

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA.

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO.

HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA.

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

GUIA DE VALORACION DE RIESGO: NUEVA ESTRATEGIA PROPUESTA PARA  
AFRONTAR LA DISPLASIA CERVICAL.

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y  
OBSTETRICIA.

DRA. MARIA TERESA TORRES GURROLA

MEDICO RESIDENTE

DR. JUAN MIRANDA MURILLO

DIRECTOR DE LA TESIS



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.

HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA

DRA. IRMA DEL TORO GARCIA

COORDINADOR DE CAPACITACION, INVESTIGACION Y DESARROLLO

DR. RENE GARCIA SANCHEZ

JEFE DE ENSEÑANZA

DR. FRANCISCO ORTIZ CANSECO

COORDINADOR DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DR. JUAN MANUEL FERNANDEZ MONTES

JEFE DE ENSEÑANZA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DR. JUAN MIRANDA MURILLO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO Y DIRECTOR DE TESIS

DRA. ARACELI ESPINOSA MONTESINOS

ASESOR DE TESIS

## INDICE

	PAGINA
RESUMEN	4
ABSTRAC	5
INTRODUCCION	6
MATERIAL Y METODO	10
RESULTADOS	11
CONCLUSION	19
ANEXO	21
BIBLIOGRAFIA	24

## RESUMEN

En este estudio se propone una guía de valoración de riesgo para displasia cervical, la cual será confiable, económica y fácil de realizar por cualquier trabajador de salud, desde el primer día de atención siendo aquí su principal aplicabilidad, ya que su utilidad es detectar la población con mayor posibilidad de desarrollar esta patología y seleccionándola así para realizar estudios colposcopicos y/o biopsia cervical. Logrando una mayor optimización de los recursos institucionales en la salud, para referir al paciente según su valoración de riesgo al nivel correspondiente para su diagnostico y tratamiento oportuno.

Como método se realizo una encuesta a un total de 100 pacientes aplicando la guía de valoración de riesgo a mujeres con vida sexual activa, menor de 60 años, no embarazadas, este es un estudio transversal, observacional, descriptivo, prospectivo, y abierto en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza durante el periodo comprendido entre Agosto de 1999 a Noviembre del mismo año.

Los resultados son los siguientes; la población considerada de alto riesgo (62% en total) correspondiendo el 27.41% a lesión de alto grado o cáncer, el 32.33% a lesiones de bajo grado, el 22.58% con proceso inflamatorio que amerita tratamiento y seguimiento, un 4.93% se concluyo como insatisfactorio por colposcopia y solamente el 12.9% con resultados normales. La sensibilidad para factor de riesgo alto es de 94.44%, su especificidad de 20% y el valor predictivo positivo 86.44%, con una precisión de 82.81%, la predictividad negativa es de 40%.

Las pacientes de medio riesgo (36% en total), con 30.55% con lesión displacica, el 19.44% con proceso inflamatorio, 8.33% se reporto insatisfactorio por colposcopia y el 41.66% con resultados normales. La sensibilidad para este factor de riesgo es de 85.71%. La especificidad de 12.76%, con una precisión de 52.63%, la predictividad positiva de 54.54% y la predictividad negativa 11.76%.

Las pacientes de bajo riesgo es el 2% del total de la población estudiada, por lo que no se realizo método estadístico ya que los resultados fueron normales.

La sensibilidad para el factor de riesgo en forma general para la cedula propuesta es de 92% disminuyendo en comparación al riesgo alto ya que incluye pacientes de bajo y mediano riesgo. Por lo que esta guía de valoración de riesgo para displasia en nuestra propuesta hospitalaria como una nueva estrategia en l<sup>1</sup>a lucha de México contra el cáncer cervicouterino.

---

<sup>1</sup> Palabras claves: guía de valoración, displasia cervical, factor de riesgo.

## ABSTRACT

This study intends a valuation risk guide for cervical dysplasia, which will be reliable, economic and easy of carrying out for any healthy worker, from the first level of attention being here its main applicability; since its use is for detect the population that is more able to develop this pathology and selecting this way it to carry out colposcopsics studies and/or cervical biopsy. Achieving a bigger optimization of the Institutional health resources, referring to the patient according to their risk valuation at the corresponding level for their diagnosis and oportune treatment. Like a method was carry out a survey to a total of 100 patients applying the guide of risk valuation to women with active sexual life, smaller than 60 years, not pregnant, this is a traverse, observational, descriptive, prospective study and opened up at the General Regional Ignacio Zaragoza Hospital during the understood period among August from 1999 to November of the same year.

The results are the next: the considered population of high risk (62%) corresponding 27.41% to a lesion of high degree or cancer, 32.33% to lesions of low degree, 22.58% with inflammatory process that needs treatment and pursuit, 4.93% concluded as unsatisfactory by colposcopy and the only 12.9% with normal results. The sensibility for high risk factor is of 94.44%, its specificity of 20% and the predictive value positive 86.44% with a precision of 82.81%, the negative predictivity is of 40%.

The patients of half risk (36% total), with 30.55% with dysplasic lesion, 19.44% with inflammatory process. 8.33% was reported unsatisfactory by colposcopy and 41.66% with normal results. The sensibility for this risk factor of 85.71%. The specificity of 11.76%, with a precision of 52.63%, the positive predictivity of 54.54% and the negative predictivity 11.76%.

The patients of low risk are 2% of the total of studied population, that didn't need a statistical method, the results were normal.

The sensibility for the risk factor in general way for the proposed identification is of 92%, diminishing comparing to the high risk because it includes patients of under and medium risk. That's why this valuation risk guide for dysplasia is our hospital proposal as a new strategy in the fight of Mexico against the crevice uterine cancer.

1 Key words: It guides of valuation, cervical dysplasia, risk factor.

---

## INTRODUCCION

En la población femenina el cáncer cervicouterino (Ca Cu) es la primera causa de muerte principalmente en el sector de 25 a 64 años. El Ca Cu constituye un problema de salud en México en virtud de que este padecimiento ocupa el primer lugar de incidencia causada por tumores malignos y el tercero en mortalidad relacionado a esta misma causa en la población general (1,2,6,11).

Durante 1990 se registro una tasa de mortalidad de 5.27 por 100 000 habitantes para CaCu, alcanzando en 1991 una tasa de 15.9 por 100 000 según datos de la OMS. Para el periodo de 1988-1991 (11). Y las investigaciones sobre la tendencia de mortalidad indican que esta sigue incrementando o ha permanecido constante sin lograr disminuir. La tasa de mortalidad corregida para mujeres de edad mayores de 25 años para 1998 es de 20.4 por 100 000 habitantes.

Por tal motivo se han intensificado las acciones preventivas de acuerdo a la NOM 014-SSA Z- 1994 en las unidades de Medicina Familiar, Planificación familiar y los Hospitales de nuestro sistema. Con estos los casos diagnosticados se canalizan a los niveles correspondientes para su diagnostico definitivo, tratamiento y control epidemiológico.

La historia natural se inicia con las lesiones pre invasoras llamadas “displasias” o “Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC), las cuales pueden pasar inadvertidas y asintomáticas; estas lesiones evolucionan a cáncer micro invasor en un periodo variable de 5 a 15 años, sin embargo no todas estas lesiones evolucionan a cáncer, la historia natural de la enfermedad es un problema no resuelto aun, se estima que el NIC tiene pico máximo de 10 años antes que el cáncer invasor y con cifras aproximadas se calcula que el 20-25% se mantiene estacionario y el 30-45% evolucionan a cáncer (2,4,7,31,32). La displasia, su diagnostico oportuno y tratamiento entabla una lucha constante entre la población y las Instituciones de Salud, es por eso que necesitamos estandarizar un método de detección en población abierta, en cualquier zona y con gran cobertura. La citología exfoliativa fue introducida por Papanicolaou en 1941, propuesta para el diagnostico de lesiones pre invasoras de cáncer cervical en mujeres con vida sexual activa. A pesar de haber transcurrido más de 50 años desde su postulación no se ha logrado alcanzar la cobertura mundial requerida para abatir la incidencia de esta patología (2,4,8,9,11).

En países no industrializados de 60-75% de los pacientes con CaCu no se han realizado un PAP en su vida o en los últimos 5 años.(46,10). He aquí los principales motivos de falla en el programa de Detección Nacional:

- 1) La prevalencia de utilización de PAP fue de 126 79 por 100 000 mujeres de 15-49 años y estas prevalencias son diferentes de acuerdo con la edad, escolaridad y el acceso a la seguridad social, los resultados muestran que el programa de Detección de Cáncer Cervical en México incide en mayor proporción en mujeres que potencialmente se encuentran en una situación de riesgo bajo de enfermedad.(4,8,11).
- 2) El PAP tiene una alta especificidad para lesiones de alto grado (93%), aunque mucho menor para lesiones de bajo grado (88%), con falsas negativas en este grupo hasta de 50%. Debido a la falta de sensibilidad de esta prueba citológica se cuestiona ampliamente el uso único de esta y sugiere varios autores el empleo simultáneo de otros métodos con el objeto de disminuir las fallas. (2,6,8,10,11,12,19,30)

En las últimas décadas la colposcopia se ha utilizado en la valoración de citologías anormales, así como en el estudio de lesiones cervicales y en la detección de infección por V.P.H. (Virus del Papiloma Humano). Es necesario incrementar la sensibilidad y la colposcopia puede mejorar los resultados con la citología al detectar patología cervical no diagnosticada por PAP tomando en cuenta que el porcentaje de falso negativo en citología puede ser hasta de 55%, dejando así descubierto a un gran número de pacientes con probable patología (8,10,11,1,30).

Existe mucha discrepancia de la comparación de las tasas de detención de un primer frotis y los resultados de un segundo tomado más tarde, dicho estudios dan información en cuanto a la reproducibilidad de las técnicas pero no pueden usarse para inferir una sensibilidad real, su validez debe juzgarse frente a un patrón independiente de referencia, como los datos coloposcópicos o el estudio histopatológico de una biopsia dirigida, los programas de control de calidad son importantes para mantener la exactitud diagnóstica en el campo de psicología ginecológica (PAP). (8,10,22,27)

Desde hace varios años ha sugerido la importancia de evaluaciones colposcópicas permitiendo observar el sitio de la lesión así como su extensión y asimismo esta manera poder tomar biopsia directa ya que la aclaración definitiva de una sospecha citológica ser un estudio histopatológico. A pesar de los hallazgos colposcópicos van en relación a la severidad de las lesiones malignas, siendo así la colposcopia tiene sus limitaciones en un 6% con falsos negativos y hasta un 16% de colposcopias insatisfactorias (principalmente en mujeres en edad pre menopáusica) (2,19,20,32).

En cuanto a los factores epidemiológicos de esta patología por muchos años se ha sugerido que se comporta una enfermedad de transmisión sexual; en apoyo a esta hipótesis varios parámetros de la conducta sexual se vinculan de manera constante con un mayor riesgo de neoplasia, siendo mayor en mujeres con múltiples compañeros sexuales, aquellas con



compañeros que son más promiscuos y las que tuvieron su primer coito a temprana edad (<15 años) las características de la conducta sexual se consideran parámetros subrogados de un germen patógeno infeccioso de transmisión sexual o varios que participan en la neoplasia, entre estos se incluyen virus herpes simple tipo 2, chlamydia trachomatis, citomegalovirus, tricomona vaginalis, neisseria gonorrhoeae, treponema pallidum y de mayor importancia V.P.H. En algunos subtipos (2,11,15,16,18,24,26,28,21,32).

Los factores de riesgo reproductivo juegan al igual un papel importante, los principales son: edad mayor de 30 años, inicio de vida sexual antes de los 15 años, multiparidad vaginal, la menarquía tardía y la menopausia tardía. Se ha demostrado a través de los años como el riesgo se incrementa de 50%, asimismo entre más tarde inicia la vida sexual existen tendencias protectoras en el riesgo de esta enfermedad (2,11,16,18,24,32).

En relación con el nivel socio económico y educacional se han establecido riesgos de hasta 5 veces más que en las clases altas que en las clases sociales bajas, habiendo relación directa en el grado de escolaridad y marcados los niveles bajos de esta como factor predominante, agregando que existe una relación directa con el nivel socio económico de vida y actualmente de escolaridad de las mujeres, puede considerarse como un elemento y factor decisivo, para determinar grupos de riesgo para desarrollar CaCu y displasia. Tanto es así que la agrupación por grado de instrucción permitirá mejorar la eficacia de la prevención de esta patología (7).

Según reportes la tasa de incidencia del carcinoma in situ específica por edad según escolaridad, son más altas en las mujeres que carecen de instrucción obtienen solo primaria, en este grupo el número de casos es casi 5 veces más alto que en el grupo de instrucción media superior y el cáncer invasor es 25 veces más frecuente. Se ha confirmado que la población rural el 60% de las mujeres con edad reproductiva y vida sexual activa desconocen la utilidad del PAP y el riesgo de sufrir esta patología se incrementa 10 veces en aquellas mujeres con vida sexual activa y sin acceso a la prueba del PAP. Entre las mujeres con escasa instrucción o ninguna presente en ese grupo o una curva ascendente continua a partir de los 20 años y hasta los 40 años, llegando a una tasa de 123 por 100 000 en el grupo por edad de más de 65 años (4,17,20,21,23).

Se encontró asimismo una relación entre el estadio clínico del cáncer infiltrante en que la mujer busca atención y el grado de educación, se precisa que solamente el 13.1% de las pacientes analfabetas concurren a consulta médica durante el estadio I, mientras que las mujeres con educación media y superior asciende aun 50%; en los estadios avanzados (III .IV) se invierte la relación en el primer grupo 51 % tienen cáncer avanzado al momento del diagnóstico y en el segundo se reducen al 21.8% por lo que se ha concluido la importancia de estos factores con riesgo de displasia y CaCu (2,11,17) .

Desde principios de la década de 1990 se pensaba que la presencia de V.P.H. era predominante para CaCu, sin embargo la sola presencia de este no sería capaz de inducir

cambios neoplasicos, si bien los clásicos factores de riesgo, en general en la participación del V.P.H. en la carcinogénesis cervical puede resumirse así:

- 1) Algunos V.P.H. son potencialmente oncogénicos (subtipos 16,18,33,35)
- 2) Los factores del huésped previenen y controlan el crecimiento inducido por este virus.
- 3) Los carcinógenos químicos y/o físicos actúan sinérgicamente con el V.P.H. determinando la inducción neoplásica.
- 4) Los cofactores que se tomaron en consideración para el cuello uterino son: El virus del Herpes simple tipo 2 (VHS 2), los factores inmunológicos, el humo del cigarrillo, factores dietéticos y los factores hormonales (2,11,16,24,26,29,31,32).

Existe evidencia de la importancia de inmunodeficiencias endógena u exógena en la génesis del CaCu resultando con un riesgo mayor de 17 veces para V.P.H. y 9 veces para CaCu en las pacientes inmunodeficientes, al igual se ha demostrado, la progresión de NIC en las pacientes con V.P.H. con mayor rapidez en mujeres con algún tipo de inmunodeficiencia (2,24,26,31,32).

Varios estudios epidemiológicos han aportado pruebas que apoyan la relación entre tabaquismo, NIC, CaCu invasor se ha demostrado un riesgo doble de NIC en fumadoras y en relación directa de dosis respuesta con la duración en intensidad del habito, se ha señalado la presencia de nicotina, cotinina y mutagenos en el muco cervical de mujeres expuestas al humo del tabaco de manera activa o pasiva (2,11,26,33).

En cuanto a los factores hormonales no existen datos sobre las hormonas como cofactores en la génesis del CaCu, esto ha sido objeto de numerosos estudios epidemiológicos y estos resultados contradictorios, se piensa que los anticonceptivos orales disminuyen la respuesta inmunológica al V.P.H. ya que se demostró transformación maligna de células en presencia de progresión así como crecimiento de condilomas en embarazadas con mayor nivel hormonal, al igual que en presencia de glucocorticoides datos de malignización (2,11,24,32,33).

Se ha señalado además a factores nutricionales, varias líneas de prueba sugieren que algunos nutrientes pueden tener efecto protector contra la neoplasia cervico uterina, en particular los carotenoides, las vitaminas A,C,E, y el ácido fólico; la vitamina A puede revertir cambios metaplasicos en tejidos; La vitamina C participa en la conservación y protección del epitelio normal contra carcinógenos; el ácido fólico actúa como coenzima en el metabolismo de compuestos de un solo carbono, como la síntesis de ácidos nucleicos y el metabolismo de los aminoácidos, se emitió la hipótesis de que una deficiencia subclínica de folatos puede actuar como cofactor en la integración de genoma del V.P.H. al DNA del huésped, se ha sugerido una interacción entre las cifras de folatos eritrocíticas y la positividad para V.P.H. subtipo 16, el tabaquismo y la paridad (2,11,26).

## MATERIAL Y METODO

El presente estudio de tipo observacional, transversal, prospectivo, descriptivo y abierto en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza del I.S.S.S.T.E., durante el periodo comprendido entre Agosto a 10 de Noviembre de 1999. Incluyo pacientes del sexo femenino con edad menor a 60 años, que haya iniciado vida sexual activa, que aceptan participar en el presente estudio y fueran vistas en la consulta externa de ginecología.

Se excluyeron a las pacientes con antecedentes de Histerectomía y mujeres embarazadas, pacientes con tratamientos actuales vaginales, que estuvieron menstruando el día del estudio y las que hubieran tenido actividad sexual hasta 3 días antes de realizar el estudio.

A todas se les realizó una encuesta para el llenado de la guía de valoración de riesgo (anexo 1), y se clasificó a la población estudiada por factor de riesgo; se realizó un estudio colposcópico en los hospitales de la institución (Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, CMN 20 de Noviembre) o biopsia cervical en la consulta externa de ginecología y la muestra se procesó en el servicio de patología.

El total del grupo de pacientes fue de 100, formando 2 grupos al azar, tomando pacientes para biopsia las clasificadas como de alto o medio riesgo y con alguna alteración reportada previamente en una citología cervical. El total de este grupo fue de 25 pacientes, las 75 pacientes restantes les fue realizado un estudio colposcópico.

El análisis estadístico se realizó con ayuda de una computadora con este sistema Windows 2000, Excel, procesadora de datos y se analizaron y se obtuvieron medidas de tendencia central y de dispersión.

Se utilizaron medidas de validez y eficiencia de procedimiento de detección, mediante fórmulas estadísticas (anexo III) .

## RESULTADOS

De las 100 pacientes incluidas en el estudio se formaron 2 grupos, el grupo I con 25 pacientes quienes se realizaron toma de biopsia cervical y el grupo II con 75 pacientes para estudio colposcópico.

En el grupo I se encontró una media de 40.6 con desviación estándar de 9.2 y mediana de 40 con moda de 36; en el grupo II una media de 38.3 con DS de 9.2 y mediana de 40, con moda de 45, encontrando aquí mayor número de pacientes peri menopáusicas por lo que explica el número de pacientes con resultados de colposcopia insatisfactoria. Del total de pacientes (100) como se muestra en la tabla I el 62% se califico como de alto riesgo, el 36% como de riesgo medio y solamente el 2% con riesgo bajo.

En la grafica 1, se muestra la distribución de la población por grupos de edad y valoración de riesgo, encontrando aquí la mayor población para este grupo en las edades de 30-39 años (20%), siendo mujeres jóvenes. En cambio en el grupo de alto riesgo la mayoría se encontró en el grupo de edad de 40-49 años (23%) y una diferencia notoria en el grupo de edad de 50-60 años con 3% en grupo de riesgo medio y 9% en el de alto riesgo.

En cuanto al grupo valorado como de riesgo medio según la cedula de valoración de riesgo para Displasia hubo total de 36 pacientes y de estas solo 15% con resultados normales, un 3% insatisfactorio y 7% con proceso inflamatorio en cuanto a lesión de alto grado se reporto en 2% y lesión de bajo grado 9% (grafica 2).

Del grupo de pacientes para alto riesgo con un total de 62 pacientes correspondiendo al 100% de este grupo un 29% (18 pacientes), se corrobora lesión de alto grado y un 32% (20 pacientes) reportaron lesión de bajo grado por lo que se considera aun de alto riesgo, sumando en los 2 grupos por lesión un total de 61.2% (38 pacientes) las que calificadas como algo riesgo presentaron lesión positiva mediante colposcopia o biopsia (grafica 3), siendo un porcentaje muy elevado de detección en pacientes detectadas de alto riesgo y en un 20% (13 pacientes) se les pudo considerar de inmediato riesgo posterior a su estudio con resultados positivos a procesos inflamatorios y negativo a displasia; un 4.8% (3 pacientes) no se clasificaron con resultados insatisfactorios de la colposcopia y quedando aun en grupo de alto riesgo para candidatos a biopsia directa dirigida, solamente 12.9% (8 pacientes), obtuvieron resultados normales por colposcopia o biopsia y se les puede considerar de medio riesgo para control y seguimiento (tabla 2).

Con lo anterior podemos deducir que estos resultados corresponden proporcionalmente a la cedula de valoración de riesgo con los resultados colposcopicos o de biopsia ya que de 62 pacientes de alto riesgo presentaron lesión de tipo displasica o cáncer un 61.2% (38 pacientes) y en el grupo de medio riesgo 30.5% (11 pacientes), se reporto lesión de alto o bajo grado, en el 19.4% (7 pacientes) se encontró proceso inflamatorio en 8.3% (3 pacientes) fue colposcopia insatisfactoria y en el resto 41.6% (15 pacientes) presentaron resultados normales, siendo este ultimo porcentaje el que se puede considerar de bajo riesgo a pesar de la valoración por la cedula de displasia y sumando el 2% de bajo riesgo tendríamos un total de 17% que, considerando que el estudio fue a población abierta en un porcentaje muy bajo de mujeres de estudio normal y es muy elevada la cifra de detección de patología a nivel de cérvix uterino (tabla 3).

Se realizaron medidas de validez y eficiencia de la detección para la guía de valoración de riesgo:

Para riesgo alto una sensibilidad de 94.44%, especificidad de 20%, con un valor predictivo positivo de 86.44%, valor predictivo negativo 40% y una precisión de 82.81%.

Para riesgo medio una sensibilidad de 85.71%, especificidad de 11.76%, con un valor predictivo positivo de 54.54%, valor predictivo negativo 11.76% y una precisión de 52.63%.

---

TABLA 1 POBLACION POR VALORACION DE RIESGO PARA DISPLASIA CERVICAL

---

RIESGO	PORCENTAJE
BAJO	2%
MEDIO	36%
ALTO	62%
TOTAL	100%

---

TABLA 2 RESULTADOS DE BIOPSIA POR VALORACION DE RIESGO

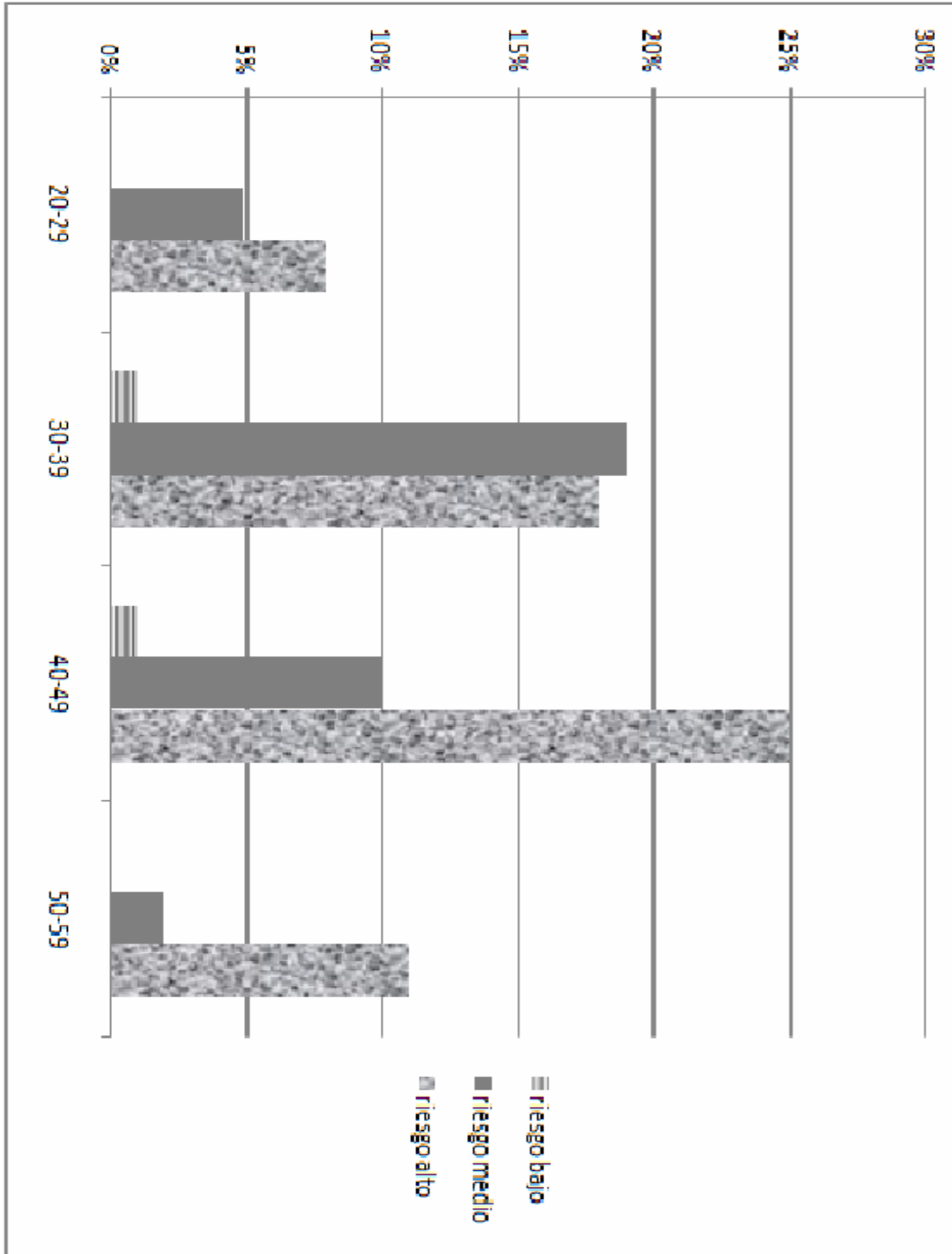
ENTIDAD CLINICA	RIESGO BAJO	RIESGO MEDIO	RIESGO ALTO	TOTAL
NORMAL	0%	12%	0	12%
CERVICITIS CRONICA	0%	12%	32%	44%
DISPLASIA LEVE	0%	4%	4%	8%
DISPLASIA MODERADA	0%	0%	4%	4%
DISPLASIA SEVERA	0%	4%	24%	28%
CaCu	0%	0%	4%	4%
TOTAL	0%	32%	68%	100%

TABLA 3 RESULTADOS DE COLPOSCOPIA POR VALORACION DE RIESGO

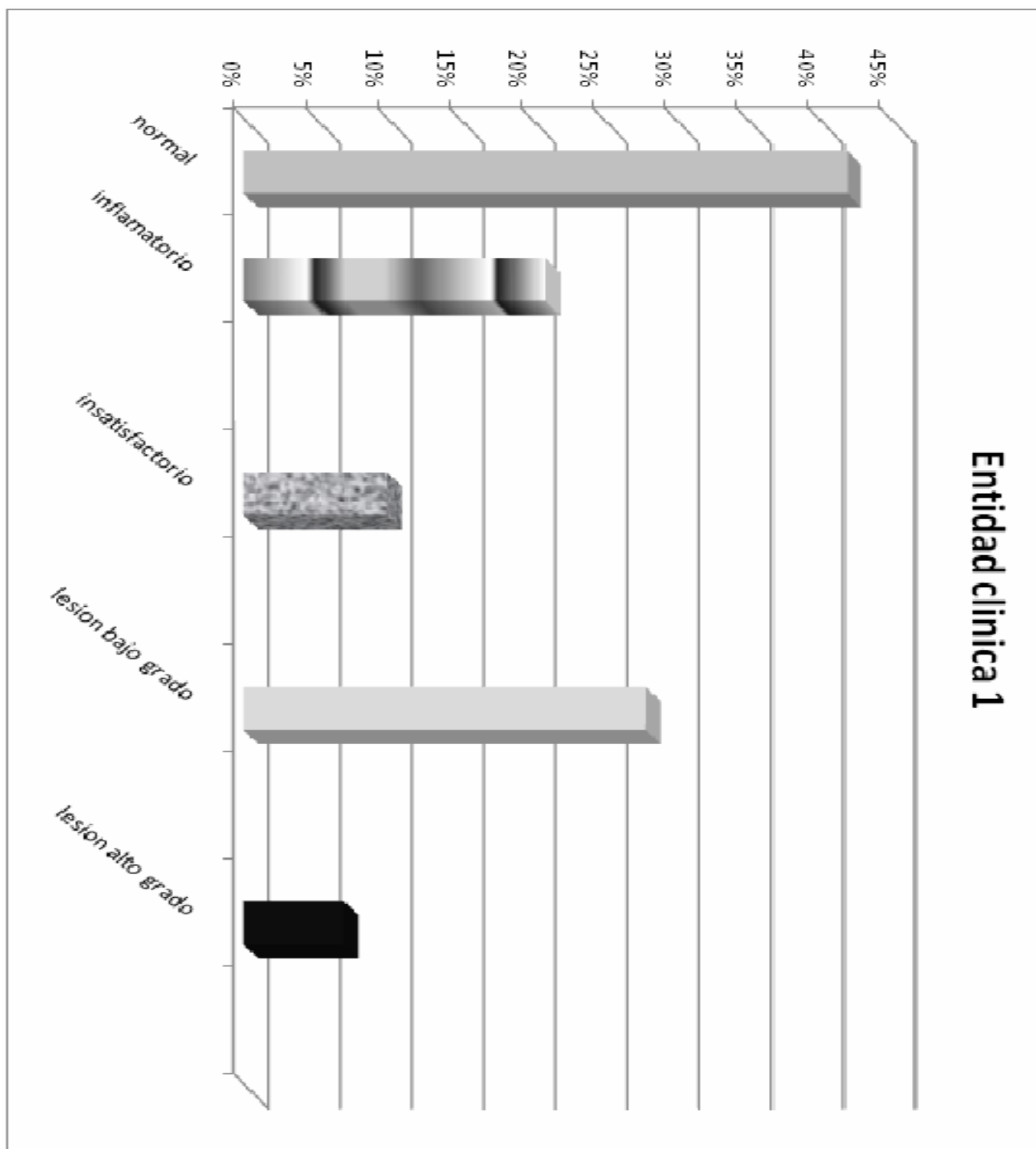
ENTIDAD CLINICA	BAJO	MEDIO	ALTO	TOTAL
NORMAL	2%	16%	10.6%	29.3%
MISCELANEOS	0%	5.3%	6.6%	12%
INSATISFACTORIO	0%	4%	4%	8%
LESION BAJO GRADO	0%	10.6%	25.3%	35.9%
LESION ALTO GRADO	0%	1.3%	13.3%	14.6%
TOTAL	2%	37.2%	59.8%	99.8%



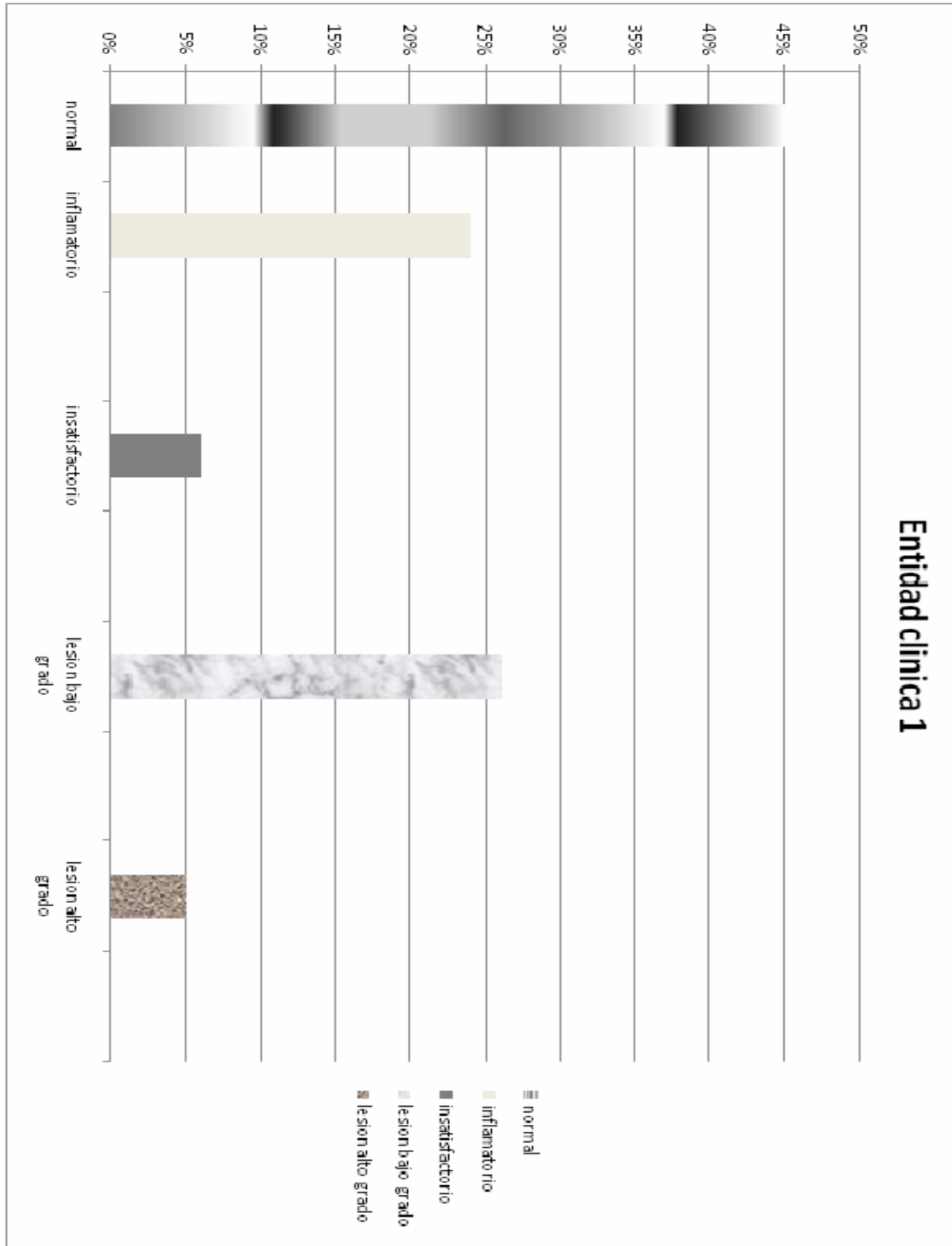
GRAFICA 1 POBLACION POR GRUPO DE EDAD Y VALORACION DE RIESGO PARA DISPLASIA CERVICAL



GRAFICA 2 RESULTADOS DE BIOPSIA Y COLPOSCOPIA EN PACIENTES CON RIESGO MEDIO



GRAFICA 3 RESULTADOS DE BIOPSIA Y COLPOSCOPIA CON PACIENTES DE ALTO RIESGO



## CONCLUSION

La experiencia de países desarrollados ha permitido mostrar que la mejor opción para el control de mortalidad por cáncer cervicouterino es la detección y tratamiento oportuno de lesiones precursoras (Displasia), por medio de programas de detección oportuna de cáncer; sin embargo estos programas han mostrado resultados muy pobres y la incidencia de cáncer cervical en etapas avanzadas continua siendo uno de los principales problemas de salud en la mujer, las deficiencias en este programa son evidentes a diferentes niveles en las Instituciones de Salud y se concluyen:

- 1) Falla en aspectos normativos sobre procedimientos de detección y manejo,
- 2) Baja cobertura en la población de riesgo,
- 3) Mala calidad en la obtención y la interpretación de la muestra del espécimen para PAP.
- 4) Falta de procedimientos adecuados de referencia y seguimiento de casos,
- 5) Escasa uniformidad en la evaluación de normas y criterios terapéuticos,
- 6) Así como ausencia de procedimientos de evaluación sistemática del impacto del programa y de métodos más confiables que el PAP para detección oportuna de CaCu.

He aquí que es imperativo establecer una estrategia para el complemento de la Norma Oficial Mexicana para el año 2000; un método comprensible, fácil de elaborar, económico y que tenga un alto grado de confiabilidad para detectar e identificar a las pacientes susceptibles para presentar proceso infeccioso importante a nivel cervico – vaginal y así como patología displásica.

Por lo anterior, en el presente estudio se realiza una propuesta para afrontar este problema de Salud Pública y mediante una guía de valoración de riesgo para displasia, la cual será muy útil para detectar la población con mayores posibilidades de desarrollar esta patología, seleccionándola para realizar estudios colposcópicos y/o biopsia cervical, optimizando así los recursos Institucionales, otorgando atención de calidad al derecho habitante, reduciendo el tiempo para diagnóstico y tratamiento y disminuir la morbi-mortalidad por esta patología. Y lográndose una referencia adecuada de atención médica por niveles: bajo riesgo = Clínica; mediano riesgo = Hospital General ; alto riesgo = Hospital Regional.

En el presente estudio se elaboró una guía de valoración de riesgo fácil de realizar, sencilla y económico para elegir pacientes por nivel de riesgo y observar los resultados; en pacientes de alto riesgo hasta un 59.77% se detectó displasia o cáncer, y en las pacientes con mediano riesgo hasta un 30.55% con esta patología. Y en ambos grupos 22.58% y 19.44% respectivamente con procesos inflamatorios que se les debe dar seguimiento.

De la población estudiada y evaluada por la guía de valoración de riesgo se les corroboró alguna patología, el 40% con displasia o cáncer, el 21% con proceso inflamatorio, suma un 70 % que amerita tratamiento y control por lo que esta nueva propuesta para afrontar el cáncer cervicouterino puede ser el inicio de una reorganización del Programa de Detección Oportuna

de cáncer en México, para aumentar la cobertura de mujeres de alto riesgo para la enfermedad, regular la práctica de cito tecnología y de la colposcopia y biopsia, establecer sistemas de vigilancia epidemiológica al dar seguimiento a las pacientes según su valoración de riesgo, a escala regional y establecer intervenciones de garantía de calidad en diagnóstico y tratamiento de los casos.

Sin embargo en la guía de valoración de riesgo para displasia se pudiera realizar aun cambios para buscar mayor beneficio y confiabilidad de la misma, ya que se encuentran dos parámetros que probablemente aumentan el margen de error en el grado de valoración creando falsos positivos, aquí nos referimos a el rubro de ocupación de la paciente se califica de medio riesgo a la mujer dedicada al hogar, pensando en los riesgos propios de la pareja, ya que este solo debe referirse a la paciente encuestada como tal y el dedicarse al hogar es un riesgo bajo, ya que la pareja y sus formas de vida se visualizan en otros puntos, esto da margen a que toda mujer tenga que ser valorada como de medio riesgo por el solo hecho de dedicarse al hogar, obviamente aumenta el número de resultados normales por colposcopia, y disminuye la sensibilidad y predictividad de la guía de valoración.

Otro punto importante que se debe tomar en cuenta como se refirió en la bibliografía es el resultado del Papanicolaou, con una elevada incidencia de falsos positivos y falsos negativos por lo que no es un punto confiable para tomarse como una guía independiente en una valoración, en ocasiones este resultado de V.P.H., displasia u otro, hace calificar a la paciente como alto riesgo, aumentando los falsos positivos en la valoración de riesgo para displasia cervical. Probablemente este punto se debe tomar aparte y como una indicación directa de colposcopia por resultado de PAP y no por valoración de riesgo en la guía. No así el resto de parámetros utilizados que están plenamente descritos.

Mediante las medidas de validez y eficiencia de la detección de la guía, se concluye una sensibilidad elevada que le da confiabilidad y reproducibilidad, y es mayor para factor de alto riesgo, con una sensibilidad de 94.44% la cual disminuye a 92% cuando se calcula en general, por inclusión de pacientes de menor riesgo para esta patología.

Y es importante también proponer una valoración de riesgo colposcópico de displasia, ya que esta nos daría una pauta a seguir en cada paciente para su correcto control y tratamiento (cedula anexo II).

Anexo 1

HOSPITAL GENERAL REGIONAL IGNACIO ZARAGOZA  
COORDINACION DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
CLINICA DE DISPLASIA

GUIA DE VALORACION DE RIESGO PARA DETECCION DE DISPLASIA\

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ CEDULA \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ PROCEDENCIA: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

OCUPACION: \_\_\_\_\_ DIRECCION \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

PARAMETROS

FACTORES

Antecedentes de CaCu	Ninguno	Abuela o tía paterna Tías indirectas maternas	Abuela materna, madre, hermana
Tabaquismo	Sin historia	Menor de 10 años menos de 20 cigarrillos a la semana.	Mayor de 10 años Más de 20 cigarrillos por semana
Alimentación	Rica en verdura, frutas, leguminosas y carnes rojas.	Moderada en verduras, frutas, leguminosas y carnes	Pobre en verduras, frutas, leguminosas y carnes rojas
Nivel socioeconómico	Alto	Medio	Bajo
Escolaridad	Licenciatura o bachillerato	Secundaria y primaria completa	Primaria incompleta o analfabeta
Ocupación		Hogar o empleada	Prostitución
Ocupación de la pareja	Campos o sedentaria	Sedentaria en ciudad	Emigrante foráneo desplazable Contacto con múltiples personas
Antecedentes personales de cáncer	No	Si especificar	Si Endometrio, vagina y vulva
Estado Inmunológico	Adecuado	Diabetes, colangiopatías Radio o quimioterapia	Leucemia, inmunodepresión HIV+
Menarca	12-15 años	10-11 años	<10 años
Menopausia	40-45 años	46-50 años	>50 años
I.V.S.A.	Entre 20-30 años	Entre 16- 20 años >30 años	<15 años
No. De compañeros sexuales	0-1	1-2	3 o mas
Tipo de pareja sexual	Estable	Pareja ocasional y conocida Habitual no unida	Ocasional y desconocida Múltiples parejas
Paridad (partos)	0-2	3-5	5 o mas
Método de planificación	Espermaticidas Preservativos	Hormonales<5 años de uso DIU	Hormonales<5 años de uso
Procesos inflamatorios ginecológicos	Leve o moderadas con tratamiento 1 al año	ETS, otras multitratadas 2-3 al año	V.P.H. Herpes genital Más de 3 al año
Frecuencia de PAP	Cada 6 meses o anual	2 o mas años	Esporádico o nunca
Resultados de PAP	Negativo o con proceso inflamatorio	Displasia leve sin V.P.H.	V.P.H. o displasia leve mas V.P.H.
Clasificación de riesgo	BAJO	MEDIO	ALTO

La presencia de 2 o más factores en el mismo nivel de riesgo se considera positiva para este nivel, si es solo 1 quedara en el riesgo anterior. & los correspondientes a este riesgo habrá que asociarlos con lo relacionado a la vida sexual y numero de pareja sexual.

ANEXO II

HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA

COORDINACION DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

CLINICA DE DISPLASIA

GUIA DE EVALUACION DE RIESGO COLPOSCOPICO

Nombre: \_\_\_\_\_ Cedula: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

FACTORES DE RIESGO

BAJO	MEDIO	ALTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Epitelio escamoso original</li> <li>-Epitelio columnar</li> <li>-Zona de transformación normal</li> <li>-Candidiasis</li> <li>-Inflamacion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Epitelio acetoblanco tenue</li> <li>-Mosaico fino</li> <li>-Puntilleo fino</li> <li>-Leucoplasia tenue</li> <li>-Epitelio yodonegativo</li> <li>-Unión escamo columnar no visible</li> <li>-Inflamación o atrofia severa</li> <li>-Cérvix no visible</li> <li>-Superficie micro papilar no acetoblanca</li> <li>-Condiloma acuminado</li> <li>-Polipos</li> <li>-Adenosis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Epitelio acetoblanco denso</li> <li>- Mosaico grueso</li> <li>-Puntilleo grueso</li> <li>-Leucoplasia densa</li> <li>-Tejido exofitico fungante</li> <li>-Necrosis</li> <li>-Ulcera</li> <li>-Herpes</li> <li>-Tejido friable</li> <li>-Vasos atípicos</li> </ul>

ANEXO III

MEDIDAS DE VALIDEZ Y EFICIENCIA DE LA DETECCION

RESULTADO DE PRUEBA	DIAGNOSTICO REAL		TOTAL
	CON ENFERMEDAD	SIN ENFERMEDAD	
POSITIVO	A	B	A+B
NEGATIVO	C	D	C+D
TOTAL	A+C	B+D	A+B+C+D

Sensibilidad= Porcentaje de aquellas con enfermedad que tienen un resultado positivo a la prueba =  $A/B+C \times 100$ .

Especificidad= Porcentaje de aquellas sin enfermedad que tienen un resultado negativo de la prueba =  $D/B+D \times 100$ .

Valor predictivo positivo = porcentaje de aquellas con una prueba positiva que tiene la enfermedad =  $A/A + B \times 100$ .

Valor predictivo negativo= porcentaje de aquellas con una prueba negativa que no tiene la enfermedad=  $D/ C+D \times 100$ .

Precisión= porcentaje con resultados de la prueba que reflejan el estado de la enfermedad =  $A + D/ A+B+C+D \times 100$ .



## BIBLIOGRAFIA

- 1.-NORMA OFICIAL MEXICANA; Para la prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello del útero y mamaria en atención primaria; NOM-014-SSA Z 1994. Diario Oficial de la federación.
- 2.- G. De Palo. Colposcopia y Patología del tracto genital inferior; 2ª Edición; 1997
- 3.-Olvera R.A y col. Displasia Cervical y Carcinoma Cervicouterino un reto para los servicios de salud; Gynec. Obst. Mex. 1998; 66-232 pp.
- 4.- Meneses González y col. Prevalencia del uso de examen Papanicolaou en mujeres mexicanas. Reb. Inst. Nal. Cancerol. (Mex.) 1999-45 (1): 17-23pp.
- 5.- Mandelblatt et al. The costs and effects of the cervical and breast cancer screening in a Public Hospital Emergency Room. Am-Public Health; July 1997, Vol 87, No. 7-1182-89 pp.
- 6.- Spitzer, M. Cervical screening adjuncts: Recents advances. Am. J. Obstet. Gyneacol; 1998: Aug; 179 (2) 544-56 pp.
- 7.- Herbest Arthur, Sistema Bethesda para el diagnostico citológico vaginal. Clínicas obstétricas y ginecológicas. 1992; Vol. 1.
- 8.- Milla- Villeda y cols. Colposcopia y Biopsia Cervical en pacientes con Papanicolaou de rutina. Gynec. Obst. Mex. 1997; 65:235-38pp.
- 9.- Foster et al. Reaching targets in the National Cervical screening programe are current practices unethical; J. of Medical ethics; 1998. 24: 151-57 pp.
- 10.- Clínicas De Ginecología y Obstetricia. Temas actuales, sensibilidad y especificidad de las citologías cervicouterinas. Colposcopia 1993-1.
- 11.- Prevención de cáncer ginecológico. Tomas actuales; Clínicas De Ginecología y Obstetricia, 1996-2
- 12.- Mintzer et al The effect of the quality of Papanicolaou smears on the detection of cytological ab normalities, Cancer cytopathol; 1999; 87: 113-7 pp.
- 13.- Ferenzy et al. Human Papilloma virus infection in postmenopausal women whit and without hormone therapy. Obst. Ang Gynecol, vol. 90, No. 1; July 1997; 7-11 pp.
- 14.- Manos Michelle et al. Identifying women with cervical neoplasia using human papilloma virus DNA testing for equivocal Papanicolaou results. JAMA vol. 281 (17), may 99,p.p 1605-1610.

- 15.- Alanis Sanchez y cols. Chlamydia trachomatis y displasia cervical. Ginec. Y obst Mex. Vol. 63, Sept 95 (377-381).
- 16.- Escandon –Romero y cols. Epidemiologia del cáncer cervicouterino en el I.M.S.S. Salud Publica de México. 1992;34;607-617.
- 17.-Corral y cols. La baja escolaridad como factor de riesgo en el cáncer del cuello del útero. Bol. Oficin. Sanit. Panam 121 (6), 1996.
- 18.- Lazcano-Ponce y cols. Factores de riesgo reproductivo y cáncer cervicouterino en la Cd. De México. Salud Publica de México; Vol. 35: 1, Ene – Feb 1993 (65-73).
- 19.-Weissbrod- Torres y cols. Comparación del examen de citología cervical efectuado por el método PAPNET y por microscopio convencional. Bol Oficin Sant Panam. Vol 121 (6), 1996; 528 - 34.
- 20.-Ruiz- Lazcano Ponce y cols. Reproducibilidad diagnostica del PAP en dos zonas de México: Necesidad de mecanismo de control de calidad. Bol Oficin Sant Panam. Vol 121 (6), 1996; 518-27.
- 21.- Salmeron Castro y cols. Programa de detección oportuna de cáncer en Instituciones del Seguro Social; Una alternativa organizacional. Cancerología Vol. 42, No. 3, Jul - Sep; 1996, 159-65.
- 22.- Von Der Meden et al; Cytocolposcopic- histophological correlation of preinvasive cervical lesions, and cervical infection by human papilloma virus; Ginec. Obst Mex. 1995: 63 ; 365-71.
- 23.-Najera Aguilar- Lazcano Ponce. Factores asociados con la familiaridad de mujeres mexicanas con la función del Papanicolaou. Bol. Oficin. Sant. Panam. 121 (6), 536-40.
- 24.- Muñoz- Busch. Relación causal entre el virus del papiloma humano y cáncer cervicouterino y consecuencias para la prevención. Bol. Oficin. Sant. Panam 121 (6), 1996, 550-66.
- 25.-Averette et al. Cancer ginecologico. Manual of Oncologic Clinical of American Cancer Society, OPS 1996 (618-49).
- 26.-Weisburger et al. Causas de cancer. OPS American Cancer Society Manual 1996 (11-43).
- 27.-Inhorn S. et al. Total quality management in cytology. Acta Cytol. 1993;37;261-66.
- 28.-Mayelo V. et al. Cell abnormalities associated with human papilloma virus induced squamous intraepithelial cervical lesion; multivariate data analysis. Am. J. Clin. Pathol. 1994; 101-118.

29.- Daly S.F. Can number of cigarettes smoked predict high grade cervical intraepithelial neoplasia among women with mildly abnormal cervical smears. Am. J. Obstet Gynecol, 1998; 179 (3) 399-402.

30.- Liesbeth J.M. et al. human papilloma virus deoxyribonucleic acid detection in mildly or moderately dysplastic smears: A possible method for selecting patients for colposcopy. Am. J. Obstet Gynecol ; Vol. 177. No. 3 Sept 77; 548-53.

31.-Calva y cols. Como interpretar artículos. Rev. Investigación Clinic (Mex.) Vol. 40:1988;73-83.

32.- Disaia-Creasman. Oncologia ginecologica clínica. 5ª. Ed.. 1-31- Edit. Mosby.

33.- Virus del papiloma humano. Clínicas de ginecología y obstetricia . 1996; Temas actuales No.4.