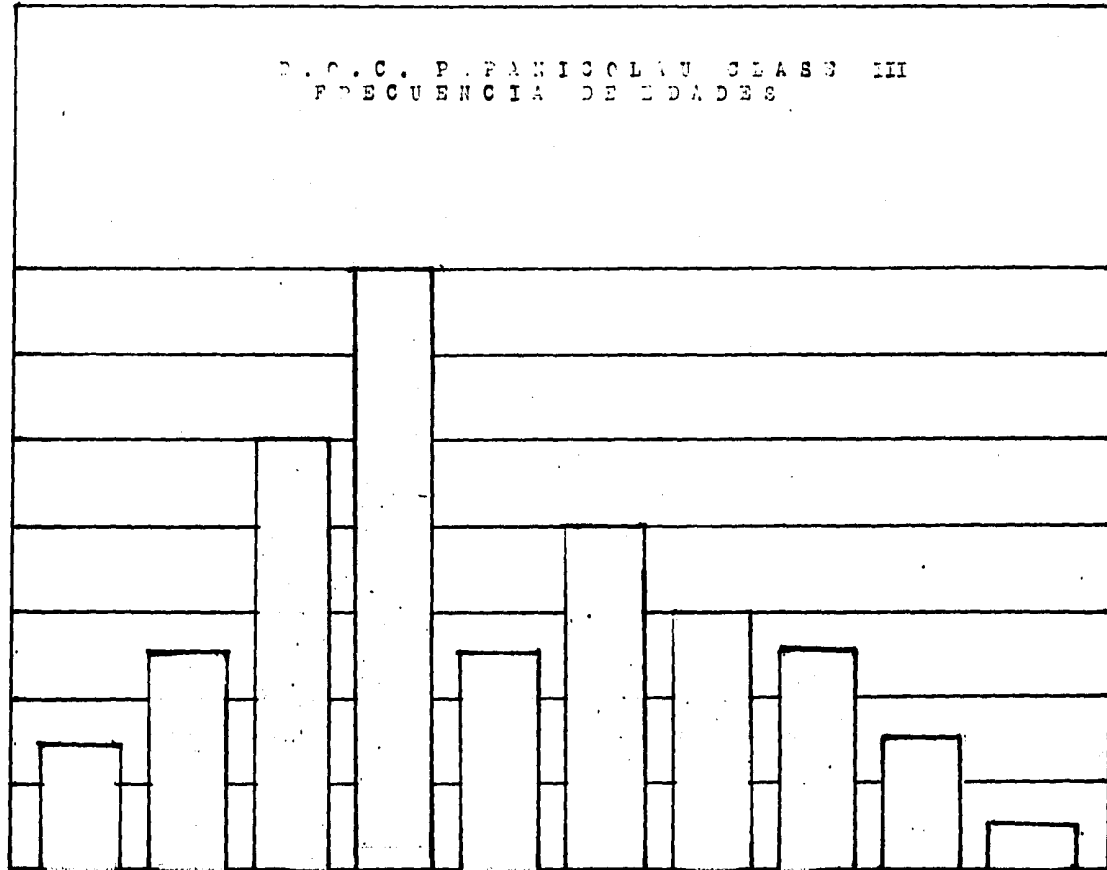
46-50

51-55

56-60

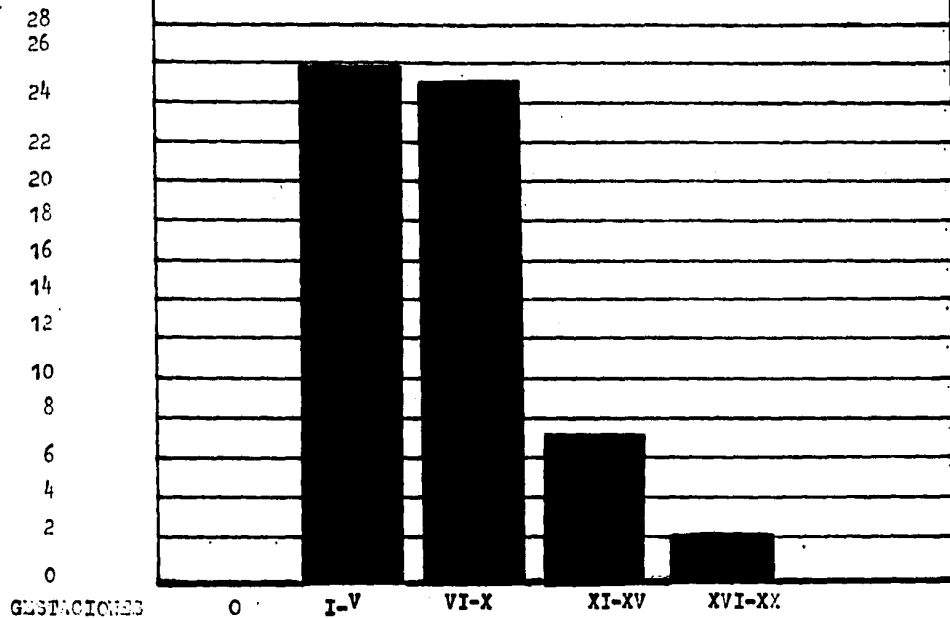
61-65

66-70



D.O.C. PAPANICOLAU CLASE III  
NO. DE GESTACIONES

No. de  
personas



I.M.S.S. MEXICALI 1985

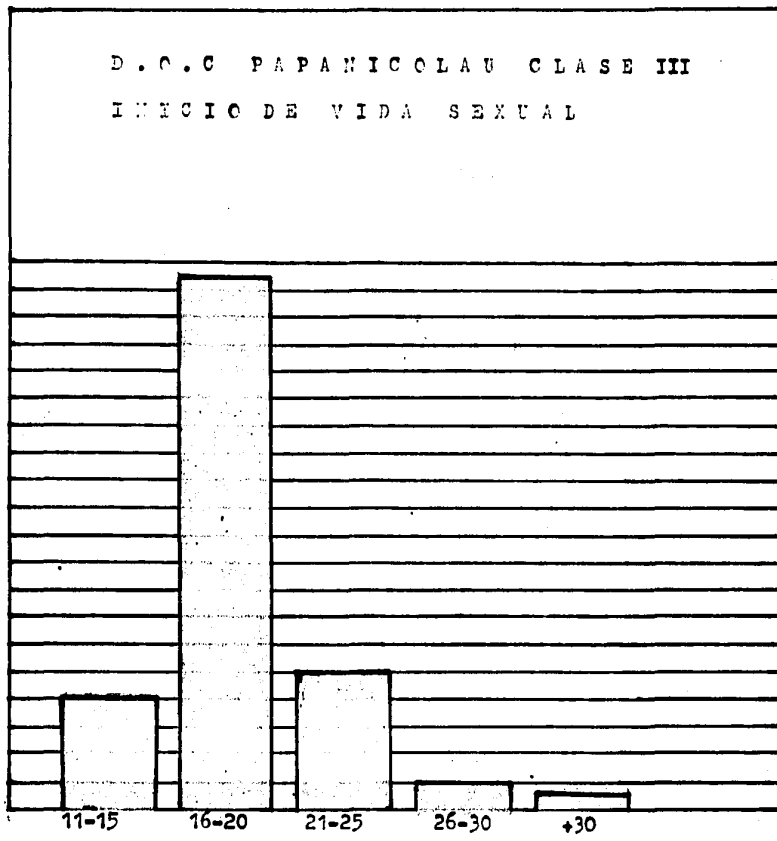


No. de personas

D.O.C PAPANICOLAU CLASE III  
INICIO DE VIDA SEXUAL

40  
38  
36  
34  
32  
30  
28  
26  
24  
22  
20  
18  
16  
14  
12  
10  
8  
6  
4  
2  
0

EDAD



D.O.C. PAPANICOLAU CLASE IV FRECUENCIA DE EDADES:

EDAD NO. DE PACIENTES

21-30.....1 paciente

41-50.....1 paciente

51-60.....1 paciente

TOTAL= 3 pacientes

D.O.C. PAPANICOLAU CLASE IV NUMERO DE GESTACIONES.

I-V.....1 paciente

VI-X.....2 pacientes

TOTAL= 3 pacientes

D.O.C. PAPANICOLAU CLASE IV INICIO DE VIDA SEXUAL.

11-15.....1 paciente

16-20.....2 pacientes

TOTAL= 3 pacientes

D.O.C. PAPANICOLAU CLASE IV TOTAL 3 PACIENTES

D . C . C . P A P A N I C O L A U C L A S E I V  
F R E C U E N C I A D E E D A D E S

Nº. de personas

3

2

1

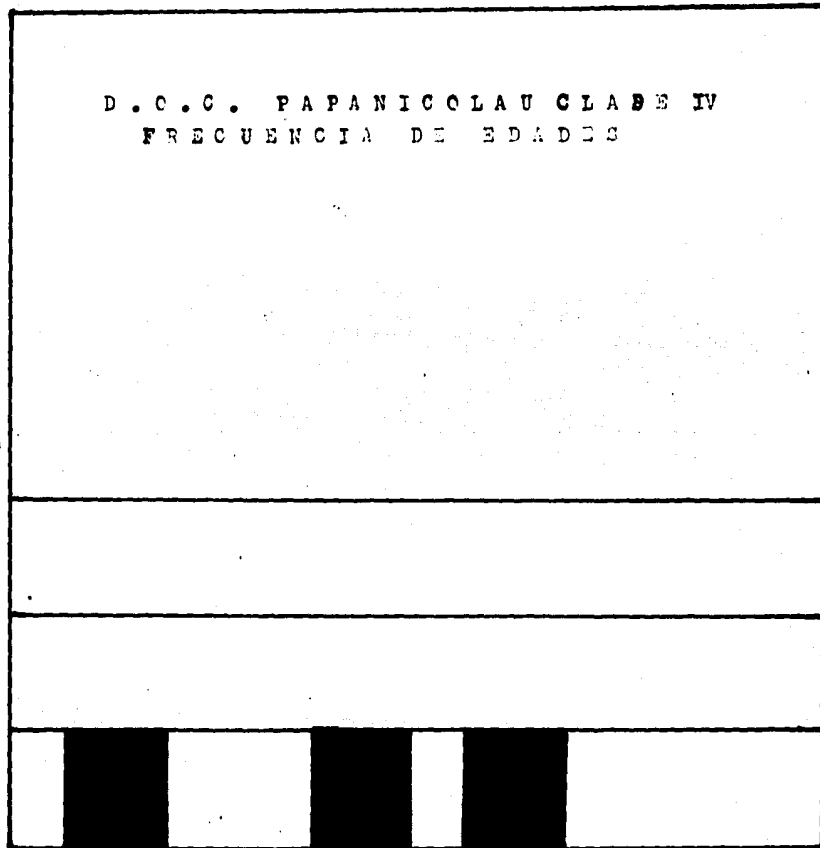
EDAD

-21-30

31-40

41-50

51-60



D.O.C. PAPANICOLAU CLASE IV  
 INICIO DEVIDA SEXUAL

No. de personas

3

2

1

EDAD

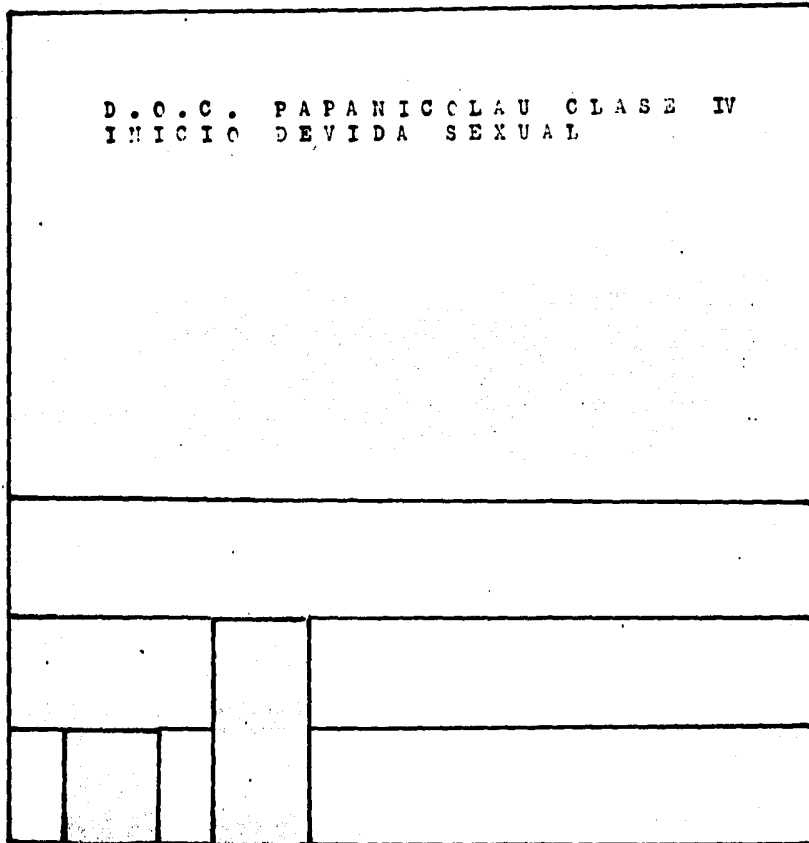
11-15

16-20

21-25

26-30

+30



D.O.C. PAPANICOLAU CLASE IV

NO. DE GESTACIONES

No. de personas

3

2

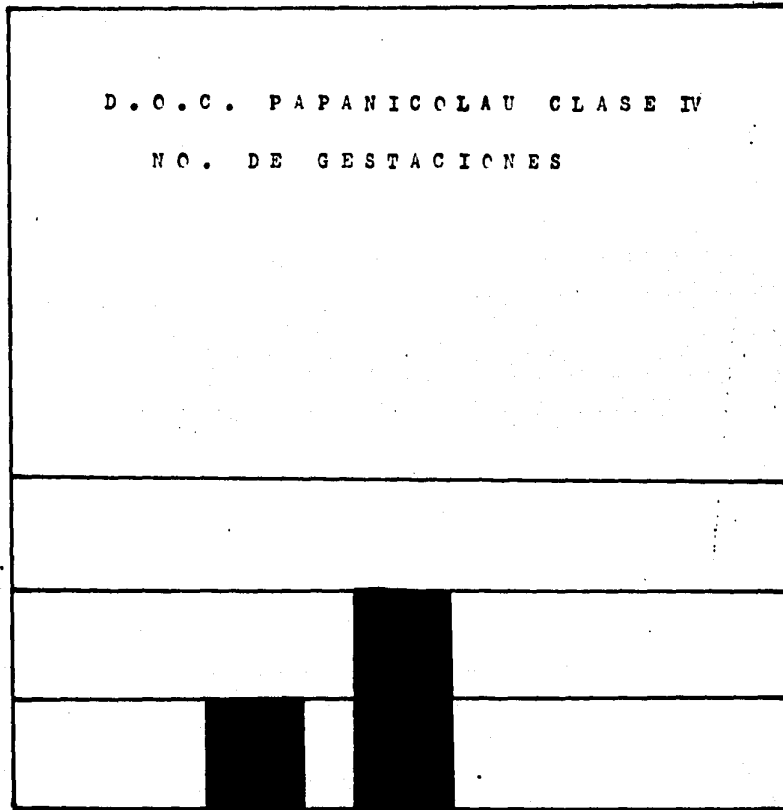
1

GESTACIONES

I-V

VI-X

XI-XV



D.O.C. PAPANICOLAU CLASE V FRECUENCIA DE EDADES

EDAD NO. DE PACIENTES

61-70.....4 pacientes

51-60.....3 pacientes

31-40.....3 pacientes

41-50.....1 paciente

21-30.....1 paciente

TOTAL=12 pacientes

D.O.C. PAPANICOLAU CLASE V NUMERO DE GESTACIONES

I-V.....3 pacientes

VI-VII.....4 pacientes

XI-XV.....5 pacientes

TOTAL = 12 pacientes

D.O.C. PAPANICOLAU CLASE V INICIO DE VIDA SEXUAL.

16-20.....5 pacientes

11-15.....4 pacientes

21-25.....2pacientes

26-30.....1 paciente

TOTAL = 12 pacientes

D.O.C. PAPANICOLAU CLASE V TOTAL= 12 PACIENTES.

No. de personas

D.O.C. PAPANICOLAU CLASE V

FRECUENCIA DE EDADES

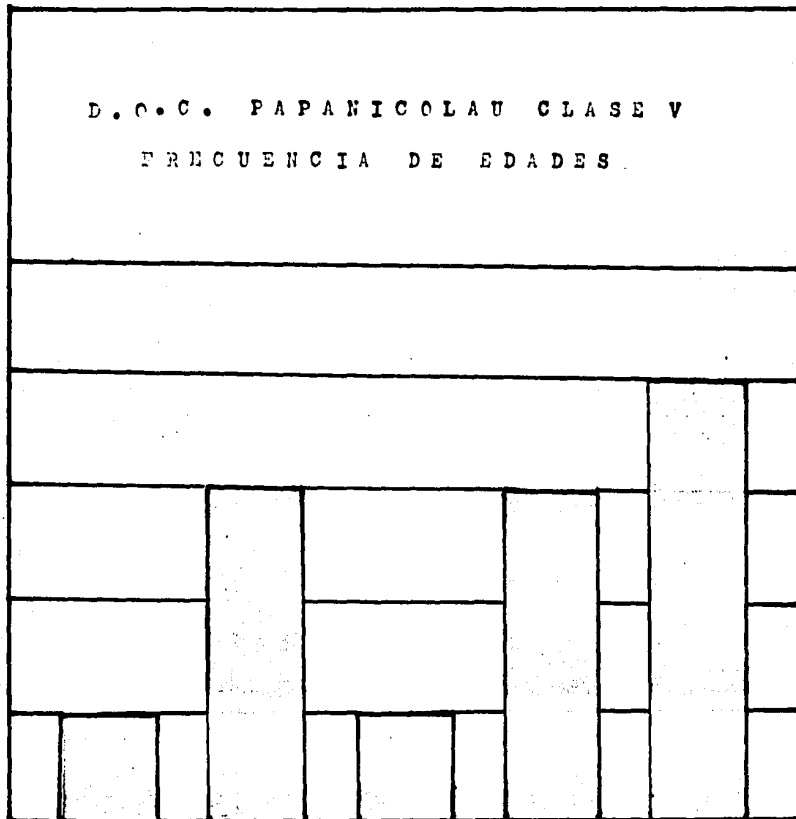
5

4

3

2

1



EDAD

-21-30

31-40

41-50

51-60

61-70

No. de personas

D. O. C. PAPANICOLAU CLASE V

NO. DE GESTACIONES

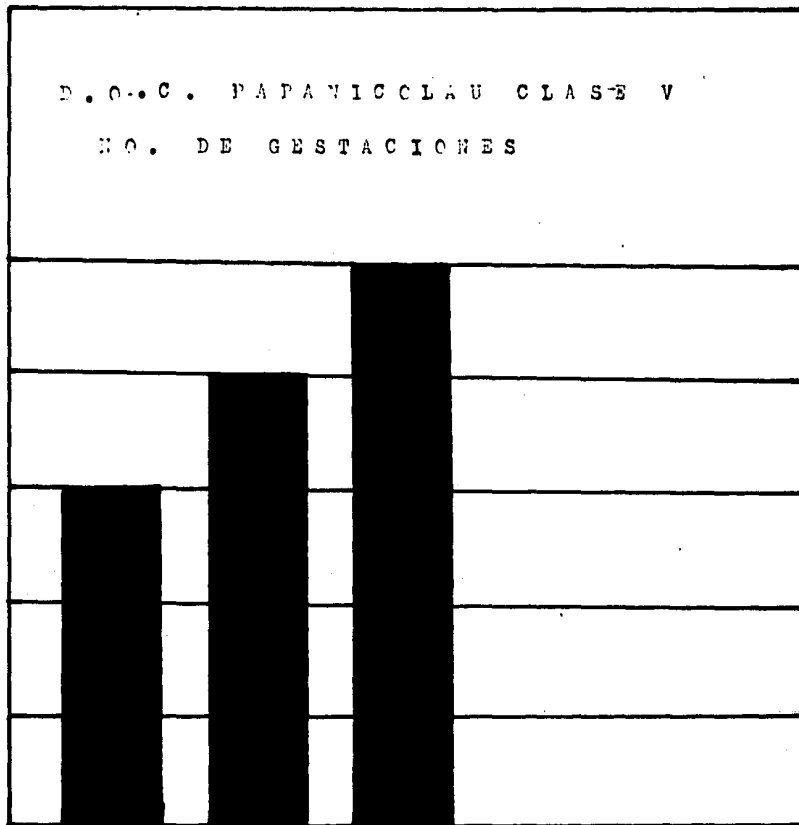
5

4

3

2

1



GESTACIONES

I-V

VI-X

XI-XV

XV-XX



D.O.C. PAPANICOLAU CLASE V

INICIO DE VIDA SEXUAL

No. de personas

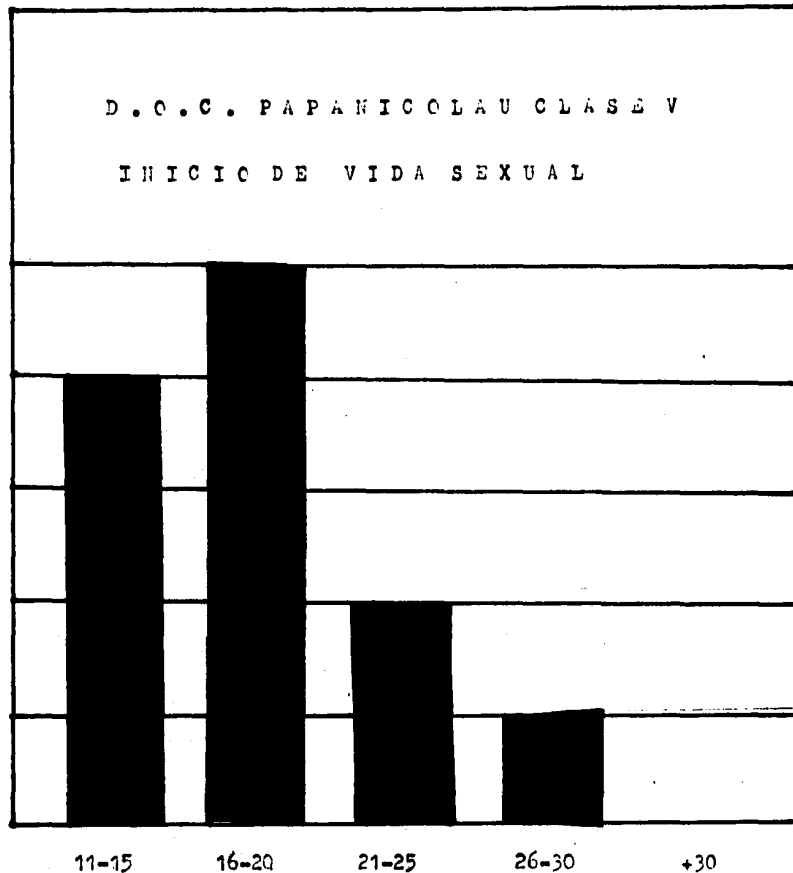
5

4

3

2

1



EDAD

11-15

16-20

21-25

26-30

+30

RESULTADOS EVOLUCION CLINICO-PATOLOGICA

1. EVOLUCION CLINICO PATOLOGICA

1.1. PAPANICOLAU CLASE III

1.1.1. BIOPSIAS PRACTICADAS.

De un total de 60 pacientes que presentaron Papani--colau clase III, fueron sometidas 32 a estudio de --biopsia (53.33%).

Se observó en los resultados histopatológicos, una predominancia de biopsias NEGATIVAS: 14 casos, lo --que equivale al 43.7%; el resto (56.3%) estuvo repre--sentado por alteraciones celulares que van desde la displasia leve hasta el cáncer cérvico-uterino inva--sor. El cáncer cérvico-uterino "in situ" ocurrió en--el 31.2% de las pacientes estudiadas (10 pacientes).

QUADRO I

RESULTADO	NO. DE MUJERES	%
NEGATIVO	14	43.7
DISPLASIA SEVERA	5	15.6
DISPLASIA MODERADA	2	6.2
CACU "in situ"	10	31.2
MICROINVASOR	0	0
INVASOR	1	3.1
TOTAL	32	100%

FIENTE: TARJETA DE REGISTRO

MUJERES CON PAPANICOLAU III  
ESTUDIADAS CON BIOPSIA Y SU  
RESULTADO HISTOPATOLOGICO.

1.1.2. CONIZACIONES PRACTICADAS.

SE realizó conización a 20 pacientes, el resultado - histopatológico obtenido, se observó predominancia - del Cáncer Cérvico-uterino "in situ" ocurriendo en 8 pacientes, así como displasia moderada, la cual ocurrió también en 3 pacientes que equivale al 40% a cada uno de ellos.

CUADRO 2

RESULTADO	NO. DE MUJERES	%
CACU "in situ"	8	40
DISPLASIA MODERADA	3	15
DISPLASIA LEVE	3	15
CACU INVASOR	1	5
CACU MICROINVASOR	0	0
TOTAL	20	100%

FUENTE: TARJETA DE REGISTRO

MUJERES CON DIAGNOSTICO DE CACU Y DISPLASIA (20)  
ESTUDIADAS CON CONIZACION DE CERVIX Y SU ESTUDIO  
HISTOPATOLOGICO.

1.1.3. TRATAMIENTO EFECTUADO.

Respecto al tratamiento efectuado que recibieron en base a los resultados histopatológicos obtenidos y -- criterio clínico, la cirugía definitiva predominó notablemente con el 90% de los tratamientos efectuados el resto (10%) se relevó a cabo en pacientes que ameritaron radiaciones.

CUADRO 3

TRATAMIENTO	NO. MUJERES	%
QUIRURGICO DEFINITIVO	18	90
RADIACIONES	1	5
QUIRURGICO+ RADIAC.	1	5
PALIATIVO	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

FUENTE: TARJETA DE REGISTRO

TRATAMIENTO EFECTUADO A 20 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CACU Y DISPLASIA.

1.2. PAPANICOLAU CLASE IV.

1.2.1. BIOPSIAS PRACTICADAS.

Se recibieron un total de 3 pacientes con papanicolau clase IV, se sometió a estudio de biopsia a las 3 pacientes. En los estudios histopatológicos obtenidos fueron los siguientes:

CACU invasor en 2 de los casos 66.6% y CACU "in situ" en uno de los casos 33.3%.

CUADRO 4

<u>RESULTADO</u>	<u>NO. DE MUJERES</u>	<u>%</u>
CACU "in situ"	1	33.3
CACU MICROINVASOR	0	0
INVASOR	2	66.6
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100%</b>

FUENTE: TARJETA DE REGISTRO

PACIENTES CON PAPANICOLAU CLASE IV (3) SOMETIDAS A BIOPSIA Y SU RESULTADO HISTOPATOLOGICO.

1.2.2. CONIZACIONES PRACTICADAS.

Solo en una sola de las pacientes que presento' papa nicolau clase IV (33.3%) se le practico' conización, con diagnóstico de CACU "in situ", las otras 2 se enviaron a oncología Tijuana.

CUADRO V.

<u>RESULTADO</u>	<u>NO. DE MUJERES</u>	<u>%</u>
CACU "in situ"	1	33.3%
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>33.3%</b>

**FUENTE. TARJETA DE REGISTRO**

**MUJERES CON DIAGNOSTICO DE PAPANICOLAU CLASE IV, SE SOMETIO A UNA DE ELLAS A CONIZACION DE CERVIX.**

**EL PROCEDIMIENTO FUE UNICAMENTE CON FINES DIAGNOSTICOS, FINALMENTE FUE UNA CONDUCTA QUIRURGICA DEFINITIVA, LOS OTROS 2 FUERON ENVIADOS A ONCOLOGIA TIJUANA.**

1.3. PAPANICOLAU CLASE V.

1.3.1. BIOPSIAS PRACTICADAS.

Se practico estudio de biopsia al 100% de las pacientes (12 pacientes). El resultado histopatológico se hace notar una mayor frecuencia en el Cáncer Cérvico uterino "in situ" en un 50%, y CACU microinvasor en 33.3%.

CUADRO 6

RESULTADO	NO. DE MUJERES	%
CACU "in situ"	6	50
CACU MICROINVASOR	4	33.3
DISPLASIA MODERADA	1	8.3
DISPLASIA SEVERA	0	0
NEGATIVO	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

FUENTE: TARJETA DE REGISTRO

MUJERES CON PAPANICOLAU CLASE V (12) SE LES PRACTICO BIOPSIA Y SU RESULTADO HISTOPATOLOGICO.

1.3.2. CONIZACIONES PRACTICADAS.

LA conización del cérvix se le realizó a 11 pacientes, el cáncer Cérvico-uterino "in situ" represento la mayor frecuencia en número de 7, siguiendo el orden de frecuencia el CACU invasor en 3 casos, CACU microivador en 1 de los casos, lo cual corresponde al 63.6 %, 27.2%, 9.0% respectivamente.

CUADRO 7

RESULTADOS	NO. DE MUJERES	%
CACU "in situ"	7	63.6
CACU INVASOR	3	27.2
CACU MICROINVASOR	1	9.0
DISPLASIA MODERADA	0	0
TOTAL	11	100%

FUENTE: TARJETA DE REGISTRO

MUJERES CON PAPANICOLAU CLASE V SOMETIDAS A CONIZACION DEL CERVIX Y SU RESULTADO HISTOPATOLOGICO.



1.3.3. TRATAMIENTO EFECTUADO.

De las 11 pacientes con CACU sometidas a tratamiento, el quirúrgico definitivo se presentó en 8 de los casos 72.7%, el tratamiento efectuado con sesiones de radioterapia fue a 3 pacientes 27.2%.

CUADRO B

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

TRATAMIENTO	NO. DE MUJERES	%
QUIRURGICO DEFINITIVO	8	72.7
RADIACIONES	3	27.2
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>

FUENTE : TARJETA DE REGISTRO

TRATAMIENTO EFECTUADO A 11 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE  
CANCER CERVICO-UTERINO.

COMENTARIO.

Buscando en la Literatura Médica, nacional y extranjera, acerca de los factores etiológicos, epidemiológicos y geográficos del carcinoma cérvico uterino, que pudieran servir como puntos de comparación y referencia, a los hallazgos nuestros, se encuentra que no difieren en nada substancial, de lo que se sabe y de lo que es moneda de cuño en todas partes, así por ejemplo Jones y Mc Donald encuentran que la prevalencia en mujeres casadas es considerablemente mayor que en las solteras, y en aquellas especialmente en las multíparas. Estudios previos les han sugerido que el matrimonio antes de los 20 años, en cuyo fondo parece encontrarse un factor hormonal, que induce a la vida sexual mas tempranamente, puede ser un factor. Por lo demas no encontraron diferencia alguna en los factores que hemos encontrado en nuestro estudio. Enfatiza la importancia del complejo socioeconómico de la pobreza y el temprano comienzo de la vida sexual activa y reproductiva. Lombard en el hospital de Masschusets, concluye que "existe una fuerte correlación entre esta neoplasia, el matrimonio, la multiparidad a temprana edad y los procesos inflamatorios crónicos en comparación con el subgrupo de divorciadas y separadas tiene un indiscutible significado etiológico".

Dauod A., Analiza la frecuencia de esta neoplasia en 227 personas musulmanas y cristianas y la encuentra sensiblemente igual, independientemente si sus maridos estaban circuncidados o no.

Los únicos factores que sugiere se tomen en cuenta son los ya conocidos, con condición económica, multiparidad, etc..

Rothman, Rappaport y Davidson, recalcan la baja frecuencia estadísticamente comprobada del carcinoma cérvicouterino en las mujeres Judias, postulando como explicación la ya conocida y ampliamente difundida de la circuncisión.

Como se ve, parece que el denominador común, y al cual concurre la mayoría de los estudios del problema, la constituyen algunos hechos fundamentales como son:

1. Condiciones socioeconómicas bajas.
2. Falta de educación médica.
3. La iniciación de la vida sexual tempranamente.
4. La multiparidad y los procesos inflamatorios crónicos cervicales.

En el año de 1962 se inicia la campaña de detección oportuna de canceren el I.M.S.S. con todas las dificultades incompresiones y limitaciones que nuestro ambiente impone; se ha extendido por todos los estados de la República y en esta forma actualmente se logra detectar un mayor porcentaje de pacientes en estadio clínico 0 y I. un porcentaje importante de las mujeres que acuden llevan ya 4 o 6 papanicolau y entre las cuales se ha podido descubrir en forma temprana.

El programa de D.O.C. se inició en el estado de Baja California a nivel Delegacional el 1ro. de Julio de 1972 lograndose un total de 3,765 exámenes practicados y reportandose un total de 49 casos sospechosos que representan el 1.3% en relación a los exámenes practicados.

En el año de 1973 se hizo mayor promoción ala campana, utilizando diferentes medios de difusión y se practicaron 14,318 exámenes encontrandose un total de 253 sospechosos que representa el 1.8% en relación a los exámenes practicados.

En 1974 se practicaron 12,432 exámenes de papanicolau a nivel de legacional reportansose 144 sospechosos, que representa el 1.2%.

En el año de 1975 se practicaron 11,885 estudios de papanicolau de los cuales se reportaron 57 casos sospechosos que representa el 0.5%.

Estos hechos significan una proporción correlativa de los casos que pueden ser curados y salvados, razon por la cual creemos que de momento el único procedimiento viable posible y fácil de llevar a la práctica, para modificar substancialmente las características de este problema médico-social, es la de generalizar al máximo las campañas de detección oportuna de cáncer de todas las instituciones hospitalarias oficiales y descentralizadas, así como organizaciones privadas, se dediquen a esta campaña del descubrimiento oportuno del cáncer Ginecológico..

Una oportunidad que no debe pasarse por alto es la relativa a que en la experiencia de nuestra unidad, un número significativo de enfermas han sido vistas por largos años por médicos que han dejado pasar la mas brillante oportunidad de curación.

Esto impone la necesidad imprescindible de una campaña entre los médicos generales, médicos residentes de medicina familiar, médicos familiares , para que se familiaricen con los aspectos clínicos , doctrinarios del problema, como otro metodo práctico para a batir muy importantemente la mortalidad por CANCER CERVICOUTERINO

**RESUMEN:**

El presente estudio se realizó de una forma retrospectiva con el propósito de seguir la evolución Clínico-Patológica de las pacientes con papanicolau sugestivos de neoplasia, enviados al servicio de Ginecología, recolectando los datos de la tarjeta de registro por el Dr. Fernando Chón Dávalos médico Ginecólogo.

Se estudiaron un total de 75 pacientes de Enero de 1983 a Diciembre de 1984, de las cuales el 30.6% fue portadora de Cáncer Cérvico-uterino, . Siendo el Cáncer Cérvico-uterino "in situ" la -- clasificación citológica más observada con un porcentaje de 69.5%. (69.5%)/ .

Los factores oncogénicos de vida sexual activa temprana- así como multiparidad fueron antecedentes importantes en la géne- sis del Cáncer Cérvico-uterino.

C O N C L U S I O N E S

- 1.- El cáncer del cuello de la matriz es una neoplasia íntimamente ligada al nivel socioeconómico bajo.
- 2.- La toma de Papanicolau es un método eficaz para el diagnóstico oportuno del cáncer cérvico-uterino.
3. El cáncer de cérvix ocupa el primer lugar dentro de las neoplasias ginecológicas malignas.
4. El médico familiar juega un papel importante en cuanto a la detección temprana del cáncer cérvico-uterino.
5. El porcentaje de casos sospechosos de cáncer cérvico-uterino - ha disminuído en las últimas campañas de D.O.C.
6. La creciente liberalidad de la actividad sexual a edades más tempranas y el incremento de la promiscuidad, nos debe poner - sobre aviso de encontrar mayor frecuencia de Cáncer Cérvico-uterino.

SUGERENCIAS

- 1.- Sensibilizar al medico en cuanto a los aspectos clínicos ---- sobre el carcinoma del Cérvix, su terapéutica y la trascendendencia en el diagnóstico temprano.
2. Educar a la población dentro de la institución a través de conferencias, películas, rotafolios y folletos. Fuera de la Institucion por medio de metodos de difusión masiva y grupos organizados.
3. Hacer toma de Papanicolau como rutina a toda paciente femeninomayor de 15 años con vida sexual activa que ingresa a cualquier servicio de hospitalización.
4. La campaña de detección oportuna de cáncer debe permanecer enforma continua durante todo el año en toda unidad del I.M.S.S

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Principales Causas de Mortalidad en la Republica Mexicana.--- Defunciones, Dirección General de estadística s.p.p. Población CONAPO 1978.
  2. Principales causas de mortalidad en la Población de IMSS. Departamento de informática médica de la Jefatura de Sistemas - de información del IMSS.
  3. Esesarte G.E., Casillas A.J. Robles. El registro del cáncer en Guadalajara S.S.A. en el estado de Jalisco, dirección de lucha contra el Cáncer,.
  4. Robbins, patología estructural y funcional, Interamericana, Mexico-Venezuela, última edición.
  - 5.- Steven G Psychological attributes of women with breast cancer- Cancer detection and control 1: 279,1981.
  - 6.- Hamilton N. Psychological and Social impact of gestational - Trophoblastic neoplasm Mayor Prob. Obst-Ginec. 2:13:1974 .
  - 7.-Labrun A. Factores psicosociales en la etiología del cáncer -- cérvico-uterino. Clínicas obstetricas y ginecológicas. Interamericana Mexico-Venezuela p. 416, 1976.
- 8r
- 9.-Selikoff J.L. The Search for carcinogenic Enviromental Agents- The role of the Physician Cancer deteccion and Prevention 1981
  - 10.- RINCE I.D. La Medicina Familiar como especialidad, Anuario - de actualización en medicina. 6:11:1974.



- 11.- Calderon J.L. Prevención, Detección, Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Cérvico Uterino. Revista de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M.
12. Saldivar G. Maqueo T., Villalobos R. , Delgado U., Neoplasia intraepitelial del Cérvix. Asociación mexicana de Ginecología y Obstetricia, Prevención, Diagnóstico y tratamiento oportuno del Cáncer Ginecológico. p.245 1981.
- 13.- Peraza Tineo J.M. Tesis para obtener la especialidad en Medicina Familiar. 1976.