

11226
44
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

Unidad Académica:

**CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE
IRAPUATO, GTO.**

**INCIDENCIA DE ALTERACIONES EN EL ESTUDIO
DE CITOLOGÍA EXFOLIATIVA VAGINAL.**



CLÍNICA HOSPITAL
Irpuato, Gto.
DEPARTAMENTO
ENSEÑANZA E
INVESTIGACION

Trabajo de investigación que para obtener el
Diploma de Especialista en Medicina Familiar

Presenta:

C. DR. JORGE GARCÍA RODRÍGUEZ

27 13 57



ISSSTE

Irpuato, Gto.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1999



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**INCIDENCIA DE ALTERACIONES EN EL ESTUDIO DE
CITOLOGIA
EXFOLIATIVA VAGINAL**

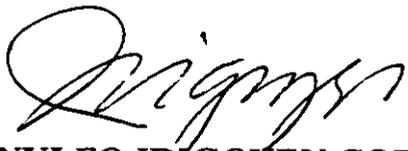
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:**

C. DR. JORGE GARCIA RODRIGUEZ

AUTORIZACIONES:



**DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.**



**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M**



**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.**

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

C. DR. JORGE GARCIA RODRIGUEZ.

INCIDENCIA DE ALTERACIONES EN ESTUDIO DE CITOLOGIA
EXFOLIATIVA VAGINAL.

C. DRA. MA. JOSEFINA MUÑOZ GUTIERREZ.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN LA CLINICA
HOSPITAL ISSSTE, IRAPUATO, GTO.

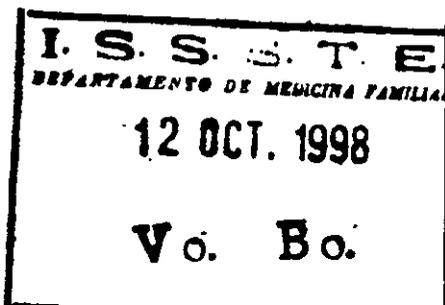
C. DR. FEDERICO CARDENAS OLIVARES
ASESOR DE TESIS.

C. DR. EMILIO GRANJEL GUERRERO.
ASESOR DE TESIS.

COORDINACION DEL CURSO DE ESPECIALIZACION.
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA ISSSTE.

DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION
MEDICA CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA
DEL ISSSTE.

IRAPUATO GTO. ENERO DE 1996.



INDICE.

	PAG.
INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO TEÓRICO.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
JUSTIFICACIÓN.....	25
OBJETIVO.....	26
METODOLOGÍA.....	27
CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	28
CÉDULA PARA CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	29
CARTA DE CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	30
CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA SER INCLUIDO EN EL ESTUDIO.....	31
RESULTADOS.....	32
TABLAS Y GRÁFICAS.....	33
DISCUSIÓN.....	43
CONCLUSIONES.....	44
BIBLIOGRAFÍA.....	45
ANEXOS.....	48

INTRODUCCIÓN.

Es evidente que el carcinoma cervicouterino es el más frecuente en la población femenina de nuestro país, y el responsable de la primera causa de muerte de la mujer mexicana a partir de los 45 años de edad; razón por la cual es necesario, establecer un programa con una nueva proyección, más subjetivo, más concientizador sobre esta detección identificando a los grupos de población asintomática y de alto riesgo llevando a cabo uno o varios procedimientos diagnósticos con objeto de descubrir neoplasias ocultas y en estadios tempranos, única forma para disminuir la mortalidad; ya que se cuenta con la técnica de citología exfoliativa cervicovaginal para conocer las lesiones precursoras y el carcinoma cervicouterino así como su porcentaje, ya que por sí misma nos brinda el apoyo necesario y suficiente para reducir en gran medida la elevada incidencia de esta patología.

MARCO TEÓRICO.

Concepto.

CÁNCER.-

Tumor maligno en general, es la pérdida del control del crecimiento y división de las células dando como resultado la formación de un tumor.

INCIDENCIA.-

La Incidencia del carcinoma in situ del cuello es variable y depende de la naturaleza del grupo y la técnica de la detención empleada.

Son importantes; edad, raza, y grupo social.

En SSA. en 1991 se practican cerca de un millón de estudios citológicos.

Lo que corresponde a una cobertura del 17% de la población en riesgo.

En relación a la incidencia de casos detectados, se encontró 1.3 % de Displasias leves, y moderadas, 0.3 % de Displasias severas y 0.3 % de positivas a cáncer; en el 87 % del total de estudios se encontraron procesos inflamatorios, infecciosos y parasitarios los cuales requirieron tratamiento específico y solo 10% se diagnosticaron negativos sin ningún proceso asociado.

De los casos positivos a cáncer predominan los detectados en sus etapas iniciales: in situ y microinvasor (11%), y (6 %) en la etapa invasora.

Al analizar los resultados por grupos de edad, se encontró el promedio de las tomas de muestra citológica en el grupo de mujeres menores de 44 años, lo que da como resultado la mayor detención de casos en etapas iniciales.

El grupo de más alto riesgo "mujeres de 45 años", solo es atendido un 20%, reduciéndose la posibilidad de detectar el cáncer invasor causante de alta mortalidad persistente en nuestro País. (1)

La incidencia en las displasias aparecen más precozmente que el cáncer in situ, y éste a su vez se presenta en mujeres más jóvenes que el cáncer invasivo.

La edad media de las displasias graves fue de 28,26 años; la del carcinoma in situ de 32; la de los carcinomas invasivos precoces de 41 y la de los carcinomas de 52. (2)

PATOLOGIA.

El **carcinoma in situ** del cuello se define como un patrón microscópico en el que el grosor del epitelio plano cervical es reemplazado por completo por células anormales indiferenciadas, morfológicamente indistinguibles del cáncer.

A los cambios intraepiteliales se le conoce como **Displasia**. Anomalia del desarrollo, con pérdida, de la estructura de todo el epitelio, con alteraciones en la morfología de sus componentes celulares.

Se dice que hay **displasia leve** cuando sólo el tercio inferior del epitelio se reemplaza por células indiferenciadas inmaduras con mitosis frecuentes.

Cuando afecta el tercio medio, se diagnostica **displasia moderada**, pero todavía aparece un poco de maduración en la superficie es adecuado el diagnóstico de **displasia avanzada**, Richard designó a estos cambios CIN de grados I, II, III, y combino la **displasia avanzada** y el **carcinoma in situ**, con la denominación de **NIC III**, pues él considera que la lesión puede ser en extremo difícil de clasificar en forma objetiva y ambos tienen pronóstico e indicación de tratamientos similares.

Displasia, consiste en que las células de la capa basal y parabasal pierden su ordenación se hacen desiguales, con núcleos impercptomáticos y desiguales, con mitosis abundantes y en suma con los rasgos de un desorden celular y proliferativo.

Maduración, irregular hacia la superficie generalmente con adelgazamiento del espesor total del epitelio y aceleración de la maduración, de suerte que en muy corto espacio las células se convierten en superficiales.

La expresión de la **displasia** en el frotis vaginal es la **Discariosis**.

La edad de la aparición de la **displasia** es en las mujeres jóvenes y es un hallazgo actualmente frecuente, sobre más de un millón de mujeres procedentes de consultas de planificación familiar, es decir supuestamente sanas, encontraban un 2.5% de prevalencia.

Parece que aquellas mujeres que toman un **contraceptivo oral** conteniendo **gestágenos** tienen una mayor prevalencia de **displasia cervicales**. (3).

La **unión escamocilíndrica** del cuello uterino representa un área de proliferación activa de células escamosas. En la niñez, se localiza un grado variable en la porción vaginal expuesta del cuello.

En la **pubertad**, por la influencia hormonal y quizá por cambios en el PH vaginal, el borde escamoso comienza a incrustarse en el epitelio de capa única que secreta moco, originando un área de **metaplasia** (zona de transformación).

Factores relacionados con el coito pueden originar anomalías celulares es que en algún tiempo tal vez resulten en el desarrollo de **displasia** de las células escamosas o **cáncer**.

Hay grados variables de displasia, definidas por el grado de atipia celular.

No es posible predecir el potencial maligno de una lesión específica.

Algunas permanecen estables por largos periodos; algunos regresan y otras más avanzan. (4).

ETIOLOGIA.

Se desconoce la causa del carcinoma cervicouterino; no obstante pruebas actuales sugieren que se trata, de un proceso multifactorial vinculado con diversos factores epidemiológicos clínicos.

La teoría del campo de origen del carcinoma de células escamosas del cuello uterino sostiene que el cáncer empieza en zonas que han sido alteradas previamente para volverse neoplásicas potenciales.

La mayoría de los cánceres cervicales hacen su aparición inicial en zonas de epitelio displásico atípico y se desarrollan con gran lentitud.

La causa de estos cambios atípicos en las células se desconoce, aunque hay pruebas crecientes de una causa viral. (5)

La similitud de los datos epidemiológicos entre NIC y cáncer invasor es una de las líneas de evidencia que apoya el concepto de que estas dos lesiones sólo son etapas diferentes de la misma enfermedad.

EPIDEMIOLOGIA.

Debe considerarse como factores de riesgo para el cáncer del cuello del útero:

1. - Mayores de 25 años.
2. - Inicio temprano de relaciones sexuales (antes de los 19 años).
3. - Promiscuidad de la pareja.
4. - Multiparidad (más de cuatro partos).
5. - Embarazo temprano (antes de los 18 años).
6. - Infección cervical por virus del papilecua humano.
7. - Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.
8. - Tabaquismo.
9. - Deficiencia de folatos y vitaminas A, C, y E.
10. - Nunca haberse practicado estudio citológico.
11. - Inmuno supresión.
12. - Nivel socioeconómico bajo. (6)

Se ha informado que el cáncer in situ, se presenta en una edad promedio de 41.6 años, el microinvasor a los 45.4 años y el estadio I-B a los 46 años.

El inicio de vida sexual activa se presenta en una edad menor de 18 años en 62% de pacientes lo cual se ha relacionado con la etiopatogenia del cáncer del cérvix y es similar a lo informado por otros autores los cuales encuentran un 68% de pacientes con vida sexual antes de esta edad.

La multiparidad (más de cuatro partos) se presenta en 85%, lo que es acorde con lo informado por otros autores que expresan que el cáncer del cérvix es una patología de múltiparas. (7)

Las mujeres múltiparas corren mayor riesgo para desarrollar cáncer del cérvix invasor en relación a quienes se han embarazado una vez o nunca; su riesgo relativo se incrementa 3 veces cuando han tenido 6 gestaciones y hasta 5 veces la paridad es mayor a 10. (8).

En conjunto se puede trazar el biotipo de la mujer de alto riesgo que se puede definir como cazada precozmente o con inicio de vida sexual en la adolescencia, con distintos compañeros, e higiene sexual defectuosa perteneciendo además a nivel socioeconómico bajo. (9)

El riesgo de cáncer cervical tiene relación inversa con la edad en el momento del primer coito y directa con el número de compañeros sexuales durante toda la vida.

El virus de herpes simple (VHS), en la actualidad se cree que es un cofactor más que un agente. (10)

Datos epidemiológicos apoyados con hibridación molecular de ácido desoxirribonucleico de VPH indican un riesgo significativo como precursor de CaCu.

Los grupos de VPH de riesgo oncogénico clasificados como: bajo riesgo (6, 11, 42, 44), riesgo intermedio (31, 33, 35, 51, 52, 58), y alto riesgo (16, 18, 45, 56). (11).

La tendencia actual es de considerar la asociación de papiloma, virus asociado a displasia epitelial y neoplasia del cérvix uterino en un gran número de casos, hecho que parece sugerir fuertemente la presencia de lesiones papilomatosas y el desarrollo del carcinoma cervical.

En relación a edad no existe diferencia significativa encontrándose su mayor frecuencia en etapa de mayor actividad sexual, lo que confirma que los hábitos sexuales continúan siendo un factor predisponente o que llega a determinar un alto riesgo de cáncer cervical.

En un estudio realizado en la Clínica Hospital Toluca del (ISSEM y M) en 1985 y 1986 se analizaron 5,000 citologías exfoliativas cérvico vaginales; detectándose 211 casos como portadores de neoplasia intraepitelial cervical (NIC), de esta muestral 42 casos (.84%), presentaron evidencia morfológica de infección por virus de papiloma humano.

En relación a los grupos de edad, la prevalencia se encontró entre los grupos de edad comprendidos entre los 31 y 35 años, y en pacientes con más de 50 años. (12).

El riesgo de carcinoma in situ del cuello aumenta ocho veces en aquellas con tres o cuatro compañeros sexuales y se señala que si tienen más de seis el riesgo aumenta 14.2 veces.

En pacientes que tuvieron su primer coito a los 20 años o antes, el riesgo relativo de carcinoma in situ fue de 2.55 veces mayor que en aquellas que se iniciaron a los 21 años o después.

Briton demostró que las mujeres fumadoras y portadoras de infección por VPH tienen mayor riesgo de desarrollar carcinoma cervical que las igualmente infectadas pero no tomadoras.

Las mujeres en las que se detecto ADN de VPH tipos 16 ó 18 el RR de carcinoma epidermoide del cérvix aumentaba con el número de cigarrillos fumados diariamente.

Estos resultados apuntan hacia la existencia de una interacción sinérgica entre los UPH y los componentes carcinógenos del tabaco.

Parece comprobarse un cierto efecto protector con las dietas ricas en vegetales y/o beta carotenos. Parece demostrado que la vitamina A ejerce un efecto protector frente al VPH como inductor de CIN.

Romhey observa una disminución de retinol y de la proteína transportadora del ácido retinoico en las piezas de biopsia de mujeres con lesiones displásicas de cuello.

Algunos investigadores han hecho notar que el déficit de algunos nutrientes durante el embarazo como el de folatos, podría explicar el aumento de riesgo de cáncer cervicouterino asociado con la pariedad.

Entre las mujeres que toman anticonceptivos orales se han observado concentraciones séricas bajas de folatos y células epiteliales del cérvix pueden presentar características megaloblásticas. También se ha constatado que la administración de folatos mejora las displasias cervicouterinas.

Las infecciones cervicales pueden hacer que el epitelio cervical sea más frágil y se facilite la penetración viral. Además la cervicitis crónica supone un factor inmunosupresivo local.

El agente infeccioso no es siempre transmisible y, por no tener un patrón clínico de infectividad, se transmite solamente tras la exposiciones repetidas.

Los agentes causales de este tipo de cáncer sean algunos de los contribuyentes del semen humano. Se ha observado que algunos proteínas básicas del semen humano puede alterar las células epiteliales y subepiteliales del cérvix e inducir su transformación neoplásica.

Un estudio reciente demostró que la protamina del semen humano animal produce in vitro la transformación de células epiteliales del cuello uterino humano.

El embarazo provoca un estado de inmunosupresión que podría aumentar la susceptibilidad del organismo a los agentes infecciosos. (13).

La presencia de Clamydia el canal cervicovaginal participa de algún modo en la producción de alteraciones epiteliales de tipo displásico que puede progresar hacia carcinoma; por ello su diagnóstico y tratamiento es importante. También posible relación entre colpitis por Trichomona y las displasias y por tanto con el carcinoma del cuello uterino, así como Mycoplasma Hominis. (14)

Los estudios retrospectivos no han podido demostrar que la anticoncepción oral guarde ninguna relación con las neoplasias cervicales u ováricas; sin embargo, un trabajo prospectivo publicado recientemente por Peritz y cols, han objetivado una asociación positiva entre aquella y el aumento de la incidencia de neoplasias cervicales. No obstante, Hyggins afirma que "los anticonceptivos orales que contienen 50 microgramos de estrógenos y 1mg. de progesterona o menos utilizados en poblaciones de bajo riesgo", no se asocian a un incremento del riesgo de neoplasia cervical. (15)

El cáncer del cuello uterino es muy frecuente en mujeres de todo el mundo.

El cáncer cervical ocurre con mayor frecuencia entre las mujeres de Africa del Norte que entre las judías Norteamericanas, o Europeas.

En Estados Unidos ocupa el octavo lugar entre los cánceres más comunes y el tercero de los ginecológicos (cuello uterino 13.000 en 1991).

Asimismo se observaron 600,000 de neoplasia cervical intraepitelial de los cuales 50,000 se clasificaron como grado 3. (10)

La frecuencia del cáncer cervicouterino en América Latina es todavía varias veces más alta que en los países desarrollados y las más elevadas en el mundo se han descrito en ciudades Latinoamericanas.

Ciertos patrones culturales, educación limitada y carencia de servicios de salud adecuados exponen a muchas mujeres los factores etiológicos de esta enfermedad, y probablemente explican la persistencia de un alta frecuencia en la subregión.

De acuerdo con las estadísticas Internacionales México ocupa el primer lugar de mortalidad por cáncer cervicouterino.

Las entidades federativas con mayor mortalidad por cáncer cervicouterino son: Colima, Morelos, Nayarit, Tamaulipas, Veracruz, Tabasco

Todas ellas superan la tasa media Nacional de 24.8 por cien mil mujeres de 25 años y más, tasa alta 42.3 - 31.5; tasa media 31.2 - 19.5; tasa baja 19.4 - 12.1.

Experiencia en el Instituto Nacional de Cancerología Dr. José Luis Ramírez Gaytán.

Del total de neoplasias en la mujer el CaCu ocupó el primer lugar con 5082 casos en el periodo de 1985 a 1991. De estos, 84% correspondieron a CaCu invasor y el 16% a carcinomas in situ.

El promedio, la razón entre invasor e in situ fue de 5.7: 1, durante el periodo de estudio.

El promedio de edad en los casos de CaCu invasor fue de 54.5 años, con intervalo de 21 a 102. De los 4287 casos con cáncer invasor, 3671 (85.6%) fueron estadificados.

De las 3671 casos, el 17.9% se encontraba en etapa clínica I, el 46.8 %, en etapa II, el 31.8% en etapa III, y el 3.5 en etapa IV. (1)

El carcinoma cervicouterino es el tumor maligno más frecuente en nuestro país; constituye el 21% en el total de las neoplasias malignas; el 35% de las que afectan a la mujer; el 85% de las ginecológicas y es la primera causa de muerte en la mujer Mexicana a partir de los 45 años de edad.

En las últimas estadísticas oficiales sobre mortalidad la S.P.P en 1990, registró a los tumores malignos como la segunda causa de mortalidad general.

En la mujer el carcinoma cervicouterino ocupa el primer lugar con 4,280 defunciones.

Al analizar su frecuencia por grupos de edad, el cáncer cervicouterino se registro desde los 15 años aumentando considerablemente a partir de los 35 años de edad.

Para 1990 se registraron en México 17,034.593 mujeres mayores de 25 años, la frecuencia con la que se detectan tanto en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado, el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Secretaria de Salud es de los 4 casos por 1000, citologías realizadas lo que equivale a estimar 68,158 casos de cáncer cervicouterino en el año. (16).

En un estudio semejante a la presente investigación.

Entre Enero de 1986 y Junio de 1987, se realizo en Colombia, Costa Rica, México, y Panamá, un estudio de 759 pacientes que presentaban carcinoma invasor cervicouterino para valorar factores de riesgo de esta neoplasia. Los principales factores de riesgo, identificados fueron:

1.- Edad temprana de la mujer al iniciar relaciones sexuales.

El inicio de las relaciones sexuales en edades tempranas aumento el riesgo de carcinoma invasor del cuello uterino independientemente del número de compañeros sexuales y de otros factores de confusión (incluido el "masculino").

El RR más elevado se observó en las mujeres que tuvieron la primera relación sexual a los 14 ó 15 años comparado con las que la iniciaron a los 20 años o posteriormente.

2.- Número de compañeros sexuales estables.

(Relaciones sexuales durante más de tres meses).

-El riesgo de cáncer cervicouterino aumentó con el número de compañeros sexuales y el RR de las mujeres que refirieron haber tenido 6 o más compañeros fue el 1.7 comparado con el de las monógamas, si bien aumento de 2 ó 3 compañeros. Este hallazgo concuerda con varias investigaciones previas y se puede interpretar como prueba del papel etimológico que puede estar representando algún agente sexualmente transmisible, número de compañeros sexuales estables (relaciones sexuales de más de tres meses de duración).

Aumentó el RR de cáncer cervicouterino de forma más directa que el número de compañeros esporádicos. Una posible explicación sería que la exposición repetida o más prolongada a un compañero portador de un agente infeccioso influye para que se produzca el contagio.

3.- Número de hijos nacidos vivos.

El RR de las mujeres con 10 ó más hijos nacidos vivos fue 4 veces superior que al de las que tuvieron 0 ó 1 hijo nacido vivo.

En varios estudios recientes se ha observado que el RR aumenta con la paridad.

Se debe prestar mayor atención desde el punto de vista de la planificación de programas de salud.

4.- Presencia de ADN de virus de papiloma humano.

(VPH tipos 16 ó 18).

El ADN de UPH tipo 16 ó 18 fue detectado en 62 % de los casos el RR de cáncer cervicouterino se asocio con la positividad de la relación de hibridación a los UPH tipos 16 ó 18.

No se encontró alguna asociación entre los factores de riesgo restantes y la detección del VPH; es decir, que el VPH fue detectado entre las testigo con la misma frecuencia, independientemente de la educación, el número de compañeros sexuales, la edad al inicio de las relaciones sexuales, o el número de hijos nacidos vivos. Los porcentajes de posibilidad solo aumentaron ligeramente con la edad, no se observaron diferencias significativas entre la presencia del virus y el número de compañeros sexuales, la edad de inicio sexual, el uso previo de anticonceptivos orales y el tabaquismo, aunque el riesgo relativo de las fumadoras de más de 10 cigarrillos al día con resultado positivo en la prueba de hibridación (VPH tipos 16 ó 18) fue particularmente elevado.

Papiloma virus 6 y 11, la presencia de estos virus se asocio con un riesgo elevado de cáncer cervicouterino.

5.- Antecedentes de enfermedades venéreas.

El RR de carcinoma cervicouterino según la presencia o no del antecedente de haber padecido alguna enfermedad de transmisión sexual (gonorrea, sífilis, herpes, verrugas genitales, ladillas, y otras), no significativo.

El RR de las que se sometieron a citología vaginal 4 o más años antes aumento 50% mientras que el de aquellas a las que nunca se practicó un frotis fue un 3.0 (200%).

6.- No recibir los beneficios de programas de atención humana.

El antecedente de haberse sometido a la prueba de Papanicolaou parece ser un factor de carcinoma invasor del cérvix en las mujeres pertenecientes a cualquier grupo de edad y subgrupo de riesgo porque permite diagnosticar precozmente las lesiones preneoplásicas. Las mujeres que nunca se les ha practicado una citología vaginal son las que se encuentran en mayor riesgo y a ellas deben dirigirse prioritariamente los programas de detección temprana.

Los factores de riesgo del cáncer del cuello uterino guardan una estrecha relación con condiciones socioculturales cuya transformación requiere un proceso más lento y complejo. Entre tanto, los programas de educación sanitaria y de defecación temprana dirigidos a toda la población femenina, especialmente a los grupos de alto riesgo podrían reducir en gran medida la elevada incidencia de este cáncer en América Latina.

7.- Condición socioeconómica baja.

El RR de las mujeres aumentó en relación inversa al número de años de educación.

El RR de las que no habían asistido a la escuela fue de 208 comparado con las que habían estudiado durante 10 años ó más.

(no significativo).

Se diseñó un indicador que toma en cuenta una serie de características de la condición socioeconómica como la posesión de Servicios Sanitarios en la casa, electricidad, cocina, refrigerador, radio, televisión, se constató que unida que disminuye el número de instalaciones descuenta significativamente el RR de carcinoma cervicouterino.

8.- Número de compañeras sexuales de los compañeros de las mujeres monógamas.

No se encontró asociación entre el riesgo y la frecuencia de relaciones sexuales, visitas a prostitutas.

Los resultados obtenidos respecto al "factor Masculino" apoyan la posibilidad de una asociación entre el comportamiento sexual de los compañeros de las mujeres monógamas y el riesgo de cáncer cervicouterino de estas (bajo riesgo).

9.- Tabaquismo.

El RR de cáncer cervicouterino no aumento significativamente con el número de cigarrillos consumidos diariamente.

Se comprobó que este efecto estaba limitado a las mujeres que empezaron a fumar después de las 30 años.

En una serie de estudios se ha demostrado la asociación entre el tabaquismo y el carcinoma cervicouterino y, sus lesiones precursoras principalmente entre las mujeres que fuman un número elevado de cigarrillos durante mucho tiempo, el riesgo de cáncer cervicouterino en mujeres fumadoras no ha aumentado.

Se puede comprobar que las mujeres en las que se detectó ADN del VPH tipos 16 ó 18, el RR de carcinoma epidermoide del cérvix aumentaba con el número de cigarrillos fumados diariamente.

Estos resultados apuntan hacia la existencia de una alteración sinérgica entre los VPH y los componentes carcinógenos del tabaco

Este hábito no se relaciona con el riesgo. (13).

CUADRO CLINICO.

Las manifestaciones clínicas, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y el pronóstico, son diferentes en cada fase, según el grado, y según la etapa clínica.

En las fases de neoplasia intraepitelial cervical y de invasión incipiente, los síntomas y signos son nulos ó mínimos; la lesión se descubre solo mediante la pesquisa con citología cervicovaginal y el diagnóstico se precisa con colposcopia, prueba de Schiller, biopsia, ó conización cervical.

Cuando existe invasión franca ó diseminación, los síntomas y signos son evidentes y característicos: flujo hemático, hemorragia vaginal, tumor exofítico, ó ulcerado y dolor, que el diagnóstico se hace fácilmente con la exploración ginecológica y con la biopsia; pero se requieren procedimientos complicados, para definir la extensión tumoral y los tratamientos son aún más complicados, únicamente de la competencia de oncólogos en hospitales de tercer nivel.

PESQUISA.

La pesquisa consiste en la aplicación de uno o varios procedimientos diagnósticos o grupos de población asintomática con objeto de descubrir neoplasias ocultas.

La citología es el procedimiento de pesquisa ideal para el cáncer cervicouterino, porque es efectivo en un 95 y 98 %, es inocuo, indolora, no costosa, y de fácil aplicación. Estas cualidades del procedimiento se conjuntan con la accesibilidad del

cérvix a la exploración directa y se tiene el método de diagnóstico que aplicado a grandes grupos de población, ha permitido abatir la morbimortalidad por cáncer cérvico uterino en los países desarrollados.

- Este estudio esta indicado en toda mujer que haya iniciado relaciones sexuales (sin importar la edad), cuando menos cada año.

Se hace fuera de los días de sangrado menstrual, sin que la enferma se haya hecho lavado vaginal en las últimas 48 horas, se coloca en posición ginecológica y antes del tacto vaginal se aplica el espéculo, sin lubricante; con uno de los extremos de un abatelengua partido longitudinalmente se raspa el exocérvix y lo obtenido se aplica en movimientos circulares, en uno de los extremos de una lámina porta-objetos. La otra punta del abatelenguas se insinúa en el endocérvix y se gira varias veces, el moco que se adhiere se aplica en la laminilla, detrás de la primera muestra para dejar un extremo de la laminilla para identificación. Inmediatamente después de la segunda toma (antes de que las células se alteren por desecación), se coloca la laminilla en alcohol, en éter, en una solución de ambos o se rocía con aerosol fijador especial y se envía al laboratorio para su estudio. (16).

Las lesiones de la NIC son asintomáticas. La media de edad para esta neoplasia es 10 años o menos que la del cáncer invasivo del cérvix, que se ubica en 45 a 50 años. Dado que estos trastornos celulares no producen ulceración del cérvix, es usual que tampoco haya anomalías de hemorragia uterina. En algunas mujeres, la lesión causa fragilidad suficiente del epitelio para que se produzca hemorragia al contacto, por lo que la paciente atenta suele advertir goteo de sangre después de duchas vaginales, exámen, o coito.

No hay síntomas en 60% de las pacientes con carcinoma in situ, amén de que más del 20% de las restantes tiene otras anomalías pélvicas que podrían explicar los síntomas. (17).

DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO. NEGATIVO.

Displasia Leve
Displasia Moderada
Displasia Grave
Epidermoide In Situ
Epidermoide Invasor
Muestra Inadecuada

CÉLULAS NORMALES O PROCESO INFLAMATORIO.

NIC *1
NIC 2
NIC 3
NIC 3

*** Neoplasia Intraepitelial Cervical**

El informe del citopatólogo debe seguir la clasificación que se muestra anterior, la presencia de displasia intraepitelial cervical obliga a un estudio exhaustivo de la enferma para corroborar la presencia de neoplasia. Pero no es lícito decidir el tratamiento con base en uno ó varios citologías positivas, es obligatorio comprobar la neoplasia por estudios histológico. (16).

Para que un sistema de detección sea eficaz debe cubrir seis requerimientos básicos:

- 1.- Debe detectar la enfermedad en una etapa en la cual el tratamiento temprano proporcione un pronóstico superior a aquel de etapas posteriores.
- 2.- Debe ser lo suficiente sensible par detectar la enfermedad en etapa temprana.
- 3.- Debe ser lo suficiente específico para distinguir cambios inespecíficos de la enfermedad.
- 4.- Debe ser eficaz en cuanto a costo.
- 5.- Será lo suficiente simple par utilizarse.
- 6.- Debe ser aceptable para aquellas pacientes objeto de detección.

La citología cervicouterina cubre todos estos requerimientos.

Actualmente en E.U, la American Cáncer Society y el American College of Obstetrics and Gymeology recomiendan que todas “las mujeres con actividad sexual actual o pasada, o que hayan llegado a los 18 años de edad, sean objeto de una frotis anual de Papanicolaou y una exploración ginecológica”. Después de tres o más estudios anuales satisfactorios, se puede realizar el frotis de Papanicolaou con menor frecuencia a criterio del médico.

Nomenclatura en Citología Cervical.

Sistema de Papanicolaou	Sistema de la OMS.	Sistema de Bethesda.
Clase I	Normal	Dentro de límites normales
Clase II	Atípico	Cambio de reacción o reparación
Clase III	Displasia	Anomalía de célula epitelial plana Células escamosas atípicas de importancia no determinada Lesión intraepitelial escamosa Bajo grado (incluye HPV)
	Displasia leve	Alto grado
	Displasia moderada	Alto grado
	Displasia intensa	
Clase IV	Carcinoma in situ	Alto grado
Clase V	Carcinoma invasor de células escamosas	Carcinoma de células escamosas
Clase V	Adenocarcinoma	Anomalías de células glandulares: Adenocarcinoma, neoplasia maligna no epitelial.
Clase V		

(18).

Intervalo del examen de selección del extendido de Papanicolaou y riesgo de cáncer cervical.

Algunos estudios sugieren que existe un riesgo mayor de cáncer cervical entre las mujeres que no han sido examinadas con un extendido de Papanicolaou.

El riesgo aumenta 12 veces en las mujeres en quienes no se había efectuado ningún extendido de Papanicolaou en los 10 años precedentes.

El riesgo de cáncer cervical parece aumentar si los intervalos de selección con el extendido de Papanicolaou exceden de los dos años. (19).

Los resultados muestran que aun cuando las mujeres consideran que el Papanicolaou es importante, sus acciones sugieren lo opuesto. Algunas ignoran lo que la prueba indica, sugerente de falta de comunicación entre el médico y la paciente. (20).

El sistema Bethesda se centra en la descripción e interpretación patológica de las células del aparato genital bajo, representados para valoración citopatológica. La

terminología anterior de neoplasia cervical intraepitelial (NCI), se ha sustituido con la más aplicable de manera general, de lesiones intraepiteliales escamosas (LIE). Esta clasificación se subdivide en las de alto y bajo grado, con base en el grado de cambios del núcleo/citoplasma. Este nuevo sistema requiere que el patólogo describa en detalle pertinente cualquier inflamación asociada, células endometriales, efectos hormonales y preparación general de la muestra.

Cuando los resultados de Papanicolaou son normales, el exámen se repite en un año. Si la muestra es inadecuada se repite inmediatamente el estudio, una muestra inadecuada es aquella en la que no se encuentran células endocervicales, está oscurecida por sangre, a perdido la arquitectura celular debido a la deshidratación o solo contiene sangre o moco de células epiteliales.

INFLAMACIÓN : Puede clasificarse como anormal un frotis por varias razones. Una muestra con hallazgos de cambios inflamatorios se repite entre tres y cuatro meses después de completar el tratamiento para el agente etiológico, de resultar conocido.

Si no se ha determinado un agente etiológico, no se indica tratamiento y el frotis se repite a los tres o cuatro meses. El intervalo entre la primera y segunda; muestras permite al epitelio cervical regenerarse después de un suceso infeccioso inflamatorio.

En una revisión reciente de la literatura se encontró que con mayores investigaciones la displasia estuvo presente en 20 a 45% de las muestras de Papanicolaou informadas como "inflamatorio". Cuando la colposcopia se acopla con la técnica de la citología exfoliativa la sensibilidad y especificidad se aproximan al 99%. Por lo tanto si persiste la inflamación a pesar del tratamiento ó si la causa de la inflamación no puede determinarse, debe llamarse a la paciente para que se le practique la colposcopia.

ATIPIA: Hallazgos atípicos del Papanicolaou se tratan de manera diferente; algunas solicitan de inmediato la colposcopia, donde otros recomiendan un receso de tres a cuatro meses para repetir la citología. Si persiste la atipia en este nuevo exámen, se llama a la paciente para repetir la colposcopia. Si se aprecia en la paciente una recuperación espontanea de la arquitectura celular normal, debe llamarse a la paciente para repetir el papanicolaou a los seis o doce meses dependiendo de la valoración individual del riesgo.

LESIONES CERVICALES : Todas las pacientes cuyos Papanicolaou revelen LIE, displasia o carcinoma in situ, deben someterse inmediatamente a una colposcopia. De encontrarse un carcinoma franco de células escamosas, cáncer endometrial u otra neoplasia obvia, se refiere inmediatamente para atención del ginecólogo - oncólogo.

El Papanicolaou es una poderosa herramienta para la vigilancia de las mujeres con enfermedad cervical y los médicos de primer nivel están en posibilidad de valorar a estas pacientes de manera eficaz y precisa.

Los médicos de primer nivel también están en posición de diagnosticar y atender de manera específica al 90% de las pacientes que han tenido hallazgos citológicos anormales. La colposcopia y el tratamiento local forman parte del armamento del médico del primer nivel. (21).

DIAGNÓSTICO.

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS.

- Colposcopia.
- Prueba de Schiller.
- Biopsia.
- Conización cervical.

Después de que la citología descubre la lesión, los procedimientos que precisan el diagnóstico son la colposcopia, la prueba de Schiller, la biopsia y la conización cervical. La colposcopia es un procedimiento excelente para diagnosticar y tratar la NIC; esta técnica se ha vuelto una norma en las valoraciones posteriores de la paciente cuyos Papanicolaou resultan con hallazgos anormales. Es un método recomendable y eficaz para ser utilizado por el médico de primer nivel.

El médico debe familiarizarse con la terminología que se emplea en la colposcopia. La adecuada consta de dos componentes: el colposcopista, debe visualizar toda lesión y la zona de transición escamocolumnar (zona T). Si la lesión o el segmento no pueden verse por completo, se califica el procedimiento como "inadecuado". La zona de transición y la unión escamocolumnar son tan importantes porque la primera es la región en la que se encuentran constantemente metaplasias del epitelio escamoso o columnar, donde la displasia y el cáncer se encuentran más comúnmente. En un estudio, el 90% de los condilomas y las displasias se encontraron dentro o moviéndose de la zona T. Como parte de la valorización colposcópica, se obtienen biopsias de lugares específicos de cualquier lesión sospechosa y se tomen muestras del canal endocervical por medio de curataje endocervical (CE). (21).

Su uso en nuestro medio es poco común ya que se requiere un equipo costoso y del entrenamiento adecuado del clínico. Sin embargo, para fines prácticos en la clínica diaria, la prueba de Schiller es una buena ayuda para el diagnóstico aunque sin la precisión de la colposcopia. La prueba consiste en la aplicación de solución de lugol al

cérvix, normalmente se tiñe de color café oscuro; si el epitelio tiene alguna lesión que altere el contenido de glucógeno de las células, aparecen zonas no teñidas, éstas son sospechosas y de ahí se toma la biopsia; desde luego que no todas las áreas de Schiller positivo (no teñidas), son neoplásicas; pero si toda neoplasia se manifiesta por zonas de Schiller positivo. Si no hay yodo - negativo se toma biopsia de endocérvix.

CONIZACIÓN.

La conización cervical es un procedimiento quirúrgico que requiere anestesia y hospitalización por 12 a 24 hrs, su morbilidad cuando el cirujano tiene experiencia es de 8%, principalmente hemorragia, perforación uterina y obstrucción del canal cervical.

Su efectividad diagnóstica es casi cien por ciento. Como posteriormente se mencionará, en algunos casos conización se hace con fines terapéuticos.

Consiste en la resección de un segmento coniforme del cérvix, de tamaño variable, según las características del cérvix: en las mujeres jóvenes la base es más ancho y el corte en el endocérvix no debe llegar al orificio interno para no provocar insuficiencia istmo - cervical en el caso de embarazo. En las perimenopáusicas el cérvix está más o menos atrófico, así que la base del cono es menor y mayor la resección del endocérvix. En caso que el cono esté indicado en la mujer embarazada, antes de la semana 24 se puede hacer un cono corto, llamado también biopsia de anillo si sólo se extirpa la zona de conjunción de los dos epitelios (de 1 a 1.5 cm, aprox.) y únicamente con fines diagnósticos.

Indicaciones de la conización diagnóstica.

Sin Colposcopia:

1. - Citología sospechosa ó positiva con biopsias negativas.
2. - Biopsia con nivel III, o carcinoma microinvasor con colposcopia.

Con Colposcopia:

1. - Biopsia con NIC y colposcopia no satisfactoria.

Si no se dispone de colposcopio la necesidad de la conización es muy frecuente, porque las biopsias dirigidas sólo con pruebas de Schiller fallan en un 15 a 25% para mostrar un carcinoma invasor; así que si hay discrepancia entre la citología y la biopsia es necesario la canalización, lo mismo que si la biopsia muestra NIC III ó carcinoma microinvasor y su objetivo es precisar el diagnóstico. Sus indicaciones se reducen

mucho (a menos de 5% de los casos), si se dispone de colposcopio; se hace solo cuando se tiene biopsia con NIC, pero con el colposcopio se ve una lesión extensa en el endocérvix o que se insinúa o se pierde en el endocérvix (colposcopia no satisfactoria).

Clasificación al Carcinoma Cervico-uterino.

ETAPA	CARACTERÍSTICAS
0	Carcinoma in situ NIC III
1 A 1	Invasión microscópica no mayor de 3 mm.
1 A 2	Invasión microscópica de 3 a 4 mm de profundidad y no más de 7 mm de diámetro.
1B	Invasión de más de 5 mm o menos con permeación linfática.
I A	Tumor que invade cérvix y vagina hasta tercio medio
II B	Tumor con invasión a parámetro sin llegar a pelvis
III A	Invasión hasta un tercio inferior de la vagina
III B	Invasión de parametris hasta la pelvis. (la obstrucción ureteral se clasifica como III B).
IV	Invasión de la mucosa del recto o vejiga ó metástasis fuera de la pelvis.

Una vez que se precisa el diagnóstico mediante los procedimientos descritos, se clasifica el tumor según normas internacionales, gracias a las cuales es posible tener parámetros fijos para definir la extensión tumoral y así valorar la efectividad de los diferentes tratamientos aplicados en cualquier parte del mundo.

Hasta la etapa 1 A 2, el diagnóstico es microscópico. De la etapa 1B en adelante la lesión tumoral es evidente y el diagnóstico histológico se hace por biopsia directa, sin prueba de Schiller, ni colposcopia; pero para definir la extensión del tumor se requiere además de la historia clínica; exámenes notorios de laboratorio, tele de tórax, urografía excretora, citoscopia y rectoscopia rutinarios.

Diagnóstico integral del carcinoma cervico uterino.

1. - Tipo histológico y grado de diferenciación
2. - Características macroscópicas del tumor exofítico, endofítico e infiltrante.
3. - Etapa clínica, precisando el órgano u órganos afectados cuando el tumor se le del útero.

De esta forma se obtiene la información necesaria para el diagnóstico integral, indispensable para definir la conducta terapéutica.

El 85% de los cánceres del cérvix son epidermoides y su comportamiento (capacidad de invasión, de dar metástasis y respuesta a la radio terapia) en gran parte está definido por el "grado histológico", definido por la proporción de células indiferenciadas apreciando en estudio histológico: grado 1 bien diferenciado, grado 2 moderadamente diferenciado, y grado 3 indiferenciado; a mayor indiferenciación mayor agresividad.

El 15% son adenocarcinomas (originados en el epitelio glandular del endocérvix) o carcinomas mixtos (de origen glandular y escamoso) cuyo comportamiento, en general es más agresivo.

Las características macroscópicas del tumor son importantes porque si el tumor es exofítico (en coliflor) su tamaño determina en gran parte, el tratamiento; si es ulcerado ó infiltrante, la lesión del cérvix puede ser mínima y afectar mayormente el endocérvix y al istmo del útero (tumor de barril), lo que también obliga a conductos terapéuticos especiales.

Finalmente, la etapa clínica define la extensión tumoral y asimismo el tratamiento. Esto se determina únicamente mediante la exploración clínica y los procedimientos paraclínicos de laboratorio y gabinete, y la etapa clínica así planteada, no cambia aunque después de algún tratamiento quirúrgico se encuentre una lesión más avanzada. (16).

TRATAMIENTO.

Tratamiento de etapa 0

Condiciones	Tratamiento.
Con Colposcopio. Enferma joven, pariedad no satisfecha Cualquier edad R. Q * mayor	Criocirugía Láser.
Sin Colposcopio. Enferma joven, pariedad no satisfecha, cualquier edad R.Q mayor	Canalización cervical.
Cualquier edad y pariedad, recurrencia Después de tratamiento conservador	Histerectomía simple extrafacial.

(*) Riesgo Quirúrgico.

La criocirugía (congelación del cérvix) y la fulguración de cérvix con ó eléctrica, son procedimientos conservadores, llamados ambulatorios porque se hacen en el consultorio, aunque si la fulguración es profunda (con láser ó eléctrica) se requiere anestesia y hospitalización.

Tiene la ventaja de que se conservan el órgano; con equipo adecuado, bien seleccionados los casos mediante colposcopia y manos expertas se obtienen hasta 95%de curaciones; pero es necesario insistir que estos tratamientos sólo deben aplicarse cuando se hace el diagnóstico con biopsia y colposcopia y se dispone del equipo adecuado y de experiencia para manejarlo y si se tienen posibilidades de vigilar a la enferma después del tratamiento.

Como las condiciones anteriores no son frecuentes en nuestro medio, la mayor parte de los casos se tratarán con conización, y si la enferma es joven y sin pariedad satisfecha o si el riesgo para la histerectomía es mayor.

Cuando hay pariedad satisfecha, sin riesgo mayor o se trata de recurrencia después de tratamiento conservador, el tratamiento de elección es la histerectomía extrafacial con o sin ooforectomía, según la edad de la enferma.

La conización proporciona curación en el 75% 85% y la histerectomía prácticamente el 100%.

Estudio de la enferma con citología sospechosa o positiva sin colposcopia.
Citología sospechosa ó positiva.
Prueba de Schiller y Biopsia positiva.

Negativa Tratamiento local y Sistémico, repetir Citología y Biopsia.	NIC 1 - 2	NIC 3	CA microinvasor
Negativa Control cada invasor 6 meses.	Sospechosa ó Positiva Negativa NIC 1 - 2 - 3	Control citológico semestral o histerectomía según condiciones.	Conización cervical. Biopsia previa NIC= con extensión glándula Microinvasor. Histerectomía extrafacial.

Estudio de la enferma con Citología sospechosa o positiva con Colposcopia.

Citología sospechosa ó Positiva.
Colposcopia, Biopsia de la lesión, y del endocervix.

NIC 1 - 2	NIC 3	NIC 1 - 2 - 3.
Colposcopia Satisfactoria satisfactoria.	Colposcopia satisfactoria Enferma con familia completa Histerectomía simple	Colposcopia no satisfactoria. Conización Cervical.
Tratamiento Conservador *		* Criocirugía Láser Fulguración.

(16).

COLPOSCOPIA.

Además de la prueba de Papanicolaou, la colposcopia se utiliza para rastrear cáncer cervical. En presencia de un frotis Papanicolaou anormal, el colposcopio se utiliza para amplificar el cuello uterino y ayuda a determinar el sitio de las células anormales para así administrar el tratamiento selectivo. En general hoy en día, en la paciente con frotis Papanicolaou anormal, los médicos utilizan la citología para buscar cáncer cervical y la colposcopia para determinar la estrategia terapéutica.

CONIZACION.

La forma tradicional para tratar a la paciente con frotis Papanicolaou anormal era mediante la conización simple, seleccionando la zona afectada. La ventaja de la selección era que la paciente podía tratarse al mismo tiempo que el médico obtenía tejidos para el estudio permitiendo la valoración patológica.

La conización todavía se utiliza en ciertos casos cuya mayoría en la actualidad, puede tratarse en consulta externa.

TRATAMIENTO CON LÁSER.

Otra forma de tratar la Citología anormal con láser, el cual vaporiza el epitelio que contiene las células anormales. La desventaja de esta técnica es que no deja tejido para hacer diagnóstico definitivo.

CRIOTERAPIA.

Procedimiento mediante el cual se lleva a cabo la destrucción de capas superficiales del epitelio cervicouterino, mediante la cristalización del agua intracelular lo que produce ruptura física de la célula y destrucción de los organelos celulares, así como trastornos bioquímicos, dentro de los refrigerantes que producen una temperatura que asegure la destrucción tisular se encuentran: el óxido nitroso (-89°), y el dióxido de carbono (-65°c), siendo estos los más económicos y disponibles.

También es de vital importancia la técnica utilizada para el congelamiento llevado a cabo dentro de la crioterapia, ya que algunos autores consideran el tiempo de congelamiento un factor importante para la curación de la lesión. (Halo de seguridad óptimo de 5mm. Y 5' continuos de congelamiento). Es eficaz para destruir, por lo menos, el 90% de las células anormales si se encuentran en el estadio preinvasivo (displasia leve y moderada, así como lesiones producidas por el virus del Papiloma humano). (22 - 23).

PEEA - 1.

La técnica más novedosa es el procedimiento de excisión electro - quirúrgica, con asá (PEEA), se trata de una técnica interesante que posee ciertas ventajas sobre otros tratamientos de la resección, ya que en lugar de destruir el tejido lo extrae para así asegurar que un cáncer invasivo no está resecaado. Se efectúa en el consultorio médico y tarda unos 10 minutos utilizando anestesia local de infiltración. PEEA ofrece las ventajas de ser terapéutico y diagnóstico, además de asegurar el descubrimiento de cáncer oculto ó microinvasivo. (24).

LESIONES INVASIVAS.

Todos los cánceres invasores de cuello uterino pueden tratarse con radioterapia o, en casos seleccionados con cirugía radical.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Por qué se detecta una mayor incidencia en las alteraciones del estudio de citología cervicovaginal en nuestro medio, habiendo la debida difusión para la detección oportuna del cáncer cervicouterino?, ya que es una de las principales causas de morbimortalidad no solo de nuestro país, sino a nivel mundial en donde datos estadísticos así lo demuestran.

La frecuencia de cáncer cervicouterino en América latina es todavía varias veces más alta que en los países desarrollados y las más elevadas del mundo se han descrito en ciudades latinoamericanas.

De acuerdo a las estadísticas internacionales, México ocupa el primer lugar de mortalidad por cáncer cervicouterino; constituye el 21% en el total de las neoplasias malignas; el 35% de las que afectan a la mujer; el 85% de la ginecológicas y es la primera causa de muerte en la mujer Mexicana a partir de los 45 años de edad, ya que solo es atendido un 20%.

En la mujer el carcinoma cervicouterino ocupa el primer lugar con 4 280 defunciones.

Para 1990 se registraron en México 17,039,593 mujeres mayores de 25 años, la frecuencia con la que se detectan tanto en el ISSSTE, IMSS, y SSA es de 4 casos por 1000 citologías realizadas lo que equivale a estimar 68 158 casos de cáncer cervicouterino. (16).

A nivel local en la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE, Salamanca Gto., en el periodo comprendido del 1º de Enero al 30 de Julio de 1995; se otorgaron 100 consultas de especialidad en donde se detectaron 3 casos sospechosos (displasias) y 4 casos confirmados de carcinoma cervicouterino.

El cáncer cervicouterino es más común en mujeres con inicio de vida sexual temprana, con varios compañeros sexuales y multíparas. Todos estos factores de riesgo hacen que aumente la incidencia de cáncer cervicouterino.

JUSTIFICACION.

Es necesario, saber si realmente en nuestro medio la incidencia de alteraciones en citología cervicovaginal es alta.

Además de conocer si realmente las mujeres en edad reproductiva, acuden normalmente a realizarse su exámen, ya que esto es importante para hacer un diagnóstico precoz de cáncer cervicouterino.

Se ha comprobado que si se hace una detección temprana de las lesiones precursoras, el porcentaje de curación es alto, del 100%. (24).

El carcinoma cervicouterino tiene una amplia distribución a nivel nacional y mundial, habiendo zonas donde es más frecuente. Se ha reportado una mayor incidencia de carcinoma cervicouterino en América Latina, comparado con países desarrollados, y México ocupa el primer lugar de mortalidad con 4 280 casos (16). En donde las entidades federativas con mayor mortalidad por cáncer cervicouterino son Colima, Morelos, Nayarit, Tamaulipas, Veracruz y Tabasco. Todas ellas superan la tasa media Nacional de 24.8 por cien mil mujeres de 25 años y más; tasa alta 42.3 – 31.5; tasa media 31.2 – 19.5; tasa baja 19.4 – 12.1 (1).

El hacer un diagnóstico precoz, es fundamental para disminuir en forma importante la morbimortalidad en la mujer, ya que como se mencionó anteriormente ocupa el primer lugar de cánceres a nivel nacional.

Dada la magnitud del problema, considero necesario realizar el presente estudio, la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE Salamanca, Gto., en el periodo comprendido del 1° de Enero al 30 de Julio de 1995, en donde se realizaron un total de 577 muestras.

OBJETIVO GENERAL.

Conocer la incidencia de lesiones precursoras y el Ca. Cu. en mujeres con riesgo de los 15-60 años por medio de Citología Exfoliativa Vaginal en la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE. Salamanca Gto., en el periodo comprendido del 1° de enero al 30 de julio de 1995.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.- Conocer la incidencia de alteraciones por medio de Citología Exfoliativa Vaginal, en mujeres con inicio de vida sexual activa temprana de los 15 a los 60 años de edad.
- 2.- Conocer la incidencia de alteraciones por medio de la Citología Exfoliativa Vaginal, en las mujeres multaras de los 15 a los 60 años de edad.
- 3.- Conocer la incidencia de alteraciones por medio de la Citología Exfoliativa Vaginal, en mujeres con dos o tres compañeros sexuales de los 15 a 60 años de edad.

METODOLOGÍA.

Se realizará un estudio descriptivo, que permita ordenar el resultado de la observación de las conductas, características, factores y procedimientos de las variables involucradas para dar a conocer el registro, análisis, e interpretación actual de la incidencia de alteraciones de las lesiones precursoras y el Ca. Cu. mediante la toma de muestras de Citología Exfoliativa Cervicovaginal a la población de riesgo.

PROSPECTIVO: Se planea realizarlo en 6 meses, y se llevara a cabo en las mujeres de los 15 a los 60 años de edad.

LONGITUDINAL: Esta basado en la mujer que acude en forma fortuita al servicio de consulta externa de medicina familiar y medicina preventiva, llevándose a cabo en toda mujer que reúna los criterios establecidos de esta investigación.

UNIVERSO DE TRABAJO: El universo de la población es de 577 mujeres de los 15 a los 60 años de edad, adscritas a esta unidad, de las que solamente se someterán a estudio las que acudan en forma fortuita a realizarse el estudio de Citología Exfoliativa Cervicovaginal en el servicio de medicina preventiva.

TIPO DE MUESTRA:

El tamaño de la muestra fue una población de 577 pacientes que fueron seleccionadas por cuota, y se realizará solamente a aquellas que acudan en forma fortuita, tomándose en cuenta los criterios de inclusión, exclusión y eliminación; mismos que serán captados y registrados de acuerdo con los resultados de laboratorio, que se reporten en el tiempo comprendido del 1° de Enero al 30 de Julio de 1995.

CRITERIO DE INCLUSION:

Toda mujer con uno o varios compañeros sexuales de los 15 a los 60 años que acuden en forma fortuita al servicio de medicina preventiva a solicitar la prueba de DOC.

CRITERIO DE EXCLUSION:

Mujeres con CaCu, cánceres en otros sitios del organismo o metástasis, mujeres menores de 15 años y mayores de 60 años, mujeres histerectomizadas, SIDA.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

Personas que durante el estudio presentaron Ca, Cu., y que no permitan su seguimiento, mujeres que dejan de ser derechohabiente

CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Se escogieron un total de 95 pacientes, por cuota de un total de 577, de acuerdo a la población de pacientes que acudieron a la consulta externa de medicina familiar en forma fortuita y al servicio de medicina preventiva en la clínica de Medicina Familiar ISSSTE Salamanca Gto., en el periodo comprendido del 1° de Enero al 30 de Julio de 1995,

A cada una de las pacientes se les da consejería (motivación), para que actúen de manera adecuada, posteriormente se les elaborará el formato de llenado (Anexo 1).

Se les cita para realizarse su citología exfoliativa cervicovaginal, instruyéndola adecuadamente antes de ir al médico para que no utilice duchas ni lave la vagina, al menos un día antes del estudio.

No debe usar fármacos o preparados intravaginales durante al menos una semana antes del estudio, y debe haber abstinencia coital 24 horas antes de este.

Se dan instrucciones a la paciente, en que consiste la prueba, colocándola en posición ginecológica realizándose asepsia de la región genital, antes del tacto vaginal se aplica el espéculo, sin lubricante; con uno de los extremos del abatelenguas partido longitudinalmente se raspa el exocérvix y lo obtenido se aplica con movimientos circulares, en uno de los extremos de una laminilla porta objetos, con un hisopillo de algodón humedecido en solución salina se introduce en el conducto endocervical y se gira varias veces en sentido de las manecillas del reloj, el moco que se adhiere se aplica en la laminilla, detrás de la primera muestra para dejar un extremo de la laminilla para su identificación.

Inmediatamente después de la segunda toma (antes que las células se alteren por desecación), se coloca la laminilla en alcohol, en éter, en una solución de ambos o se rocía con aerosol fijador especial y se envía al laboratorio para su estudio.

Cabe hacer mención, que las características de la Clínica de Medicina Familiar, no cuenta con Anatomopatólogo, por lo que las muestras de citología se envían a la Clínica ISSSTE, de apoyo en Guanajuato Gto., para su interpretación.

Una vez obtenidos los resultados en un plazo de una semana a quince días, se cita nuevamente a la paciente para su diagnóstico y tratamiento adecuados; en caso de reportar citología anormales, se derivan al servicio de Ginecología que a su vez canaliza al servicio de Oncología.

CÉDULA PARA CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la captación de la información, se elaboró una cédula diseñada para el presente estudio en donde se incluyen los siguientes datos:

Inicio de vida sexual temprana; caso sospechoso y caso confirmado; tomándose como indicador las edades comprendidas de 15 – 60 años agrupados de diez en diez; pareja sexual tomándose como indicador más de 2 compañeros; número de partos de 4 a 7 y más de 8. Registrándose a cada paciente por mes a partir de enero – julio de 1995.

CARTA DE CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Considero que sí se reúnen las características previstas en la declaración de Helsinki y la misma modificada, así como la ley general de salud y el instructivo par tales efectos del ISSSTE, sin descuidar las que surjan durante el procedimiento de aplicación y manejo operativo, del cuestionario estructurado, las cuales se sujetaran de acuerdo a lo normado y previsto.

En cuanto a las consideraciones de las normas o instructivos institucionales en materia de investigación científica, considero que si reúne los requisitos ya que toma en cuenta la declaración de Helsinki y los artículos de la ley general de salud (artículos 96 a 103), y el instructivo de investigación para el ISSSTE.

CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA SER INCLUIDO EN EL ESTUDIO.

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO,**

**CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE
SALAMANCA GUANAJUATO.**

Por medio de la presente, doy mi consentimiento y acepto colaborar voluntariamente y sin presión medie o coacción moral ética ni profesional de ningún tipo en realización de la investigación que se efectuará en la clínica del ISSSTE de Salamanca Gto., durante el periodo comprendido Enero—Julio de 1995, titulada **INCIDENCIA DE ALTERACIONES EN EL ESTUDIO DE CITOLOGIA EXFOLIATIVA VAGINAL**, que consiste en la toma de citologías para sus análisis e interpretación.

Debo mencionar que he sido ampliamente informado acerca de los beneficios potenciales de los resultados a que se lleguen, así como que no revierte peligro, biológico o moral a mi persona, y que puedo negarme a contestar y retirarme de la investigación en el momento que yo juzgue conveniente o que así me convenga, sin que por ello se vea afectada la atención que estoy recibiendo, ni en las prestaciones de esta institución .

FIRMA DE LA PACIENTE INVESTIGADA.

**FIRMA DEL TITULAR DE
LA INVESTIGACION.**

DR. JORGE GARCIA R.

FIRMA DIRETOR DE LA UNIDAD

DR. JAVIER VILLALOBOS G.

RESULTADOS.

El grupo de estudio quedo asegurado con 100 pacientes realizado por cuota, tomándose en cuenta las variables de estudio que son: grupo de edad por numero de partos, grupo de edad con inicio temprano de vida sexual, grupo de edad y numero de compañeros sexuales, grupo de pacientes con reporte de Ca Cu., obteniéndose los siguientes resultados.

TABLA 1.-

En el grupo de edad con número de partos, se observa, una mayor incidencia en la edad comprendida de los 25 a los 34 años con un número de partos de 4 a 7 en 10 mujeres, y con más de 8 en 3 mujeres; siguiendo en orden de frecuencia de los 35 - 44 años en 10 mujeres con un numero de partos de 4 a 7 en 10 mujeres y con más de 8 partos en una paciente; de 45 - 54 años con un número de partos de 4 - 7 en 8 pacientes, y con más de 8 partos en 8 pacientes; lo que da un total de 42% en el grupo comprendido de los 25 - 54 años de edad.

TABLA 2.-

Se observa que el inicio temprano de vida sexual predomina en el grupo comprendido de las 15 a los 24 años, con un total de 69 pacientes; con un porcentaje de 73%.

TABLA 3.-

La distribución por grupos de edad y numero de compañeros sexuales; en el grupo comprendido de los 25—54 años de edad, 7 mujeres tuvieron mas de 2 compañeros sexuales con un porcentaje de un 7%.

TABLA 4.-

Distribución por edad de pacientes con reporte de Ca. Cu. La mayor incidencia de carcinoma cervicouterino, se encuentra en el grupo de edad de 55 - 60 años, siguiendo en orden de frecuencia el grupo de edad de 45 - 54 años y finalmente el de los 25 - 44 años. Se detectaron un total de 3 casos sospechosos que representa el 3%, y confirmados 4 casos que representa un 4%.

TABLAS

Y

GRÁFICAS

INCIDENCIA DE ALTERACIONES EN EL ESTUDIO
DE CITOLOGIA EXFOLIATIVA VAGINAL.

TABLA 1.

DISTRIBUCION : GRUPO DE EDAD
POR NUMERO DE PARTOS

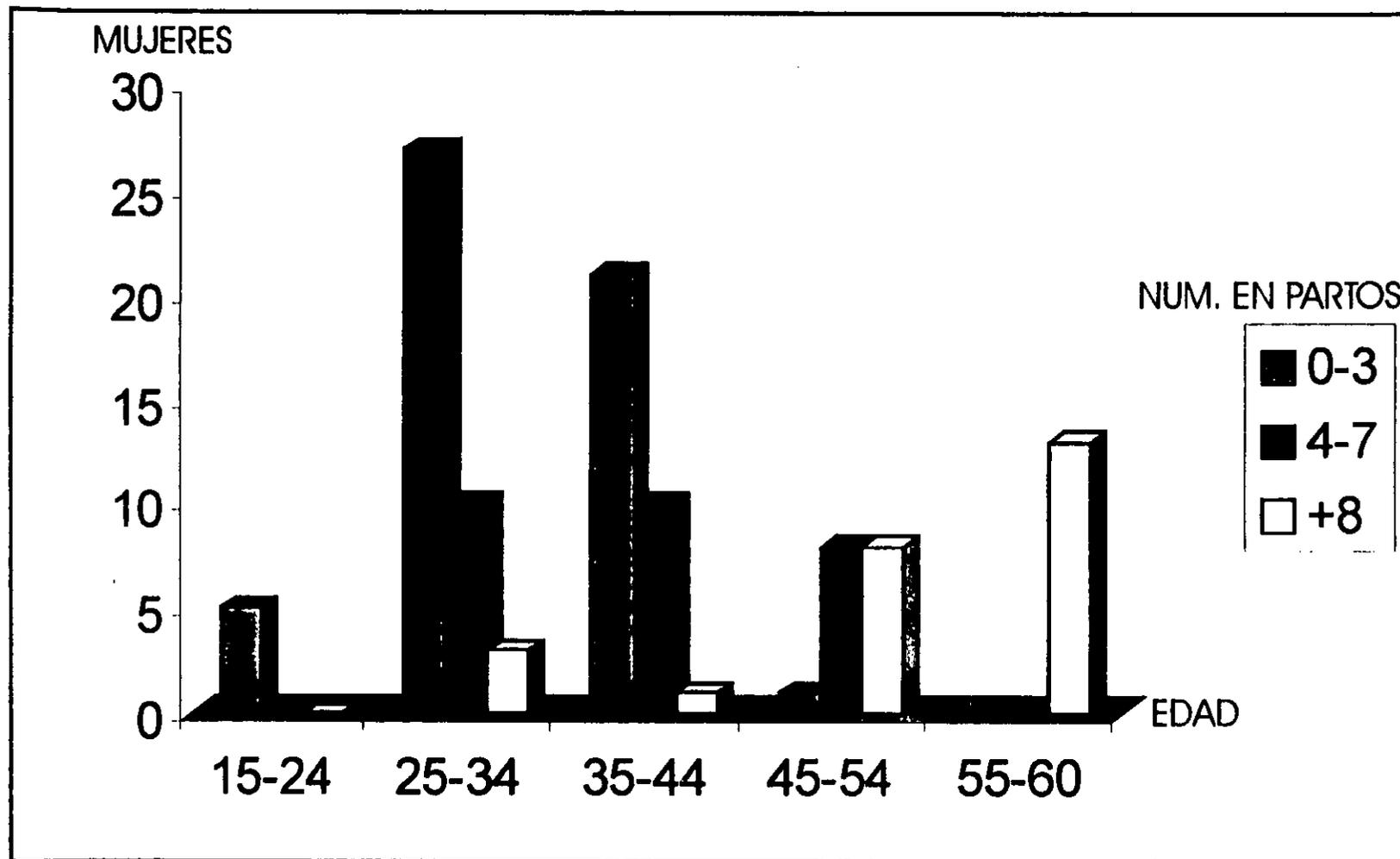
EDAD	NUMERO DE PARTOS		
	0 - 3	4 - 7	+ 8
15 - 24	5	0	0
25 - 34	27	10	3
35 - 44	21	10	1
45 - 54	1	8	8
55 - 60	0	0	1
TOTAL	54	28	13

FUENTE: Reportes de examen citologico de la Clínica de la
Medicina Familiar ISSSTE.
Salamanca Gto.
Enero - Julio 1995.

INCIDENCIA DE ALTERACIONES EN EL ESTUDIO DE CITOLOGÍA EXFOLIATIVA VAGINAL.

GRÁFICA N° 1

MUJERES CON NUMERO DE PARTOS



FUENTE : Reporte del examen citológico de la clínica de medicina Familiar ISSSTE Salamanca Guanajuato Enero - Junio 1995

TABLA N° 2.

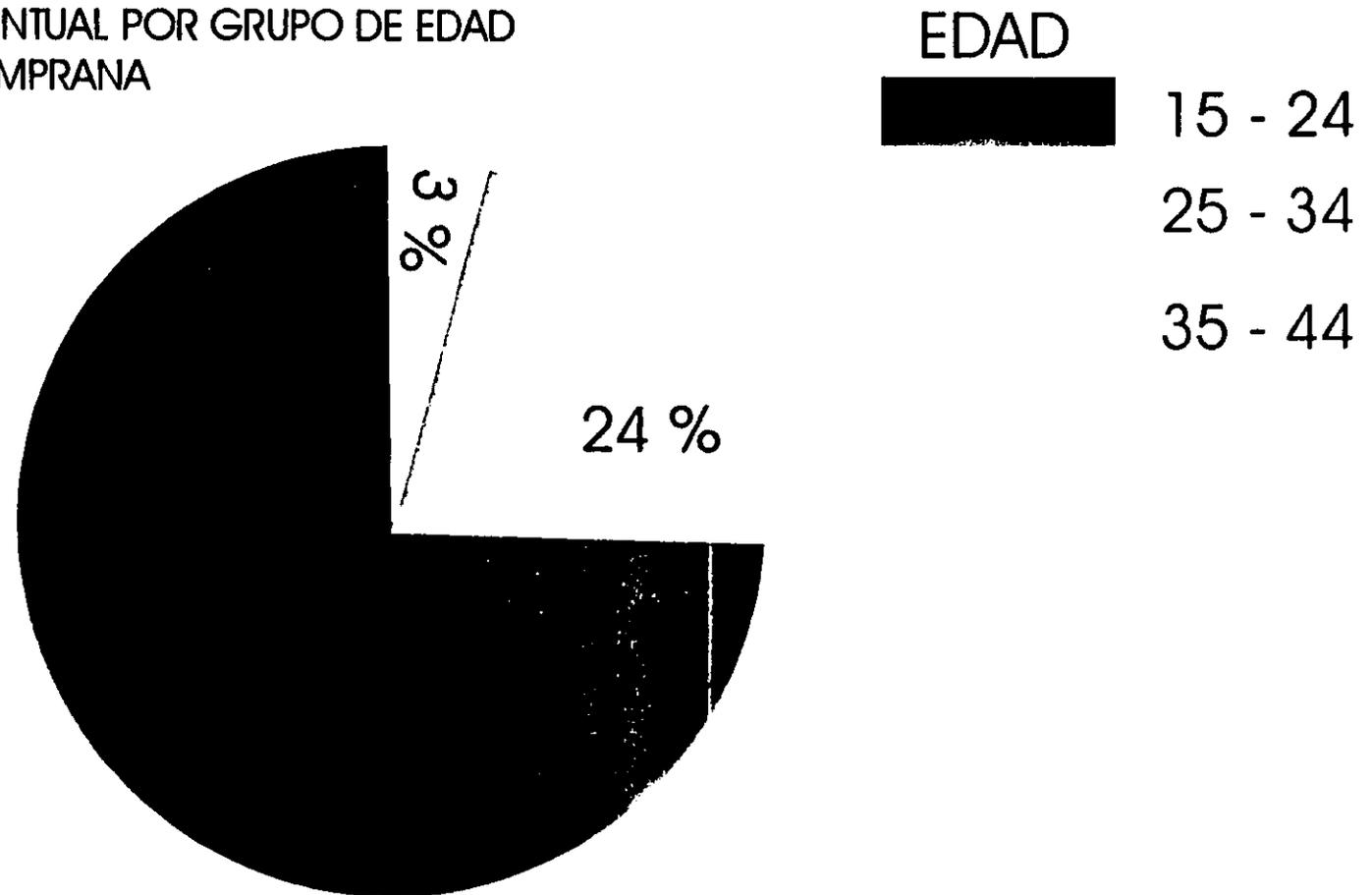
DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD
CON INICIO TEMPRANO DE VIDA SEXUAL

EDAD	TOTAL	PORCENTAJE
15 - 24	69	73
25 - 34	23	24
35 - 44	3	3
45 - 54	0	0
55 - 60	0	0
TOTAL	95	100

FUENTE: Reportes del examen citologico de la Clínica ISSSTE
de Medicina Familiar:
Salamanca Gto.
Enero - Julio 1995.

GRÁFICA N° 2

FRECUENCIA PORCENTUAL POR GRUPO DE EDAD
CON VIDA SEXUAL TEMPRANA



FUENTE : Reporte del examen citológico de la
clínica de medicina Familiar ISSSTE
Salamanca Guanajuato
Enero - Junio 1995

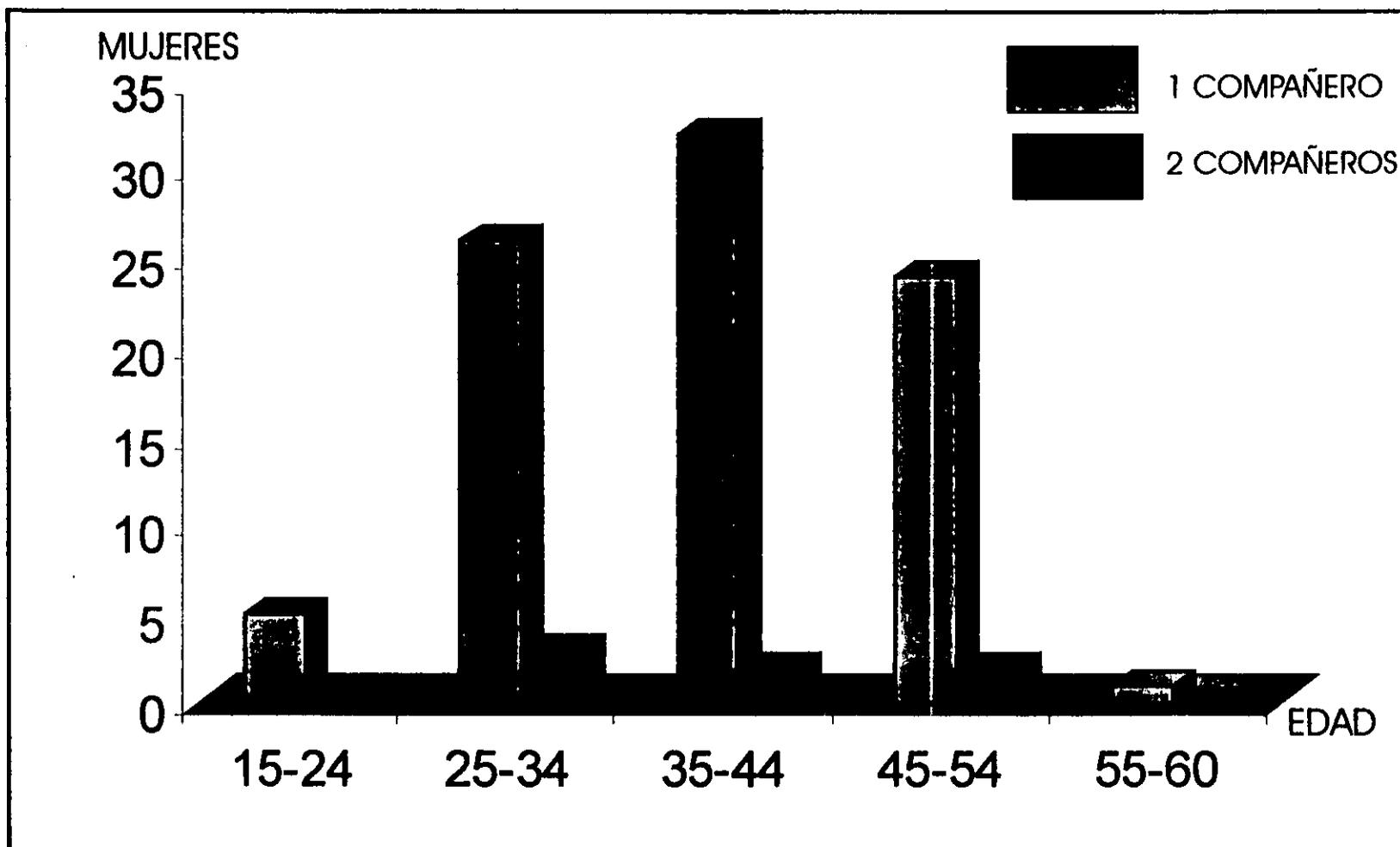
TABLA N° 3
DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD
Y NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES.

GRUPO DE EDAD	COMPAÑERO SEXUAL	
	1	+2
15 - 24	5	0
25 - 34	26	3
35 - 44	32	2
45 - 54	24	2
55 - 60	1	0
TOTAL	88	7

FUENTE: Reporte del examen citológico de la Clínica ISSSTE
de medicina Familiar.
Salamanca Gto.
Enero - de Julio 1995.

GRÁFICA N° 3

DISTRIBUCION POR COMPAÑERO SEXUAL
POR GRUPO DE EDAD



FUENTE : Reporte del examen citológico de la
clínica de medicina Familiar ISSSTE
Salamanca Guanajuato
Enero - Junio 1995

TABLA N° 4

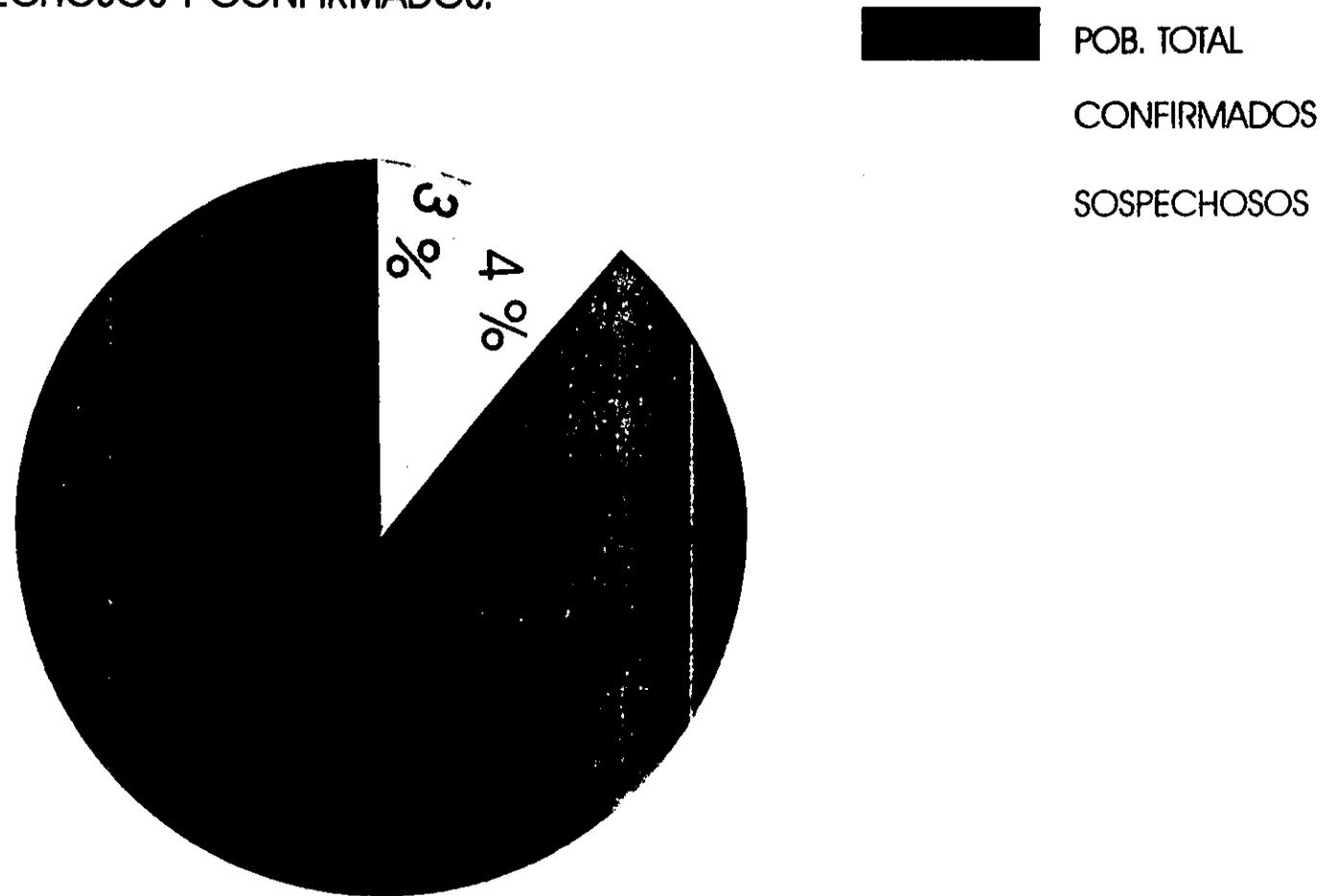
DISTRIBUCION POR EDAD DE PACIENTES
CON REPORTES DE Ca. Cu.

EDAD		
	C.SOSPECHOSO	C. CONFIRMADO
15 - 24	-	-
25 - 34	1	-
35 - 44	-	1
45 - 54	1	1
55 - 60	1	2
TOTAL	3	4

FUENTE: Reporte del examen citologico de la Clínica ISSSTE
de Medicina Familiar.
Salamanca Gto.
Enero - Julio 1995.

GRÁFICA N° 4

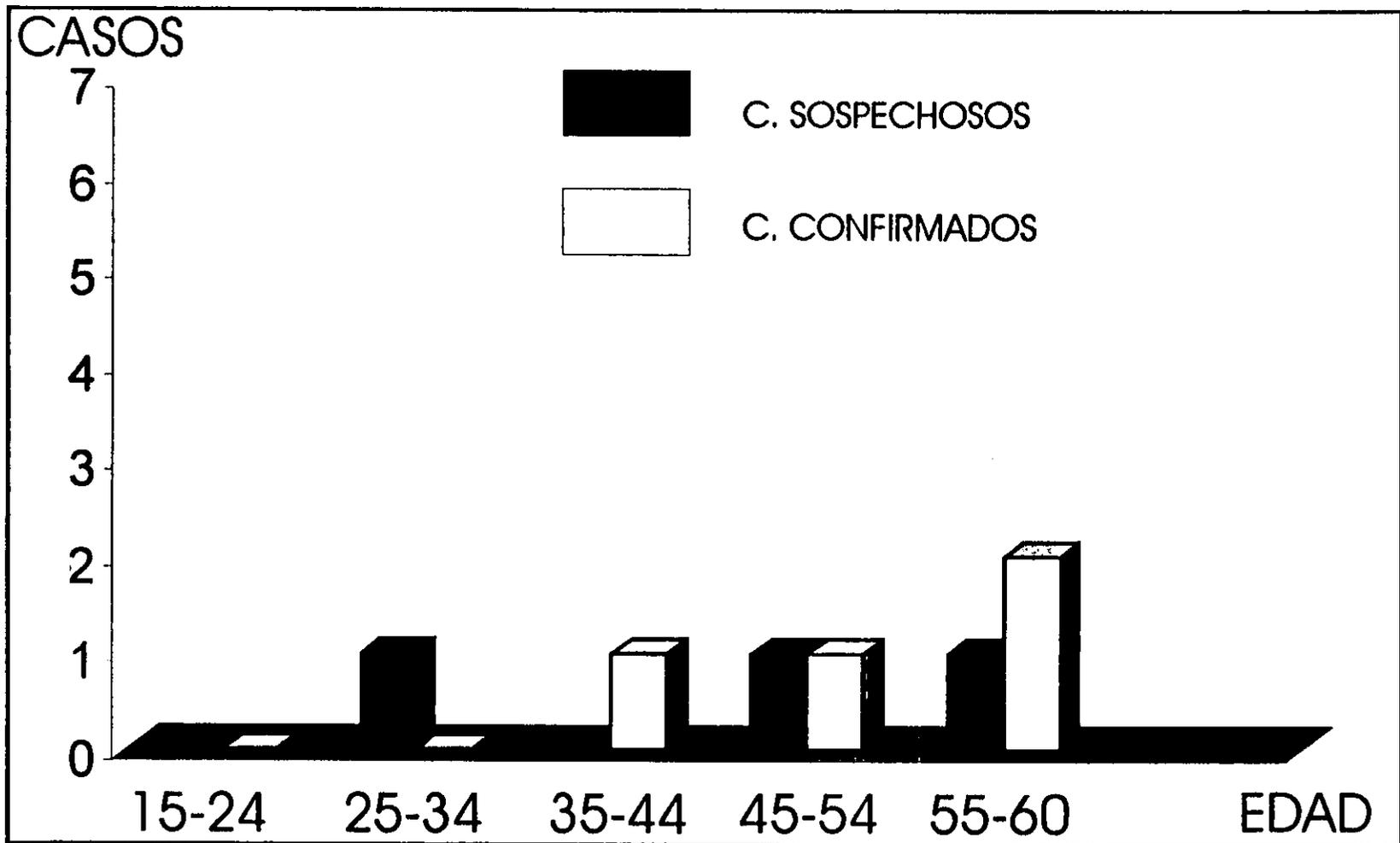
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL TOTAL DE LA POBLACIÓN Y DETECCIÓN PORCENTUAL DE LOS CASOS SOSPECHOSOS Y CONFIRMADOS.



FUENTE : Reporte del examen citológico de la clínica de medicina Familiar ISSSTE Salamanca Guanajuato Enero - Junio 1995

GRÁFICA N° 5

REPORTE DE CASOS CONFIRMADOS
Y SOSPECHOSOS DE LA CLÍNICA ISSSTE
POR GRUPO ETAREO



FUENTE : Reporte del examen citológico de la
clínica de medicina Familiar ISSSTE
Salamanca Guanajuato
Enero - Junio 1995

DISCUSIÓN.

Los resultados obtenidos en el presente estudio, nos permite observar que efectivamente la mayor incidencia de casos confirmados de Carcinoma Cervicouterino se presentaron en el período comprendido entre los 35 - 60 años, con 4 casos que representan el 4 % y, 3 casos sospechosos de entre los 25 - 60 años que representan un 3%; influenciados éstos por los antecedentes o factores de riesgo (multipariedad, inicio temprano de vida sexual y número de compañeros sexuales).

Comparando estos resultados con los de la bibliografía consultada, se observa que si hay concordancia ya que la mayor incidencia de Cáncer cervicouterino en dicha bibliografía reporta:

Al analizar su frecuencia por grupos de edad, el cáncer Cervicouterino se registro desde los 15 años de edad, aumentando considerablemente de edad a partir de los 35 años y en pacientes de más de 50 años(12, 16).

El Carcinoma Cervicouterino es el tumor maligno más frecuente en nuestro país con un 85%. (16)

Con relación a los factores de riesgo, las multiparas corren mayor riesgo para desarrollar cáncer de cérvix invasor en relación a quienes se han embarazado una vez o nunca; su riesgo relativo se incrementa 3 veces cuando han tenido 6 gestaciones y hasta 5 veces cuando la pariedad es mayor a 10.

La multipariedad (más de cuatro partos), se presenta en un 85%, en el presente estudio con un 42%, lo que es similar con lo informado por otros autores que expresan que el cáncer de cérvix es una patología de multiparas (7-8) .

En la presente investigación, el inicio de vida sexual temprana (antes de los 19 años) se presenta en una edad de 15-24 años con un 73% de pacientes, lo cual se ha relacionado con la etiopatogenia del cáncer de cérvix y es similar a lo informado por otros autores los cuales encuentran 68% de pacientes con vida sexual antes de esta edad (8).

El riesgo de cáncer cervicouterino aumenta con él numero de compañeros sexuales a partir de 2 o 3 compañeros, resultando el presente estudio sólo un 7% (13).

La presente investigación, nos permite reflexionar sobre lo importante que ese hacer énfasis en los factores de riesgo que pueden predisponer al desarrollo de Carcinoma Cervicouterino, y concientizar mas a nuestra población a realizarse la prueba de Citología exfoliativa vaginal en forma periódica para hacer una detección oportuna de esta patología que sin duda beneficiara a nuestras derechohabientes.

CONCLUSIONES.

La presente investigación, nos permite conocer la incidencia de alteraciones en el estudio de la citología exfoliativa vaginal, es significativa en la población estudiada, ya que representa un 7% entre las lesiones precursoras y el Carcinoma cervicouterino comprendida entre los grupos de edad de 25—60 años, lo que apoya lo establecido en el objetivo general.

La enseñanza que nos aporta el presente estudio es significativa, ya que nos permite conocer lo importante que es realizarse el estudio de Citología exfoliativa vaginal, para continuar el avance en cuanto al descubrimiento temprano de las lesiones precursoras y el carcinoma cervicouterino con dicha prueba.

Los profesionales del campo de la salud deben tomar la responsabilidad de incrementar el conocimiento de las mujeres y motivarlas para que actúen de manera adecuada.

En cuanto a Medicina Familiar, es importante hacer mención que el Médico Familiar es el de primer contacto, y tiene la obligación de identificar los factores de riesgo y de concientizar más a la población para realizarse la prueba de citología exfoliativa vaginal para la prevención y tratamiento oportuno de las lesiones precursoras y el Carcinoma Cervicouterino.

BIBLIOGRAFIA.

1. - Cisneros Teresa, Situación actual del programa de prevención del cáncer cervicouterino en México. Cáncer cervicouterino y Lesiones Premalignas (trabajo), Santoyo Pineda César; 1992: 11- 17.
2. - González Merlo J. Displasias del cuello uterino y Carcinoma "in situ" Ginecología. González Merlo. Editorial Salvat 30 ed. 1993: 318 - 324.
3. - Botella Llusía J. Lesiones benignas y premalignas del cuello uterino. El útero fisiología y patología. Botella Llusía J. Editorial Díaz de Santos 1ª ed. 1991: 228 - 229.
4. - Alan J. Margolis, MD y Sodja, Green Wood, MD, MPH Ginecología y Obstetricia. Neoplasia Cervical Intraepitelial. Diagnóstico Clínico y tratamiento. Lawrence M. Tierney, Jr. Stephen J. MC. Phee, Maxine A Papadakis, Steven A. Schroeder. Editorial Manual Moderno 29Ed. 1994 603 - 604.
5. - Edward C. Hill M.D. Trastornos Premalignos y malignos del cuello uterino. Diagnóstico y tratamiento Ginecoobstétricos. Martín L. Pernoll. Editorial Manual Moderno. 6ª ed.; 1993: 1111 - 1112.
6. - Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y mamario en la atención primaria. México D.F. 1994.
7. Bernal B.S. y Col. Citología cervical anormal. Ginecología y Obstetricia de México. Volumen 57; 1990: 190 - 192.
8. Jiménez Cordero A. Echeveste E. Colposcopia y gestación. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 63, 1995: 33 - 37.
9. Fernández Cid A., López Marin L. Citopatología del cáncer del cuello uterino. Citopatología Ginecológica y Mamaria. Fernández Cid A., López Marin L. Editorial Salvat, tomo II, cap. 18; 1990: 147 - 151.
10. Jeffrey Fowler, MD. Pruebas de detección del cáncer cervical. Cáncer cervical, Medicina de Postgrado. MPG. Simposio. Vol.1: 1993 22 - 29.

- 11.- Ojeda O.J. El Médico General y los Problemas de la Mujer (Introducción). Mundo Médico, Vol. 2; N°2, 1993: 55 - 56.
- 12.- Rosales E. G. , Martínez M.M. Neoplasia Intraepitelial Cervical y Virus del Papiloma Humano. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 56; 1993: 87 - 90.
- 13.- Herrero R., Tenorio F. y Col. Factores de riesgo del Carcinoma Invasor Cervicouterino en América Latina. Mundo Médico., Vol.87; 1991, 53 - 54.
- 14.- Fernández Cid A. Infecciones Vaginales y Cáncer. Tratado y Atlas de Vaginitis. Fernández Cid. A. Editorial Salvat, 7ª ed; 1990, 274 - 277.
- 15.- Kenneth R. Niswander. Neoplasias Cervicales y Obstétricas. Manual de Ginecología y Obstetricia, Diagnóstico y Tratamiento. Kenneth R. Niswander. Editorial Salvat, 3ª ed. 1993: 8
- 16.- Secretaría de Salud. Programa de Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino y Mamario. México 1992.
- 17.- Philip J. Disaia. Cánceres Cervicales. Tratado de Ginecología y Obstetricia. Danforth. Editorial Interamericana, Mc. Graw Hill. 6ª ed. 1994: 1045 - 1062.
- 18.- Edward J. Wilkinson. Frotis de Papanicolaou y Detección de Neoplasia Cervicouterina. Edward J Wilkinson y Col. Editorial Interamericana, MC. Graw Hill. Vol.33 N° 4; 1990: 791 - 797.
- 19.- Shy K. Chuj, Mandelson M., Greer B., Figge D. Intervalo de Exámen de Selección del Extendido de Papanicolaou y Riesgo de Cáncer Cervical Year Book de Obstetricia y Ginecología Misheel / Kirschbnin/ Morrow. Editorial Interamericana 2ª ed; 1991 : 226 - 227.
- 20.- Bower M. Conocimiento, Actitud y Conducta de la Mujer Frente al Análisis Papanicolaou. El Médico General y los Problemas de la Mujer. Mundo Médico Vol. 6; N° 2; 1993: 59 - 61.
- 21.- William G.L., Felmar E. Papanicolaou Problemático. El Médico General y los Problemas de la Mujer. Mundo Médico Vol.13; N°4: 1993: 89 - 97.

- 22.- Ibarra M.G., Martínez V.H. Cordoba M.Mac. Efectos de la Crioterapia para lesiones producidas por virus del Papiloma Humanoy Neoplasia Intraepitelial Cervical. Revista Médica del Hospital de la Mujer. Vol.4; N°2 1994: 7 - 11.
- 23.- Álvarez B.A. Cirugía del Cuello Uterino. Revista de Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 59; N°3 1991: 105.
- 24.- Averette H ; Perna V. Rastreo de Cáncer Cervical: Perspectivas y Bases. El Médico General y los problemas de la Mujer. Mundo Médico Vol. 19; N°3 1993: 63 - 68.



CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR., ISSSTE GTO.
 CLAVE 1102140100 SALAMANCA, GTO.
 SOLICITUD Y REPORTE DE RESULTADOS DE CITOLOGÍA VAGINAL.

ISSSTE

1. Identificación de la Solicitante.

Fecha ___/___/___/___/___/___ / Edad ___/___/___ / Cédula ___/___/___/___/___/___

Día, mes, año

Escolaridad _____

Nombre: _____

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre

Domicilio: _____

Calle

Nº.

Colonia

Localidad

Estado

Teléfono

2.- Detección de Ca. C. U.

3.- Antec. Ginecobstétricos

Última citología

(1) primera vez en la vida

(2) un año menos

(3) 2-3 años

(4) mas de tres años

Menarca / ___/___/___/___/___/___

Gesta / ___/___/___/___/___/___

Para / ___/___/___/___/___/___

Abortos / ___/___/___/___/___/___

Cesáreas / ___/___/___/___/___/___

F. U. R. / ___/___/___/___/___/___

día mes año

Edad 1er. Embarazo / ___/___/___/___/___/___

Inicio de vida sexual / ___/___/___/___/___/___

Nº. Compañ. Sex. / ___/___/___/___/___/___

(1) Puerperio postparto

Postaborto

(2) D. I. U. in situ

(3) Tx. Hormonal

(4) Otros tx. Ginecol. P.

(5) Embarazo actual

(6) Post. menopausia

(7) Histerectomía

Fuma actualmente

si ___/no ___/

cuantos cigarrillos al día

/ ___/___/___/___/___/___

4.- Método de Planificación Familiar

(1) Ninguno

(2) Barrera (óvulo, condón)

(3) Hormonal oral

(4) Hormonal inyectable

(5) D. I. U.

(6) Salpingoplastia

(7) Vasectomía (esposo)

(8) Otros

5.- Actualmente presenta

(1) Flujo

(2) Ardor o prurito vaginal

(3) Sangrado anormal

(4) Dolor al coito

(5) Sangrado al coito

(6) Ninguno.

6.- A la E. F. se observa

(1) Cuello normal

(2) Ulceración

(3) Tumorción

(4) Pólipo

(5) Condiloma

(6) No se obs. Cuello.

TIEMPO DE USO / ___/___/___/___/___/___
 Años meses

Impresión clínica

Benigna / ___/___/___/___/___/___

Maligna / ___/___/___/___/___/___

Normal / ___/___/___/___/___/___

**ESTA TESIS NO DEBE
DE LA BIBLIOTECA**

PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIONAL

ANEXO 2

VARIABLE	INDICADOR	1995					
		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
INICIO VIDA SEXUAL ACTUAL	15 - 24						
	25 - 34						
	35 - 44						
	45 - 54						
	55 - 60						
PAREJA SEXUAL	1						
	+ 2						
NUMERO DE PARTOS	0 - 3						
	4 - 7						
	+ 8						
CASOS SOSPECHOSOS	15 - 24						
	25 - 34						
	35 - 44						
	45 - 54						
	55 - 60						
CASOS CONFIRMADOS	15 - 24						
	25 - 34						
	35 - 44						
	45 - 54						
	55 - 60						

RESULTADO DE LA CITOLOGÍA CERVICAL.

7.- Fecha de Interpretación. ____/____/____/
Día Mes Año

8.- Numero Citológico _____

9.- Numero Laboratorio _____

10.- Características de la muestra

- (1) Presencia de cel. Endocervicales
- (2) Metaplasia epidermoide
- (3) Inadecuada para el diagnóstico.

11.- Diagnóstico citológico.

- (1) Negativo a cáncer.
- (2) Negativo con proceso inflamatorio.

- (3) Diglosia leve (NIC I)
- (4) Displasia moderada (NIC II)
- (5) Displasia Grave (NIC III)
- (6) In Sita (NIC III)
- (7) Invasor
- (8) Adenocarcinoma
- (9) Maligno no Especificado

12.- Hallazgos adicionales

- (1) Imagen Virus del papiloma humano.
- (2) Imagen de virus del herpes.
- (3) Tricolomas.
- (4) Bacterias.
- (5) Hongos.
- (6) Otras att. Especifique _____

13.- Repetir estudio () 14.- Motivo. _____

14.- Nombre del citotecnólogo. _____

La muestra fué revisada por el Patólogo (si) (no)

Nombre y firma del Potólogo. _____

Acudir con su Medico (si) (no)

Regresar a nuevo estudio _____ Meses.