



ISSSTE

UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA



71

11226

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS  
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

HOSPITAL GENERAL "A"  
DEL ISSSTE DE TAMPICO TAM.

EL PROGRAMA DE DOC EN LA UNIDAD  
PERIFÉRICA ARBOLEDAS, RESULTADOS DE UN ESTUDIO  
COMPARATIVO EN 64 PACIENTES

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

*Dra. Rosalinda Negrete Rodríguez*

TAMPICO, TAM.

NOVIEMBRE DE 1995

286516

2000



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS  
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

HOSPITAL GENERAL "A" DEL ISSSTE DE TAMPICO TAM.

EL PROGRAMA DE DOC EN LA UNIDAD PERIFERICA  
ARBOLEDAS. RESULTADOS DE UN ESTUDIO COMPARATIVO  
EN 64 PACIENTES

Trabajo que para obtener el resultado de especialista en medicina familiar

Presenta



DRA. ROSALINDA NEGRETE RODRIGUEZ ISSSTE

DIRECCION  
HOSPITAL GENERAL A  
ISSSTE TAMPICO

TAMAULIPAS

NOVIEMBRE 1995

EL PROGRAMA DE DOC EN LA UNIDAD  
PERIFÉRICA ARBOLEDAS, RESULTADOS DE UN ESTUDIO  
COMPARATIVO EN 64 PACIENTES

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar



Presenta

DRA. ROSALINDA NEGRETE RODRIGUEZ

AUTORIZACIONES

  
DRA. MIREYA LORELAIN GONZÁLEZ CASTILLO  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN EL  
HOSPITAL GENERAL "A" DEL ISSSTE DE TAMPICO TAM.

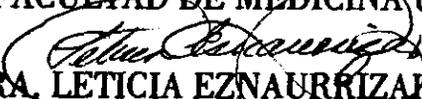
  
DR. ARMANDO ALMORAN HINOJOSA  
CITOTECNÓLOGO Y ASESOR DE TESIS  
HOSPITAL GENERAL "A" DEL ISSSTE DE TAMPICO TAM.

JUL. 31 2000

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA  
ASESOR DE TESIS U.N.A.M.  
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

JEFATURA DE ENSEÑANZA  
E INVESTIGACION  
TAMPICO, TAM.



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

TAMPICO TAM.

NOVIEMBRE DE 1995

EL PROGRAMA DE DOC EN LA UNIDAD  
PERIFÉRICA ARBOLEDAS, RESULTADOS DE UN ESTUDIO  
COMPARATIVO EN 64 PACIENTES

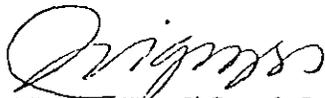
Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar

Presenta

DRA. ROSALINDA NEGRETE RODRIGUEZ

AUTORIZACIONES

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

  
DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

I. S. S. S. T. E.

HOSPITAL GENERAL "A"

JUL 31 2009

JEFATURA DE ENSEÑANZA  
E INVESTIGACION  
TAMPICO, TAM.

  
DRA. MARIA DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY  
COORDINADORA DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.

## DEDICATORIA

*Con gratitud y reconocimiento a mis padres:*

FELIPE Y LUCIA

*Con todo mi amor y por el apoyo que me brindó, a mi esposo:*

ALVARO

*Con toda mi ternura para mis hijas:*

MARIELA Y GABRIELA

*Con todo respeto a las pacientes que participaron en este estudio.*

# INDICE

<i>I.- INTRODUCCIÓN</i>	<i>8</i>
<i>1.- Planteamiento del problema</i>	<i>10</i>
<i>2.- Justificación</i>	<i>12</i>
<i>3.- Objetivos</i>	<i>14</i>
<i>II.- METODOLOGIA</i>	<i>15</i>
<i>4.- Diseño</i>	<i>15</i>
<i>5.- Definición del universo</i>	<i>16</i>
<i>6.- Tamaño de la muestra</i>	<i>16</i>
<i>7.- Definición de los sujetos de observación</i>	<i>16</i>
<i>8.- Criterios de inclusión</i>	<i>17</i>
<i>9.- Criterios de exclusión</i>	<i>17</i>

<i>10.- Criterios de eliminación</i>	<i>17</i>
<i>11.- Técnica y procedimiento para el tratamiento estadístico de los datos.</i>	<i>18</i>
<i>12.- Tipo de estudio</i>	<i>18</i>
<i>III.- ORGANIZACION</i>	<i>19</i>
<i>13.- Programa de trabajo</i>	<i>19</i>
<i>14.- Recursos materiales</i>	<i>19</i>
<i>15.- Recursos humanos</i>	<i>20</i>
<i>16.- Realización de la investigación de campo</i>	<i>21</i>
<i>IV.- ANALISIS DE RESULTADOS</i>	<i>22</i>
<i>V.- CONCLUSIONES</i>	<i>30</i>

VI.- ANEXOS	32
17.- Cuadros	32
18.- Gráficas	38
19.- Encuesta	
VII.- Referencias bibliográficas	48

## MARCO TEÓRICO

### I.- INTRODUCCIÓN

*Una de las mayores preocupaciones en el campo de la medicina ha sido indudablemente la prevención de las enfermedades y actuar siempre ante lo inesperado.*

*En el curso de la historia han surgido grandes aportaciones en el conocimiento del cáncer cervicouterino, como fue en 1780, el estudio de la medicina de los órganos hoy llamada Anatomía Patológica; siguiendo en los años de 1920, con la descripción de lesiones preinvasivas y premalignas con el brillante trabajo de Schiller y hecho posible por el descubrimiento del diagnóstico citológico del médico griego George N. Papanicolaou en 1928. (1)*

*El trabajo presentado en esa época por Papanicolaou causo polémica entre la comunidad médica y al inicio su trabajo fue rechazado. Hasta 1943, su famosa monografía de "citología exfoliativa de cérvix" fue finalmente aceptada. (2)*

*El desarrollo de los programas de fomento a la salud son prioritarios en las comunidades alejadas de los centros hospitalarios principales; en el caso del DOC su práctica en la Unidad Periférica Arboledas, de Cd. Madero, Tam. tuvo el apoyo de las usuarias y el equipo de salud que lo*

*formábamos, puesto que la participación y entusiasmo son primordiales para emprender una labor social que va más allá del costo beneficio que realiza el estado.*

*El contenido de esta investigación puede contribuir para que en otras unidades periféricas se realicen innovaciones en sus programas de fomento a la salud y se deje a un lado la pasividad con que se manejan los módulos periféricos, por el momento a pesar de la controversia de que aún es objeto, el frotis de Papanicolaou sigue siendo una de las pruebas más útiles y continua salvando miles de vidas en la población femenina.*

## 1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

*El programa de DOC en la Unidad Periférica Arboledas se puso en marcha de marzo de 1994 a marzo de 1995, para el servicio de la población femenina sexualmente activa. Este programa además incrementó los servicios de salud de esa comunidad localizada en Cd. Madero, Tam. en un modulo habitacional del FOVISSSTE,*

*En muchos países desarrollados la tasa de incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino ha disminuido espectacularmente en los últimos diez años, gracias al interés del Estado por mantener la disminución de tasas de mortalidad. En Estados Unidos disminuyó en un 70%, en los países nórdicos en 60%, en Escocia 75%, en Canadá y Columbia Británica en un 60%. (1)*

*En países subdesarrollados como el nuestro, el programa de DOC, no ha tenido el impacto deseado quizá debido a la falta de interés social y al desinterés del Estado por incrementar programas de salud. (2)*

*En nuestro país el programa de DOC se implantó desde 1942, el IMSS lo adoptó desde 1962 y el ISSSTE desde 1964. En 1950, se estableció el primer curso de citotecnólogos en el Centro Médico Nacional (IMSS) y en 1974 por decreto presidencial se crea el Congreso Técnico de la Campaña Contra el Cáncer, aun así no se han logrado los resultados deseados.*

*La utilidad del examen de Papanicolaou a nivel poblacional se ha cuestionado porque posee una tasa elevada de falsos negativos que oscilan entre el 8% y el 50%. Los motivos incluyen factores desde el muestreo inadecuado del material a analizar, al proceso incorrecto en el laboratorio y la evaluación errónea de las muestras, sin embargo, en medio de esta controversia continua siendo quizá la única prueba eficaz de screening de cáncer conocida en la actualidad (3).*

## 2.-JUSTIFICACION

*El principal motivo de esta investigación fue la detección de los principales síntomas cervicovaginales por medio del examen de Papanicolaou.*

*El cáncer de cérvix es la neoplasia más frecuente en la población femenina a nivel global, y a pesar de que el Papanicolaou es una prueba de detección empleada desde 1941, existe controversia al respecto de los programas de Detección Oportuna de Cáncer a nivel poblacional como responsable en la reducción de tasas de incidencia y mortalidad, sobre todo en países industrializados, donde ha tenido un impacto positivo. (2)*

*A nivel institucional, el ISSSTE estableció el programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino desde 1964. En la unidad Periférica Arboledas se inició el programa de Papanicolaou en marzo de 1994, logrando tener aceptación gracias a los programas de difusión que se realizaron con el fin de mejorar la calidad de atención a las pacientes.*

*Hoy en día, en países como el nuestro se hace necesaria la investigación en sistemas de salud que evalúen el costo beneficio de los programas de detección de cáncer. Hasta el momento actual en los países no se ha logrado dar una respuesta social organizada aún en disminución de las tasas de morbimortalidad para cáncer cervicouterino.*

*En la ciudad de Tampico el Hospital General A del ISSSTE realiza alrededor de 5700 Papanicolaou anuales en su departamento de Planificación Familiar. En la Unidad Arboledas se practicaron durante el año que duró el estudio de investigación 144.*

*En relación al programa de DOC en la Secretaria de Salud, para el año de 1990 tuvo una cobertura estimada de 12% a nivel nacional que es el resultado de 767.115 pruebas de Papanicolaou, esto refleja una baja cobertura a nivel nacional. (2)*

### 3.- OBJETIVOS

#### a) Objetivo General.

*Consiste en identificar los síntomas cervicovaginales más importantes en la población femenina sexualmente activa.*

#### b) Objetivos Específicos.

1. *- Demostrar lo importante que es practicarse en forma oportuna el examen de Papanicolaou y así disminuir el riesgo de cáncer cervicouterino.*
2. *- Promover el programa de DOC en las Unidades Periféricas del ISSSTE.*
3. *- Difundir entre las usuarias el programa de DOC, mediante carteles y por comunicación verbal.*
4. *- Incrementar los servicios de salud en la Unidad Periférica Arboledas.*
5. *- Realizar con entusiasmo los programas de servicio a la salud, como el DOC.*
6. *- Reforzar con el equipo de salud la importancia que tiene su apoyo y participación.*

## II.- METODOLOGÍA

### 4.- DISEÑO

*Estudio de tipo comparativo y prospectivo realizado en 64 exámenes de Papanicolaou en el programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino que se inició en marzo de 1994 a marzo de 1995, en la Unidad Periférica Arboledas.*

*Para ello se seleccionaron dos grupos de población femenina sexualmente activa y se formaron dos grupos de 32 mujeres cada una con la misma edad de 20 a 60 años.*

*El grupo control se eligió en 32 mujeres que se practicó el Papanicolaou en forma estricta.*

*En contraste, el grupo testigo, tomado al azar, se formó con 32 mujeres que no acudían regularmente al Papanicolaou.*

*En ambos grupos se recopilaron datos mediante entrevista personal y de interés ginecológico con la forma SM-730 de solicitud de examen citológico del ISSSTE.*

## 5.- DEFINICIÓN DEL UNIVERSO

*El estudio se efectuó en 64 mujeres sexualmente activas que se les practicó el examen de Papanicolaou, de ahí surgieron dos grupos de 32 mujeres cada uno con edades entre los 20 a 60 años, formándose un grupo control y un grupo testigo.*

## 6.- TAMAÑO DE LA MUESTRA

*De acuerdo al total de citologías realizadas en la Unidad Periférica Arboledas consistentes en 144 exámenes, se determinó la asistencia anual global de 2800 pacientes, de los cuales un 80% correspondió al sexo femenino y un 20% al sexo masculino. Con estos datos se utilizó la prueba de intervalo de confianza para proporciones y se obtuvo una proporción de mujeres sexualmente activas que acudieron al Papanicolaou del 80%, con un nivel de confianza del 90% y un error estimado del 10%. El resultado del muestreo fue de aproximadamente 64 exámenes.*

## 7.-DEFINICION DE LOS SUJETOS DE OBSERVACIÓN

*En los dos grupos de estudio, control y testigo el elemento principal de observación fue la región cervicouterina, y las relaciones macroscópicas más importantes para su detección y manejo, de acuerdo a los resultados del examen.*

## 8.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- a) *Mujeres con vida sexual activa entre los 20-60 años.*
- b) *Mujeres con varios compañeros sexuales.*
- c) *Mujeres con manifestaciones clínicas ginecológicas persistentes.*
- d) *Mujeres que utilizan diferentes métodos de planificación familiar.*
- e) *Mujeres con historia familiar de cáncer cervicouterino.*

## 9.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a) *Mujeres con amenaza de aborto.*
- b) *Mujeres con tratamiento postradiación que presentan fibrosis de cavidad vaginal.*
- c) *Mujeres que nunca han tenido actividad sexual.*

## 10.- CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

*Se retiraron del estudio a dos mujeres que presentaban amenaza de aborto.*

## 11.-TÉCNICA Y PROCEDIMIENTO DE LOS DATOS ESTADÍSTICOS

a) *Fórmula de intervalo de confianza para proporciones.*

b) *Gráfica de pastel.*

c) *Prueba de chi cuadrada ( $\chi^2$ ): se utilizó para comparar proporciones de valores o categorías entre dos o más poblaciones.*

## 12.- TIPO DE ESTUDIO

a) *Comparativo: consiste en el estudio de 2 grupos de población, un grupo control y un grupo testigo y se compararon variables para contrastar una o varias hipótesis.*

b) *Prospectivo: se refiere a que la información se obtuvo posterior a la planeación de la investigación.*

c) *Longitudinal: de acuerdo a la evolución del estudio se midieron varias ocasiones las variables involucradas.*

d) *Aplicado: se practica a mujeres sexualmente activas de 20-60 años.*

e) *Clínico: Consiste en la detección de lesiones cervicovaginales durante la exploración ginecológica.*

f) *Abierto: Se efectuó en forma voluntaria en las pacientes que desearon acudir.*

### III.- ORGANIZACIÓN

#### 13.- PROGRAMA DE TRABAJO.

*El presente trabajo se realizó en tres etapas:*

- 1)Recolección de datos a partir de la segunda quincena de Marzo de 1994 a Marzo de 1995.*
- 2)Clasificación y recuento de datos, elaboración de cuadros y gráficas en la primera quincena de febrero de 1995.*
- 3)Evaluación de resultados en la segunda quincena de Marzo de 1995.*

#### 14.- RECURSOS MATERIALES

- Consultorio equipado de la Unidad Periférica Arboledas.*
- Uso de laminillas y espejos vaginales.*
- Fijador de la muestra.*
- Formas SM-7-30 de Citología de Papanicolaou.*
- Lámpara de chicote.*
- Uso de material de aseo para lavado del equipo de ginecología.*

## 15.- RECURSOS HUMANOS

- *Un médico residente de Medicina Familiar del segundo año.*
- *Equipo de salud: Formado por una enfermera ( Ana María Maldonado C.).*
- *Población derecho habiente sexualmente activas entre los 20-60 años que acude anualmente al examen de Papanicolaou.*
- *Población derecho habiente del sexo femenino sexualmente activa, entre los 20-60 años tomadas al azar y que no acuden anualmente a practicarse el Papanicolaou.*
- *Asesoría del citotecnólogo de la clínica hospital "A" del ISSSTE de Tampico(Dr. Armando Almorán H. ).*
- *Asesoría del coordinador del turno vespertino de Medicina Familiar (Dr. Francisco Macías R.).*
- *Asesoría en metodología e investigación por la Ing. Lourdes Revilla.*
- *Apoyo de los departamento de Medicina Preventiva de Estadística, de laboratorio y de Central de Equipos y Esterilización.*

## 16.- REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

*Después de la selección de los grupos en estudio se procedió a realizar la encuesta utilizando la forma SM-730 de Papanicolaou que contiene un apartado de datos de interés ginecológico.*

*También se utilizaron los siguientes métodos:*

*a) Método de entrevista personal:*

*Es el más confiable y proporciona información completa.*

*b) Método de observación directa:*

*Realizado por medio de exploración ginecológica que nos permitió detectar lesiones importantes cervicovaginales macroscópicas.*

*c) Tratamiento y vigilancia:*

*Se efectuó de acuerdo a las lesiones macroscópicas detectadas y por supuesto al resultado que arrojó la citología del cérvix.*

*En caso de no haber sido favorables los resultados se enviaron a los pacientes al servicio de ginecología.*

#### IV.- ANÁLISIS DE RESULTADOS

##### *Cuadro A: Clasificación Clásica de Papanicolaou.*

*La nomenclatura y la clasificación de las lesiones escamosas intraepiteliales del cérvix han sido objeto de controversia. La terminología clásica separa las lesiones cervicales no invasoras en dos grupos, displasia y carcinoma in situ. El término displasia se usa para designar proliferación de células anormales que desde el punto de vista citológico se parecen a las del nivel basal del epitelio, pero también muestran atipia nuclear.*

*La displasia puede dividirse en formas leve, moderada y grave. El carcinoma in situ indica anormalidades epiteliales de espesor total que no llega a invasión.*

*La clasificación del I al IV la consideramos obsoleta, pero aún es una de las pruebas más eficientes para detectar cáncer.*

##### *Cuadro B: Clasificación NIC (Richart).*

*En 1968, Richart propuso el término neoplasia intraepitelial cervical, bajo el cual están agrupadas una serie de cambios histológicos con causa, biología y evolución natural comunes. Estos cambios sugieren que hay lesión precursora maligna que, sin tratamiento puede evolucionar a cáncer cervical.*

*La clasificación NIC se divide en tres grados, 1, 2 y 3, se correlaciona con displasia, leve, moderada y grave. El grado 3 incluye tanto displasia grave como carcinoma in situ.*

### *CUADRO C: Clasificación Bethesda*

*Este sistema surgió en 1968, después de una conferencia en el National Cancer Institute en 1988, el cual intentó crear una terminología que reflejará con mayor exactitud la relación del virus del papiloma humano con el cáncer de cérvix.*

*El punto fuerte de este sistema es que la terminología sigue de manera estrecha a la terminología histopatológica. Un aspecto controvertido es que divide las lesiones escamosas intraepiteliales en dos categorías:*

- a) Grado bajo: Incluye infección por HPV, displasia benigna y NIC I.*
- b) Grado alto: Displasia moderada, grave, Ca in situ, NIC 1 y 2.*

*Tampoco resulta la prueba perfecta, por la inclusión de displasia leve y del virus del papiloma humano, en las lesiones de grado bajo que aumentan en forma excesiva este tipo de lesión y puede incrementar el número de mujeres en quienes se practica colposcopia innecesaria.*

*El sistema Bethesda actual incluye las características que siguen:*

- Estimulación del espécimen para valoración diagnóstica.*
- Clasificación general del espécimen como normal o anormal.*
- Diagnóstico descriptivo.*

#### *CUADRO D: Técnica adecuada de Papanicolaou.*

*Aunque la prueba resulta ser relativamente sencilla requiere experiencia y destreza para obtener un frotis adecuado, para lograrlo es necesario seguir varias pautas.*

*Se indica a la paciente que no se duchen o limpien la vagina, que no tengan coito durante 24 hrs. antes, no estar menstruando por lo menos 8-10 días después.*

*Se coloca a la paciente en posición ginecológica, se introduce el espejo vaginal, sin usar ningún tipo de lubricante, primero se introduce una espátula de madera que se gira en sentido de las manecillas del reloj, para obtener una muestra de la unión escamocilindrico (exocervix y paredes vaginales, fondo de saco, se coloca en la laminilla; en seguida se usa un hisopo ó un cepillo para estudio citológico para obtener muestra de la región endocervical, se coloca la muestra en la laminilla y se fijan de inmediato.*

**CUADRO E:** *Usuarios de la Unidad Arboledas con y sin control que acudieron al examen de Papanicolaou. Los resultados de los parámetros encontrados fueron 64 Papanicolaou en total seleccionado 2 grupos con y sin control de 32 pacientes cada uno.*

Grupo control	32	50%
Grupo sin control	32	50%

*La mayor cobertura la obtuvimos dentro de este estudio en los meses de julio y agosto (período vacacional) en un 10.93% cada uno.*

*El nivel de aceptación fue del 99.98% de la población en estudio que asistió a la prueba de Papanicolaou.*

**CUADRO F:** *Principales síntomas cervicovaginales detectados en el grupo que acudió al examen de Papanicolaou.*

*En los 32 pacientes seleccionadas del grupo control, la leucorrea fue el síntoma más frecuente, en un 47% y el síntoma menos frecuente fue dolor suprapúbico en una paciente.*

**CUADRO G:** *Principales síntomas cervicovaginales detectados en el grupo sin control al examen de Papanicolaou.*

En el grupo sin control de 32 pacientes en total, el principal síntoma cervicovaginal fue el prurito vaginal con un porcentaje del 31% y el síntoma menos frecuente fueron dos pacientes con alteraciones en el sangrado transvaginal con un porcentaje del 6%.

**CUADRO H:** Los métodos de planificación familiar más frecuentes utilizados por los grupos con y sin control de Arboledas.

En este cuadro se hizo un registro de las 64 pacientes en total elegidas para el presente estudio. Los parámetros encontrados fueron los siguientes:

<i>Hormonales orales</i>	29.68%
<i>Hormonales inyectables</i>	15.62%
<i>Ritmo</i>	15.62%
<i>Salpingoclasia</i>	14.06%
<i>DIU</i>	10.63%
<i>Ninguno</i>	6.2%
<i>Preservativos</i>	6.2%
<i>Vasectomía</i>	1.5%

*Gráfica 1 y 2: Resultados de Papanicolaou en los grupos con y sin control de Arboledas.*

*En esta gráfica se encontraron los siguientes datos durante el año que duró el presente estudio.*

*Grupo control (clasificación clásica).*

<i>Negativo I</i>	<i>19% (6 pacientes)</i>
<i>Negativo II</i>	<i>78% (25 pacientes)</i>
<i>Positivo IV displasia leve</i>	<i>3% (1 paciente)</i>

*Grupo sin control*

<i>Negativo I</i>	<i>31% (10 pacientes)</i>
<i>Negativo II</i>	<i>63% (20 pacientes)</i>
<i>Negativo III</i>	<i>6% (2 pacientes)</i>

*Gráfica 3 y 4: Síntomas cervicovaginales más frecuentes en el grupo con y sin control que acudieron al Papanicolaou.*

*En esta gráfica relacionamos los síntomas más frecuentes cervicovaginales. En los grupos con control el síntoma más común la leucorrea en un 47% y el síntoma menos común fue el dolor suprapúbico en un 3%.*

*En el grupo sin control predominó el prurito vaginal en un 3%. El síntoma menos frecuente fueron 2 casos de metrorragia con un porcentaje de 6%.*

*Gráfica 5 y 6: Edades de las pacientes con y sin control que acudieron al Papanicolaou.*

En esta gráfica se esquematiza las edades de las pacientes y obtuvimos los siguientes resultados. En el grupo control predominaron edades de 20 a 30 y de 30 a 40 años con un porcentaje de 31% cada una.

En el grupo sin control la mayor asistencia fue la edad entre los 20 y 30 años con un porcentaje de 62%.

Gráfica 7 y 8: métodos de planificación familiar en los grupos con y sin control que acudieron al Papanicolaou.

Esta gráfica muestra lo siguiente:

Grupo control 32 pacientes:

10 pacientes	DIU	31%
20 pacientes	Hormonales orales	63%
2 pacientes	Ritmo	6%
<u>32</u>		<u>100%</u>

Grupo sin control 32 pacientes:

15 pacientes	Hormonales orales	47%
5 pacientes	DIU	16%
5 pacientes	SPC	16%
7 pacientes	Ritmo	21
<u>32</u>		<u>100%</u>

En ambos grupos el método de anticoncepción oral fue el más frecuente.

*Gráficas 9 y 10: Escolaridad de las pacientes con y sin control que acudieron al Papanicolaou.*

*En estas gráficas encontramos los siguientes datos:*

<i>Escolaridad</i>	<i>C. control</i>	<i>pac.</i>	<i>S. control</i>	<i>pac.</i>
	<i>%</i>		<i>%</i>	
<i>Analfabeta</i>	16	(5)	16	(5)
<i>Primaria</i>	31	(10)	31	(10)
<i>Secundaria</i>	16	(5)	16	(5)
<i>Preparatoria</i>	09	(3)	16	(5)
<i>Profesional</i>	16	(5)	9	(3)
<i>Posgrado</i>	12	(4)	12	(4)
	100%		100%	

## V.- CONCLUSIONES

*Al finalizar este estudio observamos con beneplácito que el inicio del programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino en la unidad periférica Arboledas tuvo aceptación por parte de nuestras usuarias en un 96.98%. Cumpliendo de ésta manera con el objetivo general como fue la detección de lesiones cervicovaginales, así mismo, el examen de Papanicolaou permitió detectar síntomas cervicovaginales e inclusive enfermedades de tipo ginecológico, en ambos casos se les dió tratamiento adecuado y en algunas situaciones más delicadas se les ubicó al servicio de Ginecología.*

*Se hace hincapié en lo importante que es fomentar programas de salud en las unidades periféricas del ISSSTE, estimulando al equipo de salud que lo conforman generalmente un médico y una enfermera a trabajar con más ahínco y sobre todo concientizar a las autoridades a que doten del material necesario a estas unidades periféricas.*

*Las unidades periféricas del ISSSTE, como la de Arboledas en Ciudad Madero forman una población importante y también necesitada de programas de salud, ya que muchas de éstas unidades se encuentran muy alejadas de los Hospitales Regionales. De esta manera, el médico familiar debe aportar sugerencias a sus autoridades para promover y realizar programas de salud, como fue el caso del Papanicolaou, para que así le proporcionen los recursos*

*necesarios y de esta forma las unidades periféricas dejen de considerarse "simples unidades de consulta".*

*El programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino con los exámenes de Papanicolaou, logró contribuir aunque no fuese con un porcentaje muy espectacular a disminuir las tasas de morbimortalidad por cáncer cervicouterino y a ofrecer mejores expectativas de vida a las usuarias de Arboledas.*

*Como médicos del primer nivel de atención y especialistas en medicina familiar, tenemos la responsabilidad de fomentar los programas de salud que ofrecen nuestros centros de trabajo, y así como en este estudio se obtuvo la aceptación de las usuarias de Arboledas para examen de Papanicolaou; en otro tipo de programas seguramente se lograrán buenos resultados.*

## VI.- ANEXOS

### *Cuadro A: Clasificación clásica de Papanicolaou.*

<i>Clase I</i>	<i>Negativo. sin alteraciones</i>
<i>Clase II</i>	<i>Negativo. con alteraciones de displasia leve</i>
<i>Clase III</i>	<i>Negativo. Carcioma in situ con displasia leve a severa ("sospechoso")</i>
<i>Clase IV</i>	<i>Positivo. Con displasia severa</i>
<i>Clase V</i>	<i>Positivo. Indica gran actividad celular.</i>

*Fuente: Jeffrey Fowler. Pruebas de detección de Cáncer Cervical. Medicina de Posgrado. 1993;2:22-29.*

### *Cuadro B: Clasificación NIC (Richart)*

<i>NIC I</i>	<i>Con displasia leve</i>
<i>NIC II</i>	<i>Displasia moderada</i>
<i>NIC III</i>	<i>Positivo.</i>

*Fuente: Pruebas de detección de cáncer cervical. Jeffrey Fowler Medicina de Posgrado 1993;2:22-29.*

### *Cuadro C: Clasificación Bethesda*

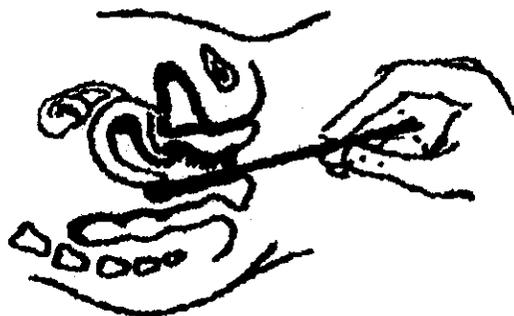
- 1) *Cambios celulares benignos: Infección y cambios reactivos.*
- 2) *Anormalidades de células epiteliales*
  - A) *Células escamosas:*
    - 1.- *Células escamosas atípicas de importancia indeterminada.*
    - 2.- *Lesión intraepitelial escamosa de grado bajo con displasia leve, NCI grado I*
    - 3.- *Lesión intraepitelial escamosa de grado alto que incluye:*
      - Displasia moderada y grave*
      - Cáncer in situ (tipo III)*
      - NCI grado II y III*
    - 4.- *Carcinoma de células escamosas*
  - B) *Célula glandular*
- 3) *Otras neoplasias malignas (especificar)*
- 4) *Valoración hormonal (únicamente se amplifica a frotis vaginales).*

*Fuente: Pruebas de detección de cáncer cervical. Jeffrey Fowler Medicina de Posgrado 1993;2:22-29.*

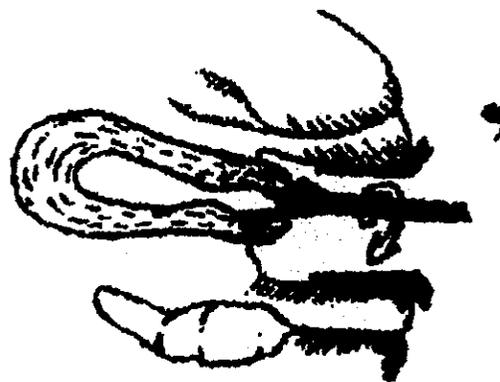
### *Cuadro D: Técnica adecuada de Papanicolaou*

#### *INDICACIONES*

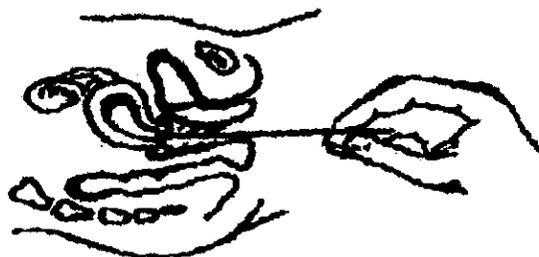
- 1.- *Acudir 10 días después de la menstruación.*
- 2.- *No haber tenido contacto sexual 24-48 hrs. antes*
- 3.- *No aplicarse óvulos vaginales por lo menos 5 días antes.*



*Técnica de toma citológica en vagina. Fondo de saco posterior.*



*Técnica de toma citológica exocervical. La flecha indica el sentido de la rotación a imprimir a la espátula.*



*Toma citológica de canal endocervical. Fuente: Alonso Fernández Cid. Citopatología, ginecológica y mamaria. Limusa. 1984:12-15.*

*Cuadro E: Usuarias de la unidad Arboledas con y sin control que acudieron al examen de Papanicolaou.*

MES	PAP seleccionados		Total	PORCENTAJE
	c/control	s/control		
marzo 94	2	1	3	4.68
abril	2	2	4	6.25
mayo	1	3	4	6.25
junio	2	2	4	7.81
julio	3	4	7	10.93
agosto	4	3	7	10.93
septiembre	2	3	5	7.81
octubre	3	2	5	7.81
noviembre	3	2	5	7.81
diciembre	2	2	4	6.25
enero 95	2	1	3	4.68
febrero	3	3	6	7.81
marzo	2	3	5	7.81
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>64</b>	<b>99.98%</b>

*Fuente: Archivo de Arboledas. 1995.*

*Cuadro F: Principales síntomas cervicovaginales detectados en el grupo control que acudió al examen de Papanicolaou.*

<i>No. de pacientes</i>	<i>Síntomas</i>	<i>%</i>
15	<i>Leucorrea</i>	46.8
8	<i>Dispaurenia</i>	25
5	<i>Prurito Vaginal</i>	15.62
3	<i>Sangrado Postcoito</i>	9.37
1	<i>Dolor Suprapúbico</i>	3.12
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>99.98</i>

*Fuente: Archivo Arboledas. 1995.*

*Cuadro G: Principales síntomas cervicovaginales detectados en el grupo sin control que acudieron al examen de Papanicolaou.*

<i>No. de pacientes</i>	<i>Síntomas</i>	<i>Porcentajes</i>
10	<i>Prurito Vaginal</i>	31.25
9	<i>Leucorrea</i>	28.12
7	<i>Dispaurenia</i>	21.87
4	<i>Sangrado postcoito</i>	12.5
2	<i>Metrorragia</i>	6.25
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>99.99</i>

*Fuente: Archivo de Arboledas. 1995.*

## CUADRO H

*Los métodos de planificación familiar más frecuentes utilizados por los grupos con y sin control que acudieron al Papanicolaou.*

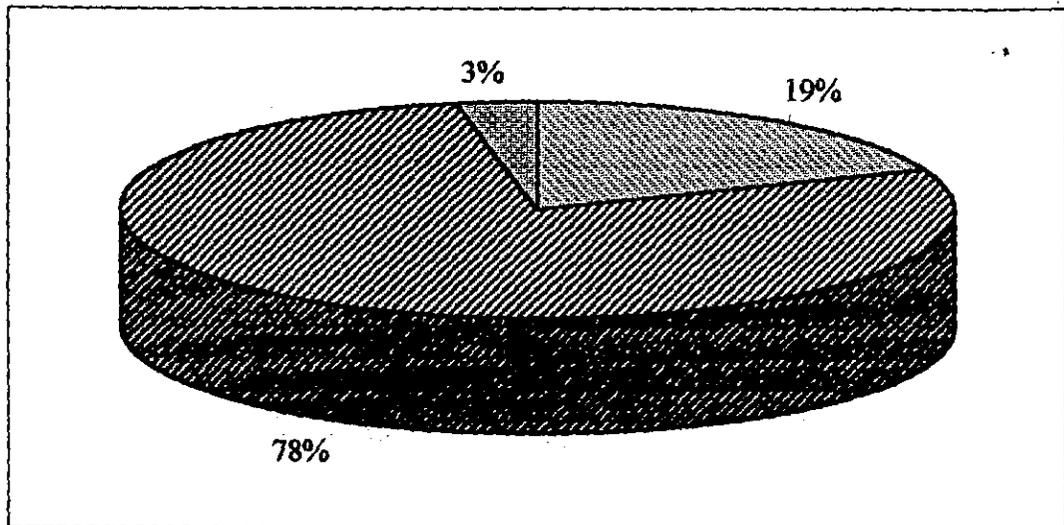
MES	DIU	H ORAL	H INVEC.	SPC	RITMO	CONDÓN	VAS	NINGUNO	TOTAL	%
ANO 1984										
MARZO		1		1	1				2	3.12
ABRIL		1	1	1	1				4	6.25
MAYO	1	3	1						5	7.81
JUNO		1	2	1	1				5	7.81
JULIO	1	2	1	1	1	1		1	8	12.5
AGOSTO	2	3	1	1	2		1		10	15.5
SEPTIEMBRE		1	1		1			1	5	7.81
OCTUBRE			1	2					3	4.68
NOVIEMBRE		2	1	2				1	6	9.37
DECIEMBRE		2		1	1				3	4.68
ANO 1985										
ENERO	1	1				2			5	7.81
FEBRERO	1	1	1		1			1	4	6.25
MARZO	1	1	1		1				4	6.25
TOTALES	7	19	10	9	10	4	1	4	64	
PERCENT.	10.93	29.68	15.62	14.08	15.62	6.25	1.56	6.25	6.25	99.34

*Fuente: Archivo Arboledas. 1995.*

GRAFICAS

## GRAFICA 1

Resultados de Papanicolaou en el grupo con control  
Arboledas

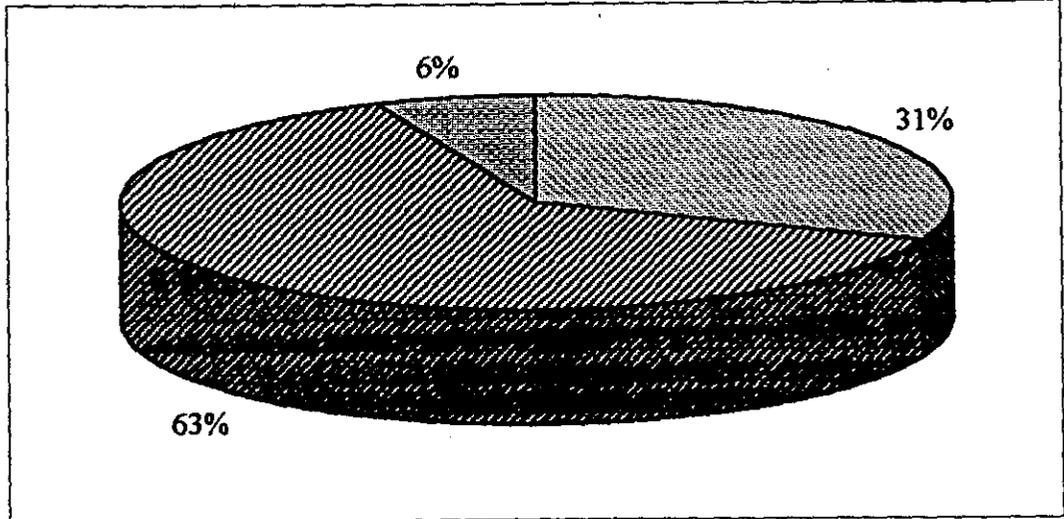


	PACIENTES	x 100	%
NEGATIVO I	8	.19	19
NEGATIVO II	25	.78	78
POSITIVO IV	1	.03	3
<b>TOTALES</b>	<b>32</b>	<b>1.0</b>	<b>100</b>

Fuente: Archivo Arboledas 1995

## GRAFICA 2

Resultados de Papanicolaou en el grupo sin control  
Arboledas



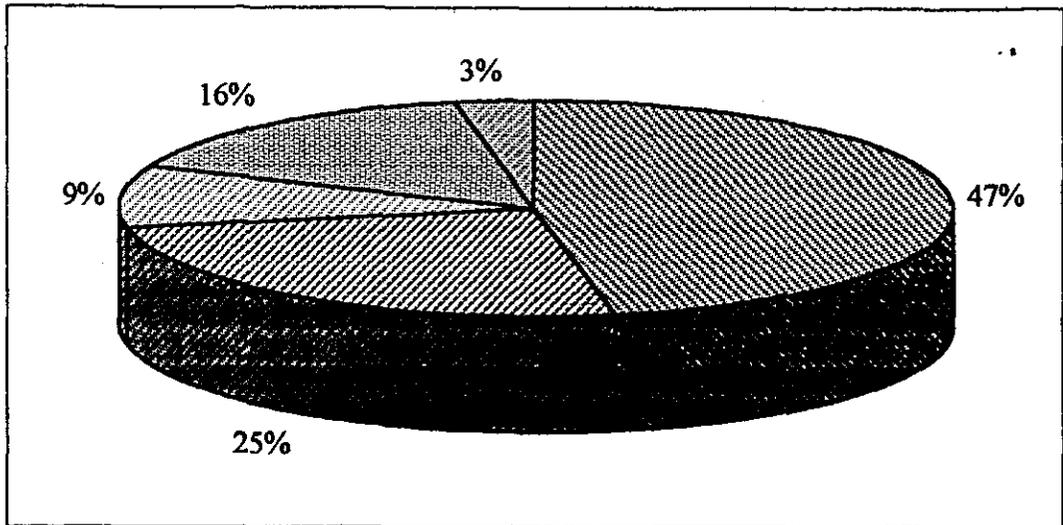
	PACIENTES	x 100	%
NEGATIVO I	10	.31	31
NEGATIVO II	20	.63	63
POSITIVO III	2	.06	6
<b>TOTALES</b>	<b>32</b>	<b>1.0</b>	<b>100</b>

Fuente: Archivo Arboledas 1995

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

## GRAFICA 3

Síntomas cervicovaginales más frecuente en el grupo con control que acudieron al Papanicolaou

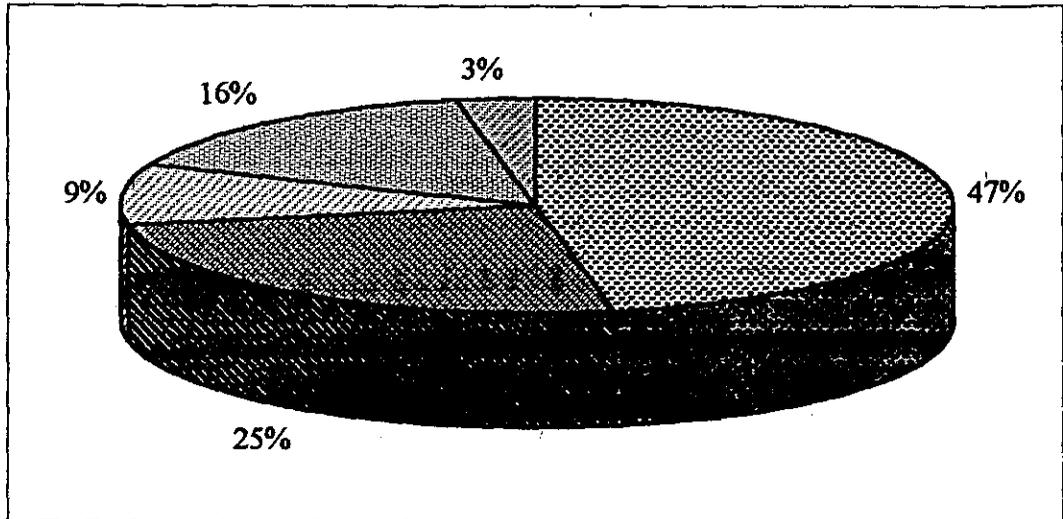


	PACIENTES	x 100	%
LEUCORREA	15	.47	47
DISPAURENIA	8	.25	25
SANGRADO POSTCOITO	3	.09	9
PRURITO VAGINAL	5	.16	16
METRORRAGIA			
DOLOR SUPRAPUBICO	1	.03	3
<b>TOTALES</b>	<b>32</b>	<b>1.0</b>	<b>100</b>

Fuente: Archivo Arboledas 1995

## GRAFICA 4

Síntomas cervicovaginales más frecuente en el grupo sin control que acudieron al Papanicolaou

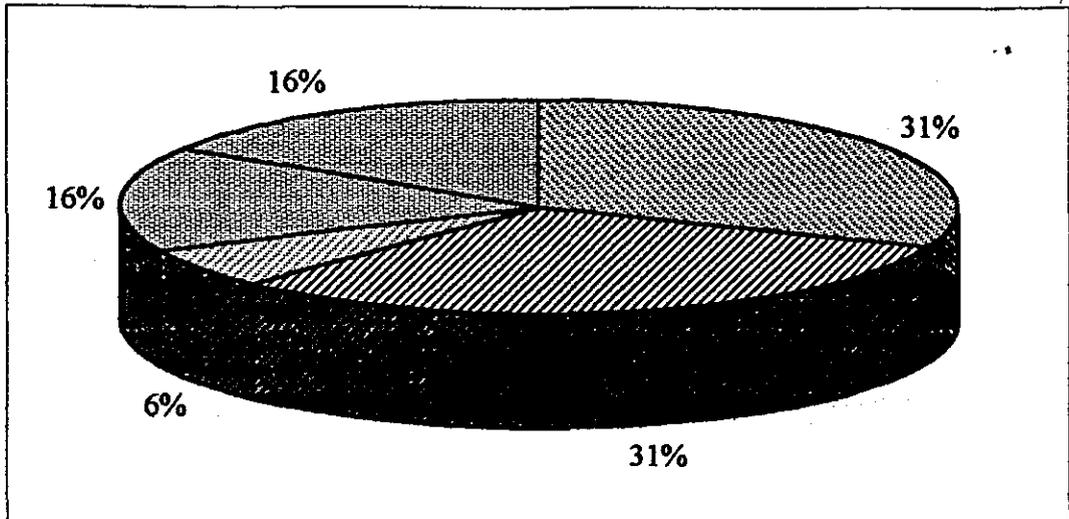


	PACIENTES	x 100	%
LEUCORREA	15	.47	47
DISPAURENIA	8	.25	25
SANGRADO POSTCOITO	3	.09	9
PRURITO VAGINAL	5	.16	16
METRORRAGIA			
DOLOR SUPRAPUBICO	1	.03	3
<b>TOTALES</b>	<b>32</b>	<b>1.0</b>	<b>100</b>

Fuente: Archivo Arboledas 1995

### GRAFICA 5

Edades de las pacientes en el grupo con control que acudieron al examen de Papanicolaou

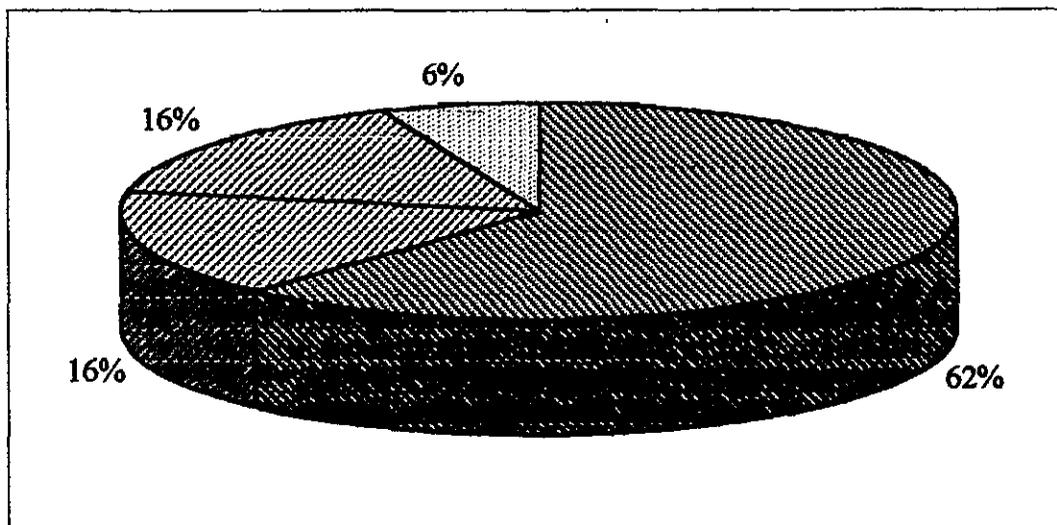


EDADES	PACIENTES	x 100	%
20-30	10	.31	31
30-40	10	.31	31
40-50	2	.06	6
50-60	5	.16	16
60 Ó MAS	5	.16	16
<b>TOTALES</b>	<b>32</b>	<b>1.0</b>	<b>100</b>

Fuente: Archivo Arboledas 1995

## GRAFICA 6

Edades de las pacientes en el grupo sin control que acudieron al examen de Papanicolaou

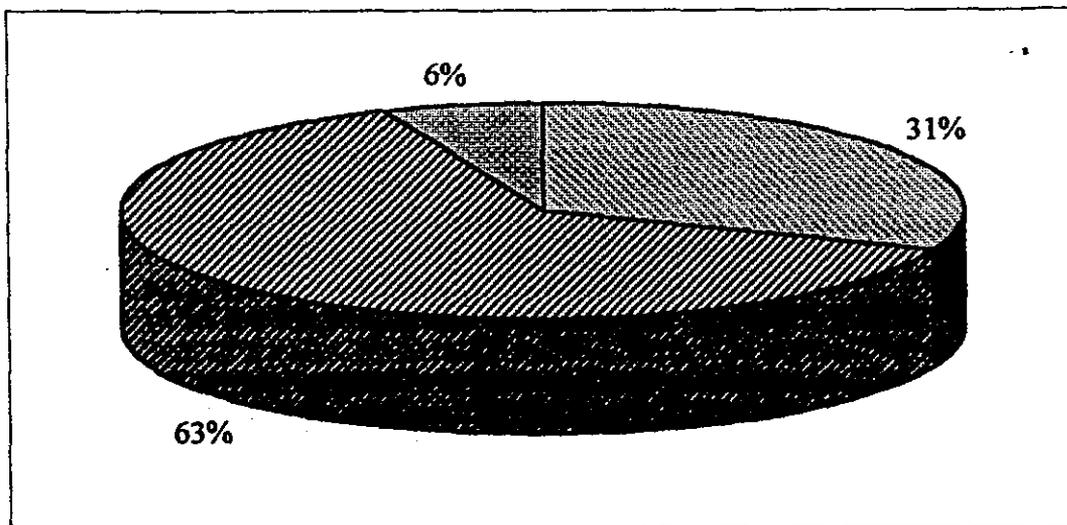


EDADES	PACIENTES	x 100	%
20-30	20	.62	62
30-40	5	.16	16
40-50	5	.16	16
50-60	2	.6	6
60 Ó MAS			
<b>TOTALES</b>	<b>32</b>	<b>1.0</b>	<b>100</b>

Fuente: Archivo Arboledas 1995

## GRAFICA 7

Métodos de planificación familiar en el grupo con control que acudieron al Papanicolaou

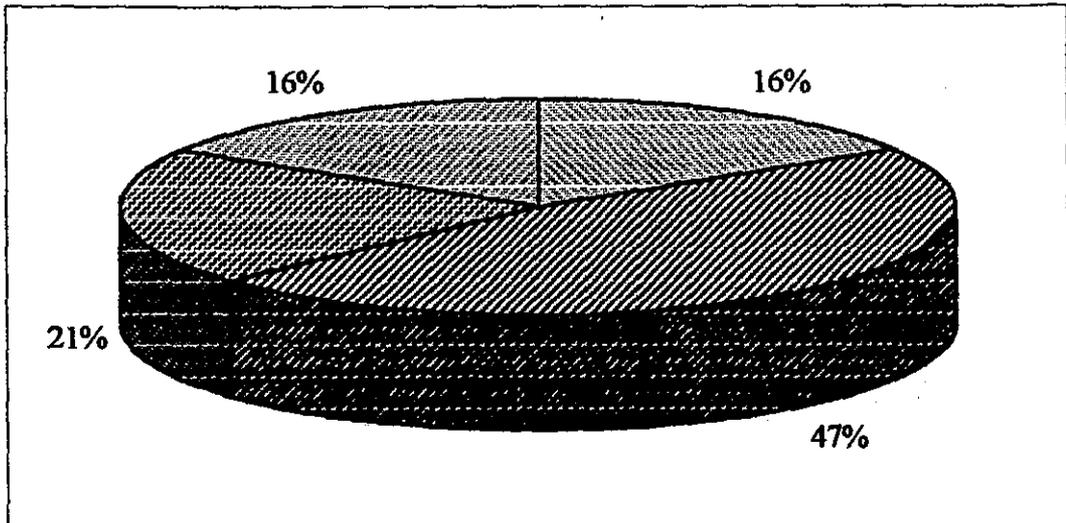


METODOS	PACIENTES	x 100	%
DIU	10	.31	31
HORM. ORALES	20	.63	63
RITMO	2	.06	6
TOTALES	32	1.0	100

Fuente: Archivo Arboledas 1995

## GRAFICA 8

Métodos de planificación familiar en el grupo sin control que acudieron al Papanicolaou

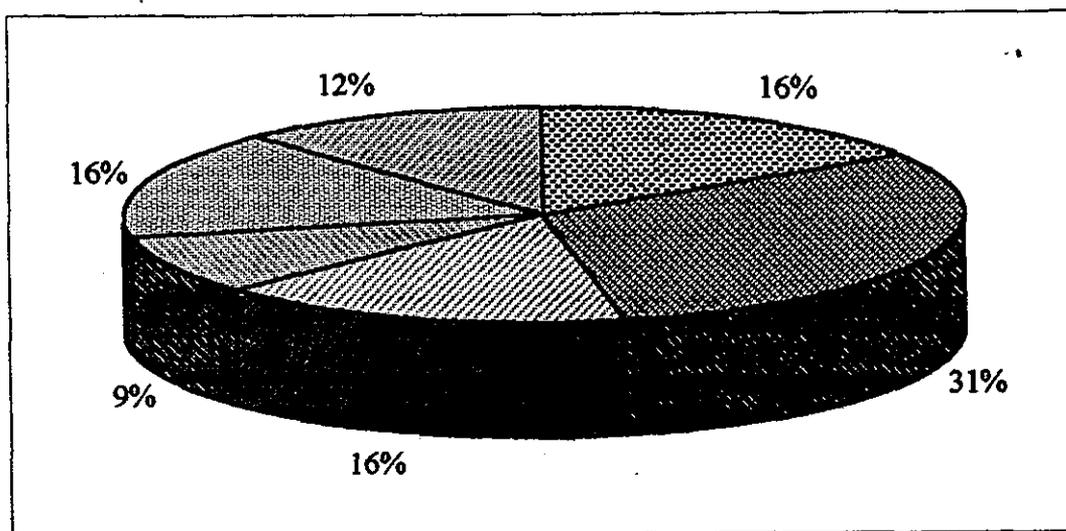


METODOS	PACIENTES	x 100	%
DIU	5	.16	16
HORM. ORALES	15	.47	47
RITMO	7	.21	21
S P C	5	.16	16
<b>TOTALES</b>	<b>32</b>	<b>1.0</b>	<b>100</b>

Fuente: Archivo Arboledas 1995

## GRAFICA 9

Escolaridad de las pacientes del grupo con control que acudieron al Papanicolaou

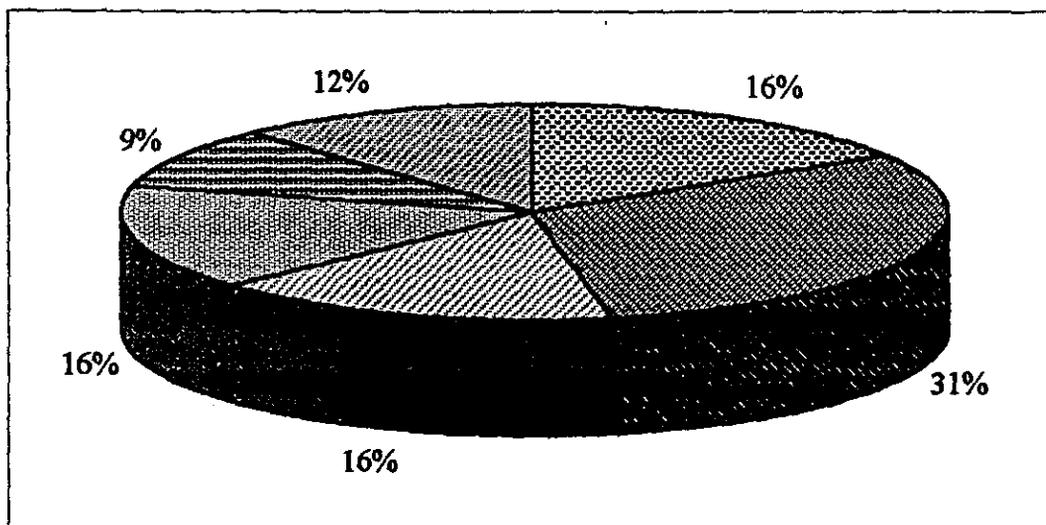


ESCOLARIDAD	PACIENTES	x 100	%
ANALFABETAS	5	.16	16
PRIMARIA	10	.31	31
SECUNDARIA	5	.16	16
PREPARATORIA	3	.09	9
PROFESIONAL	5	.16	16
POSGRADO	4	.12	12
TOTALES	32	1.0	100

Fuente: Archivo Arboledas 1995

## GRAFICA 10

Escolaridad de las pacientes del grupo sin control que acudieron al Papanicolaou



ESCOLARIDAD	PACIENTES	x 100	%
ANALFABETAS	5	.16	16
PRIMARIA	10	.31	31
SECUNDARIA	5	.16	16
PREPARATORIA	5	.16	16
PROFESIONAL	3	.09	9
POSGRADO	4	.12	12
<b>TOTALES</b>	<b>32</b>	<b>1.0</b>	<b>100</b>

Fuente: Archivo Arboledas 1995

ENCUESTA FORMA SM-730

LUGAR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
 UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_ SERVICIO \_\_\_\_\_  
 DIVISION  M. INTERNA  CIRUGIA  GINECO-OBSTETRICIA  PEDIATRIA

PLACA ADRESADA \_\_\_\_\_

AREA  
 EMERGENCIA  
 C. EXTERNA  
 HOSPITALIZACION  
 C. INTENSIVOS  
 HEMODIALISIS  
 A. DOMICILIARIA

NOMBRE \_\_\_\_\_  
 ORIGINARIA DE \_\_\_\_\_  
 OCUPACION \_\_\_\_\_  
 MOTIVO DEL ESTUDIO  
 CAMPAÑA DE DETECCION  
 DIAGNOSTICO  
 FUNCIONAL  
 INVESTIGACION  
 SERIADO N° DE MUESTRA  
 1a. VEZ  
 SUBSECUENTE  
 URGENTE

EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ EXP. \_\_\_\_\_  
 DEPENDENCIA \_\_\_\_\_ CEDULA \_\_\_\_\_  
 ADSCRIPCION \_\_\_\_\_  
 TIPO DE DERECHABIENTE  

T	E	H	PM	P	B	O	No
---	---	---	----	---	---	---	----

 PROCEDENCIA  D.F.  FORANEO  
 DOMICILIO \_\_\_\_\_

**ESTUDIO GINECO-OBSTETRICO**  
 MENARCA \_\_\_\_\_ RITMO \_\_\_\_\_ CICLO  REG  IRRREG  
 Y.S.A. \_\_\_\_\_  
 ULTIMA REGIA \_\_\_\_\_  
 AMENORREA  
 DISFUNCION  
 EMBARAZO SI  NO  
 LACTANCIA  NO  
 MENOPAUSIA  
 FISIOLÓGICA  
 NO FISIOLÓGICA  
 NUNCA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES  
 MENORRAGIA  
 METRORRAGIA  
 TENSION PREMENSTRUAL  
 ESTERILIDAD  
 PRIMARIA  
 SECUNDARIA  
 EMBARAZO SEM.  
 GESTA  
 PARA  
 ABORTOS  
 AMENAZA DE ABORTO INICIACION \_\_\_\_\_  
 ORITO  
 T. DE PARTO  
 POST PARTO SEMANAS \_\_\_\_\_  
 LEUCORREA  
 F. SANGUINO-LENTO  
 SANGRADO AL GOITO

**ESTUDIO NO GINECOLOGICO**

PROCEDENCIA DE MUESTRAS	PRODUCTO	METODO DE OBTENCION
<input type="checkbox"/> CAVIDAD ORAL	<input type="checkbox"/> ESPUTO	<input type="checkbox"/> ASPIRACION
<input type="checkbox"/> LARINGE	<input type="checkbox"/> EXUDADO	<input type="checkbox"/> CATERETERISMO
<input type="checkbox"/> FARINGE	<input type="checkbox"/> JUGO GASTRICO	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIO
<input type="checkbox"/> BRONQUIOS	<input type="checkbox"/> JUGO DUODENAL	<input type="checkbox"/> ENJUAGE
<input type="checkbox"/> ESOFAGO	<input type="checkbox"/> JUGO PANCREATICO	<input type="checkbox"/> FROTIS
<input type="checkbox"/> ESTOMAGO	<input type="checkbox"/> LAV. BRONQUIAL	<input type="checkbox"/> IMPRONTA
<input type="checkbox"/> DUODENO	<input type="checkbox"/> LIQ. AMNIOTICO	<input type="checkbox"/> LAVADO
<input type="checkbox"/> YEUENO-ILEON	<input type="checkbox"/> LIQ. ASCITIS	<input type="checkbox"/> L. CONTRASTE
<input type="checkbox"/> COLON	<input type="checkbox"/> LIQ. CEF. RAQUIDEO	<input type="checkbox"/> LEGRADO
<input type="checkbox"/> RECTO	<input type="checkbox"/> LIQ. PLEURAL	<input type="checkbox"/> PUNCION
<input type="checkbox"/> VESICULA	<input type="checkbox"/> LIQ. PROSTATICO	<input type="checkbox"/> SONDEO
<input type="checkbox"/> VEJIGA	<input type="checkbox"/> LIQ. SINOVIAL	<input type="checkbox"/> CYROS
<input type="checkbox"/> PROSTATA	<input type="checkbox"/> ORINA	
<input type="checkbox"/> RAQUIS	<input type="checkbox"/> SALIVA	

**TRATAMIENTOS PREVIOS**  
 LEGRADO  
 ELECTROCOAGULACION  
 QUIRURGICO  
 RADIACIONES  
 HORMONAL  
 QUIMIOTERAPIA  
 BIOPSIA  POSIT.  NEG. NUM: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**TIPO DE LESION / SITIO**  
 ECTROPION  EXOCERVICAL  
 EROSION  ENDOCERVICAL  
 LEUCOPLASIA  CORPOREO  
 POLIPOS  VAGINAL  
 ULCERACIONES  VULVAR  
 TUMORACION  PROLAPSO

RADIACIONES: DURACION \_\_\_\_\_ DOSIS \_\_\_\_\_  
 TIPO Y FECHAS DE CIRUGIA GINECOLOGICA PREVIAS \_\_\_\_\_

**PATOLOGIA MAMARIA:**  
 NO  SI  DUBIOSA  SOSPECHOSA   
 CLAVE:  
 1a SIN DATOS PATOLOGICOS  
 2a SIGNOS Y/O SINTOMAS LEYES  
 3a SIGNOS Y/O SINTOMAS SEVEROS  
 2 DATOS SUGESTIVOS DE CANCER  
 3 DATOS EVIDENTES DE CANCER  
 DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: \_\_\_\_\_

ESPECIFICACION 1 \_\_\_\_\_  
 DATOS CLINICOS PRINCIPALES: \_\_\_\_\_  
 DIAGNOSTICO RADIOLOGICO: \_\_\_\_\_  
 DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO: \_\_\_\_\_  
 DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MEDICO \_\_\_\_\_  
 CLAVE \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

REG. CAMPAÑA

REG. CITOLOGICO

NOTA: REFERIRSE EXCLUSIVAMENTE AL SECTOR CORRESPONDIENTE  
 CONSULTA DE DETECCION LLENAR SOLO LOS INCISOS IMPRESOS CON LETRAS GRUESAS

PATRON HORMONAL

- VALOR ESTROGENICO
- ACCION LUTEINICA  SI  NO
- CELS. ANDROGENICAS  SI  NO
- AGLUTINACION  POSITIVO  NEGATIVO
- CONSERVACION  BUENA  MALA
- LECTURA HORMONAL NO POSIBLE
- INFORMACION CLINICA INSUFICIENTE
- INTERPRETACION NO POSIBLE
- COMPATIBLE  INCOMPATIBLE
- CON-EDAD Y DATOS CLINICOS
- IMAGEN COMPATIBLE CON:

- EMBARAZO  OBITO FETAL
- A. DE ABORTO  LACTANCIA

TIPO DE CURVA:

ESCALA: 0 A 100 -100= HIPER  
 ESTROGENISMO. 0=SUSENCIA-CICLO  
 NORMAL OSCILA ENTRE 55 Y 90

PATRON CELULAR

- ACELULAR  NO HAY EPITELIO
- CITOLISIS  1  2  3  4
- NECROSIS
- C. MESOTELIALES
- C. MESENQUIMATOSAS
- HISTIOCIITOS
- BLASTOS
- ERITROCITOS
- MACROFAGOS
- REACCION INFLAMATORIA

PATRON MICROBIANO

- BACILIFORME  TRICOMONAS
- COCOIDE  MONILIAS
- MIXTO  HONGOS
- NO HAY FLORA  AMIBAS
- CLASIFICACION NO POSIBLE

ALTERACIONES

- 1.- EP. ESTRATIFICADO  1  2  3  4
- 2.- EP. CILINDRICO  1  2  3  4
- 3.- ENDOCERVIX  1  2  3  4
- 4.- ENDOMETRIO  1  2  3  4
- SIN ALTERACIONES
- METAPLASIA DISFUNCIONAL
- METAPLASIA EPIDERMOIDE
- ATIPIAS
- DISCARIOSIS
- DISQUERATOSIS
- HIPERPLASIA
- HIPERACTIVIDAD BASAL
- BASALES DE EROSION
- DE TIPO INFLAMATORIO
- OTRAS ALTERACIONES

DIAGNOSTICO CITOLOGICO

- ADENOACANTOMA  T. BENIGNO
- ADENOCARCINOMA  END. PROLIFERATIVO
- CA. AVENOIDE  END. SECRETOR
- CA. EPIDERMOIDE  HIPERPLASIA
- CA. INDEFERENCIADO  LEUCOPLASIA
- CA. IN SITU  METAPLASIA
- CA. INTERMEDIARIO  PARAQUERATOSIS
- CA. MICROINVASOR  PROCESO INFECCIOSO
- CA. TRANSICIONAL  QUERATOSIS
- CORIOCARCINOMA
- LINFOMA
- MESOTELIOMA
- SARCOMA

DATOS COMPLEMENTARIOS

- DISCARIOSIS ENDOMETRIAL:
- DISPLASIA  LEVE  MODERADA  SEVERA
- REVERSIBLE  PROGRESIVA
- TENDENCIA  ESTACIONARIA  NO CLASIFICABLE
- GRADO DE ALTERACION CELULAR  I  II  III  IV
- RADIACIONES  RS  RR  RP
- DURACION  DOSIS  FECHA
- INDICE  BUENO  MALO  REGULAR  INCONCL

SUGERENCIAS (CITATORIO)

RESULTADO

- NEGATIVO  I  II  III
- SOSPECHOSO  IV  V
- POSITIVO  VI  VII

TESTRA

- INSUFICIENTE
- TOMA INCORRECTA
- INADECUADA  MALA PRESERVACION
- PROCESADO IN CORR.
- OTRAS CAUSAS

CORRELACION CITO-CLINICA

- DETECCION DE DISPLASIA
- DETECCION DE NEOPLASIA
- DIAGNOSTICO CLINICO CONFIRMADO
- RECTIFICACION DE DIAGNOSTICO

RECOMENDACIONES

- REPETIR ESTUDIO \_\_\_\_\_ MES(E)S  AÑOS
- PRACTICAR BIOPSIA CLINICA DE DISPLASIAS
- PASA A SU CLINICA DE ADSCRIPCION
- PASA A UNIDAD DE DIAGNOSTICO TEMPRANO DE CANCER

SERVICIO DE CITOLOGIA EXPOLIATIVA

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
 CITOLOGO \_\_\_\_\_ CLAVE \_\_\_\_\_  
 FIRMA \_\_\_\_\_  
 RE \_\_\_\_\_

## VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### A) REVISTAS

- 1.- LAZCANO PONCE E, ALONSO DE RUIZ A. *Cáncer de cuello uterino. Una perspectiva histórica. Ginecología y Obstetricia de México.* 1994; 62: 40-47.
- 2.- TRUBO R.. *Protección contra el cáncer de cérvix. Orgyn.* 1994; 1:22-29.
- 3.- FOWLER J. *Pruebas de detección de cáncer cervical. Medicina de Posgrado.* 1993; 2:22-29.
- 4.- CLARK PEARSON D, KRUMHOLZ B. *Papanicolaou Dudoso. Atención Médica.* 1990;3:46-50.
- 5.-FERRIS D. *Cervicography-An Adjunct to Papanicolaou screening. American Family Physician.* 1994;50:363-370.
- 6.-FRUCHTER R, MAIMAN M. *Characteristic of cervical intraepithelial neoplasia in women infected with the human immunodeficiency virus. Am J Obstet.* 1994; 171:531-536.
- 7.-PAREDES ESPINOZA M, LIPPMAN S. *Tratamiento de 32 pacientes con carcinoma cervicouterino con ácido 13\_cis retinoico e interferón alfa. Investigación Clínica.* 1994;46:105-111.
- 8.-HOCKEL M, BAUBMANN E. *Are pelvic side wall recurrence of cervical cancer biologically different from central relapses. Cancer.* 1994;74:648-654.

- 18.-WEBB J. Health promotions. Cervical screening update. *Nurs Time*. 1994;90:37.
- 19.- BROSO PR. The Pap test in women after hysterectomy; *Minerva-Gynecol*. 1994;46:403-407.
- 20.- SHINDON-M, SUN Q, PATER-A. Prevention of carcinoma in situ of human papillomavirus type 16 immortalized human endocervical cells by retinoic acid in organotypic raft culture. *Obstet-Gynecol*. 1995;85:721-728.
- 21.- WEILO, SHAFFER-P. Obstacles and reticences in the screening of cancer of the cervix by the general practitioner. *Bull-Cancer-Paris* 1994;81:326-30.
- 22.- KUHLE OBBARIUS C, MILDE LANGOSCH K; LONING. Polymerase chain reaction-assisted evaluation of low and high grade squamous intraepithelial lesion cytology and reappraisal of Bethesda System *Acta-Cytol* 1994;38:681-686.
- 23.- KATZ SJ, HOFER-TP. Socioeconomic disparities in preventive care persist despite universal coverage. Breast and cervical cancer screening in Ontario and the United States. *JAMA*. 1994;272:530-534.
- 24.- GUNDERSEN JH, NICHOLS S LEEP. early experience with a new approach to cervical lesions. *Wis-Med-J* 1994;93:58-62.
- 25.-RUBIO CA. Review of negative Papanicolaou test: is the retrospective 5 years review necessary (LETTER). : *Am J Clin Pathol*. 1994;102:266.
- 26.- RARICK-TL, TCHABO JG. Timing of the postpartum Papanicolaou Smear. *Obstet Gynecol*. 1994;83:761-765.

9.-RUIZ ORTIZ E, GONZALEZ LIRA G. *Cáncer cervicouterino microinvasor. Diagnóstico y Tratamiento. Ginecología y Obstetricia de México.* 1994;62:26-29.

10.-NARCIZO M, CASANOVA G. *Utilidad del frotis de Papanicolaou en el diagnóstico de vaginosis bacteriana. Ginecología y Obstetricia de México.* 1994;62:10-16.

11.-SANCHEZ J, ECHANOVE G. *Detección de infección endocervical por Clamyda, comparando la tinción de Papanicolaou con inmunofluorencia directa. Ginecología y Obstetricia de México.* 1989;57:14-19.

12.- MILLS AE, SIMPSON JM, TURNBULL DA. *Evaluation of the New South Wales Cancer Council Pap test reminder service. Aust - J- Public-Health.* 1994;18:170-175.

13.- MAIMAN M. *Cervical neoplasia in women with HIV infection. Oncology Huntingt.* 1994;8:83-89.

14.- ARTICLE *The Atlanta Project. Cancer Pract.* 1994;2:256-263.

15.-GRIMES DA, Economy Ke, *Primary prevention of gynecologic cancers. Am J Obstet Gynecol.* 1995;172:227-235.

16.-AUSTIN RM. *Can regulatory proficiency testing by the citobureaucracy decrease both false negative and cervical cancer deaths?. Diagnostic Cytopathol.* 1994;11:109-112.

17.-HAZARD F. *analysis of a computer based medical diagnostic system. Comput-Methods. Programs Biomed.* 1994;44:45-54.

27.- HUNT JM, IRWING LM, TOWLER BP. The management of women with initial minor Pap smear abnormalities. *Med. J Aust.* 1994;160:558-563.

28.-CAVALIERE MJ, MAEDA MY, SHIRATA NK. Cervicovaginal *Chlamydia trachomatis* infection in pregnant adolescent and adult women. A morphologic and immunofluorescent study. *Arch-Gynecol-Obstet.* 1993;253:175-182.

29.- EILERS GM, SWANNSON TK. Using reminder system to improve Papanicolaou test follow-up. An example of continuous quality improvement. *Arch Fam Med.* 1993;2:1136-1140.

30.- BROSO PR, BUFFERTI G. The Papanicolaou classification in the Bethesda System National Cancer Institute, Bethesda, Maryland). *Minerva. Gynecol.* 1993;45:557-563.

31.- KOSS LG, LINE, SHREIBER K.. Evaluation of the Papnet cytologic screening system for quality control of cervical smears *Am J Clin Pathol.* 1994;101:220-229.

32.-HISLOP TG BAND PR, DESCHAMPS. Cervical cancer screening in Canadian native women. Adequacy of the Papanicolaou smear.1994;38:29-32.

33.- FERRIS DG. Cervical carcinoma in situ undetected by Papanicolaou smear but identified by cervicography. A case report. *J Fam Pract.* 1994;38:74-77.

34.-TYRER LB. Current controversies and future direction of oral contraception. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 1993;5:833-888.

35.-BROSO PR, BUFFETTI G. George Nicholas Papanicolaou. *Minerva Gynecol.* 1993;45:511-516.

36.- CANADIAN SOCIETY OF CITOLOGY. *The adequacy of the Papanicolaou smear. Can Med Assoc J.* 1994;150:25-26.

37.- MELNIKOW J, SIERK A, Flocke S. *Does the system of Papanicolaou test nomenclature affect the rate of referral for colposcopy?. A survey of family physicians. Arch Fam Med.* 1993;2:253-258. Mar; 2(3): 253-258.

38.- CAREY P, GJERDINGEN DK. *Follow up abnormal Papanicolaou smears among women of different races. J Fam Pract.* 1993;37:583-587.

39.- DIBONITO L, FALCONIERI G, TOMASIC. G. *Cervical cytopathology. An evaluation of its accuracy based on cythoistologic comparison. Cancer.* 1993;72:3002-3006.

**B) LIBROS**

1.-EDMUND NOVACK. GEORGGANA SEEGARS.  
*Citopatología Clínica y Ginecología. Tratado de Ginecología*  
*Ed. Interamericana. 1997:254-262.*

2.- PATRICIA ALONSO y Cols: *Citología Ginecológica.*  
*Monografía No. 5. Soc. Mexicana del Hospital de México SSA.*  
*1981.*

3.- ALONSO FERNANDEZ Cid. *Citopatología Ginecológica*  
*y Mamaria. Ed. Limusa. 1984:12-15.*