

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
JEFATURA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27
TIJUANA, BAJA CALIFORNIA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
E INVESTIGACION



EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE PRUEBA DE PAPANICOLAOU EN MUJERES
QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 27 EN TIJUANA,
BAJA CALIFORNIA.

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ALEJANDRO PICOS YURIAR

TIJUANA B.C.2015

EVALUACION DE RESULTADOS DE PRUEBA DE PAPANICOLAOU EN MUJERES
QUE ACUDEN ALA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.27 EN TIJUANA BAJA
CALIFORNIA.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

ALEJANDRO PICOS YURIAR

AUTORIZACIONES

DRA. MARIA CECILIA ANZALDO CAMPOS

PROFESOR(A) TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No27, TIJUANA B.C

ASESOR METODOLOGICO:

DRA. MARIA CECILIA ANZALDO CAMPOS

DRA. MARIA DE LOS ANGELES COLIN GRACIA

DR. JUAN JOSE CAMACHO ROMO

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No27

TIJUANA B.C

2015

AGRADECIMIENTOS:

Agradezco eternamente a Dios por darme vida y salud y apoyo espiritual durante toda mi vida y a mi madre que por ella estoy en este mundo, en este Camino del saber humano, que es lo más grande para mi ser médico familiar y así terminar una de las metas más importantes de mi existencia.

Más abierto las críticas ya no como al inicio, ya con más carácter y más experiencia tanto psicológico como al trato a mis semejantes les doy gracias de manera sincera y aplaudible a dos mujeres que han sabido sobrellevarnos, y ayudarnos mutuamente en la buena y en las malas actuaciones en nuestra residencia y hablo Dra. Cecilia Anzaldo Campos jefa de enseñanza DE LA UMF27 y de la residencia de medicina familiar eternamente agradecido por su valiosa ayuda y fe en mí y paciencia “porque la verdad si se necesita “a la Dra. María de los Ángeles Colín. Mujer de entusiasmo que sin ser directamente su alumno me ayudo incondicionalmente en la realización de mi tesis, con una calidad humana intachable: gracias, por su tiempo que al ocupar este en otros quehaceres todavía se daba lugar para darme su apoyo. Un gran aplauso y agradecimiento tan grande para un gran maestro de la vida se merece para mi el Doctor Juan José Camacho Romo Coordinador de la especialidad en medicina familiar, el que a sido como un padre para mi con su enseñanza y sus frases históricas “no son menos que otros “, “a nadie se le regala nada “,” DR PICOS, NO HABLES SI NO VAS A DECIR ALGO COHERENTE CON LA REALIDAD “, palabras sabias de mi maestro. Lo tendré presente y llevare su enseñanza hasta el final de mis días. Hasta pronto.

A mi esposa e hijas, quienes me han apoyado siempre, a veces no entendiendo la situación de mi especialidad, al no estar siempre con ellas, tener días de amargura y desvelos pero al final sabrán que será lo mejor para nuestra vida y nuestro futuro .

A mis compañeros Noel, Jair, Dulce, Aidé, Cinthia, Aníbal, Felizardo, Ricardo, Elvira, Alma, Fabiola, Clemente y Diego, por ayudarme a superar los tropiezos y darme palabras de aliento a seguir adelante y no flaquear en esta prueba tan dura de la vida. A la Dra. Eugenia duarte por su incondicional ayuda Y por último doy gracias profundamente a todas las personas que sin importarle me brindaron su ayuda.

INDICE

1. Antecedentes	1
2. Planteamiento del problema	11
3. Justificación	12
4. Objetivos	13
5. Métodos y Análisis Estadísticos	14
6. Bibliografía	18
7. -Anexos	

ANTECEDENTES

El cáncer es uno de los problemas principales de salud pública, ya que, a pesar de los adelantos en investigación y tratamiento, cada año fallecen más de 6 millones de personas en el mundo. En el año 2000 los tumores malignos eran responsables del 12% de los casi 56 millones de muertes mundiales, según informe de cáncer editado por la OMS y se calcula que estas proporciones podrían ir mas allá del 50% y llegar a 15 millones de nuevos casos para el 2020. (10)

El cáncer Cervico uterino representa un importante problema de salud entre las mujeres adultas de los países en desarrollo de América del sur y Centroamérica; el África subsahariana, Asia meridional y sudoriental, lugares donde ocupa primero o segundo lugar entre los canceres femeninos. La inmensa mayoría de los canceres del cuello uterino se debe a una infección por determinados subtipos del virus de papiloma humano (VPH), virus de transmisión sexual que infecta las células y provoca en ocasiones lesiones precancerosas y cáncer invasivo, los países en desarrollo concentraron 370 000 de los 466 000 casos totales de cáncer Cervico uterino, según estimaciones que tuvieron lugar en el mundo en 2000. El cáncer Cervico uterino quita la vida a 231 000 mujeres de todo el mundo. Más del 80% de ellas vive en países en vías de desarrollo. De acuerdo con una estimación conservadora de la prevalencia mundial (basada en el número de pacientes que sobrevive a los 5 años del diagnostico), se presentan 1,4 millones de casos clínicos en mujeres con cáncer Cervico uterino. Es muy probable además que 3 a 7 millones de mujeres del mundo sufran displasia de alto grado. (10).

En México, en la década de los 1990, las enfermedades oncológicas son la segunda causa de muerte en la población general, después de las afecciones cardiovasculares; las cerebro vasculares son las últimas en importancia. En la actualidad se estima que hay 50 a 80 casos por cada 100,000 habitantes en la población mayor de 30 años siendo esta más propensa a padecer la enfermedad.

En México la Secretaria de Salud reporta cifras alarmantes que esta enfermedad ha alcanzado en 1999. Con 53.6 decesos por cada 100,000 habitantes, mientras que en 1983 esa cifra fue de 41.0 decesos por cada 100,000 habitantes. En el mundo se reportan según la OMS un total de 0.470 millones anuales de cacu. (2)

Según la Secretaria de Salud, el cáncer del cuello del útero es la primera causa de morbilidad por cáncer, representa hasta un 35% de los tumores malignos y es la primera causa de muerte en la mujer, la gravedad de este problema ubicó a nuestro país en el primer lugar de mortalidad por cáncer entre 1987 y 1990. En 1995 se registraron 4,357 defunciones con una tasa de 21.5 por 100 mil mujeres usuarias mayores de 25 años. Los Estados mas afectados fueron Nayarit, Colima, Yucatán, Michoacán y Veracruz. Por otra parte los Estados de Nuevo León, Baja California Sur, Baja California, Quintana Roo y Durango presentaron tasas mas bajas del promedio nacional (2).

El cáncer Cervico uterino (cacu) es un problema de salud pública; es la enfermedad neoplasia mas frecuente y mortal en la población femenina, cada año se reportan 500,000 casos nuevos diagnosticados en todo el mundo. En el año 2001, el 11.7 % de todas las neoplasias de las mujeres correspondieron al cacu, y se reportaron 369,500 casos nuevos en países en vías de desarrollo a diferencia de países desarrollados en los cuales se reportaron 96,100 casos diagnosticados en el mismo año.

Al comparar las tasas de incidencia por cacu de los países latinoamericanos, se encuentran diferencias sustantivas; tal es el caso de Colombia, donde se han estimado unas tasa de

incidencia de 48.2/100 000 mujeres, mientras que en Israel se registra una tasa de incidencia de 6/100 000. En EUA las mujeres de origen hispano ocupan el tercer lugar dentro de las neoplasias detectadas en este país. La frecuencia de cacu es siete veces mayor que la de otros grupos étnicos, en este grupo poblacional, la tasa de mortalidad por cacu es dos veces mayor que la de las mujeres anglosajonas, con una tasa de 4.8 en comparación de 2.3/100 000 respectivamente. La población femenina originaria de Latinoamérica es considerada de alto riesgo para desarrollar cacu, ya que cada año se reportan 658,000 casos nuevos. (11)

En México el cacu es la primera causa de muerte en mujeres mayores de 25 años. En el año 2001 se reportaron 4,051 muertes en mujeres por cacu, con una tasa de mortalidad de 8.8 por cada 100,000 mujeres. Para el año 2002 se registraron 4,323 casos con una tasa de 8.6 por 100,000 mujeres. (2)

De acuerdo a la organización mundial de la salud, entre 1987 y 1990, México se ubicó en el primer lugar de mortalidad por cáncer Cervico uterino, muriendo en el año 1994 alrededor de 12 mujeres diarias por este padecimiento, lo que lo coloca, como una de las primeras causas de enfermedad y muerte en la población femenina. En 1996, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se registraron 1,208 defunciones, con una tasa de 9.6 por 100,000 mujeres derechohabientes por cáncer Cervico uterino.

El diagnóstico se realiza con mayor frecuencia en las mujeres de 45 a 64 años de edad, grupo en el que se presenta el 45% de los casos, igual ocurre con la mortalidad ya que el mayor número de defunciones se presenta en este mismo grupo con una tasa de mortalidad de 35 defunciones por cada 100,000 mujeres. (3)

En 1995 por cáncer Cervico uterino se otorgaron más de 100,000 consultas y ocurrieron 7,269 egresos hospitalarios, los cuales sumaron 34,237 días pacientes. La erogación fue de

55, 365,525.00 pesos sólo por concepto de consulta y hospitalización, sin tomar en cuenta los costos de tratamiento, pruebas de laboratorio, días de incapacidad y pérdida de la productividad entre otros. En relación con las actividades de detección, en el mismo año se obtuvo un 15% de cobertura, ya que gran parte de las mujeres que se lo realizaron correspondía a las que en forma asidua acuden al servicio

Al individualizar los costos, se encuentra que en 1998 una detección cuesta \$75.00, atender a un paciente con lesiones precancerosas \$1,100.00 y atender a un paciente con cáncer cervico uterino invasor alrededor de \$48,000.00 por lo tanto, la atención de una paciente con cáncer cervico uterino tiene un costo para la institución 44 veces mayor que la de una paciente con displasia.

Las enfermedades precursoras como displasia leve, moderada o grave y el carcinoma in situ son curables en un 100% de los casos, con tratamientos sencillos, no mutilantes, que no requieren internamiento debiendo realizarse estos en segundo nivel de atención.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social las actividades de prevención y diagnóstico se iniciaron en el Distrito Federal en noviembre de 1973 y continúan hasta la fecha en todo el país. (3)

En la República Mexicana más de 36% de las neoplasias en la mujer corresponden al cáncer Cervico uterino lo que representa un problema de salud pública importante. (4)

En diferentes reportes de tipo epidemiológico se han determinado diversos factores de riesgo asociados al cacu como el número de parejas sexuales, inicio temprano de la vida sexual activa, multiparidad, etc. Sin embargo, el factor etiológico para desarrollar cacu es la infección con virus de papiloma humano (VPH AR), principalmente los tipos 16 y 18. (5)

La evolución del cáncer cervico uterino es lenta. Se ha estimado que pueden pasar hasta 20 años desde el inicio hasta el desarrollo de la forma invasora, este hecho aunado a la accesibilidad de células cervicales para su estudio, nos permite disponer de tiempo y

herramientas para detectar y erradicar la enfermedad, si el diagnóstico se hace oportunamente, lo que hace que el cacu sea una neoplasia 100% prevenible.

Hasta la fecha, los esfuerzos mundiales para prevenir el cáncer de cuello uterino se han basado en el cribado citológico y en el tratamiento de las lesiones precancerosas de las mujeres con vida sexual activa. (10).

La reprecisión del cribado citológico jamás se ha podido demostrar a través de ensayos aleatorizados, pero es bien conocida su eficacia reductora de la incidencia de cáncer Cervico uterino y de la mortalidad asociada en los países desarrollados. En la mayoría de los países desarrollados se recomienda realizar la primera citología al iniciar las relaciones sexuales, luego se repite la citología de 1 a 5 años, muchas directrices ha ampliado hasta 3 a 5 años tras comprobarse que las lesión del cuello uterino avanzan con lentitud durante años. (10)

El frotis cervical para tinción de papanicolaou es la prueba de tamizaje utilizada mundialmente para la detección temprana de cacu. A pesar de ello el índice de mortalidad por cacu ha permanecido estable por más de 15 años con 16 muertes por cada 100,000 mujeres. (6)

Según los metaanálisis realizados, el cribado citológico posee una sensibilidad muy variada para la detección de las lesiones. Se ha estimado por ejemplo, que la sensibilidad media de la citología alcanza un 58% y la especificidad media un 69%. Además las estimaciones sobre la sensibilidad de la citología convencional (para lesiones de alto grado) varían mucho en los diferentes estudios, incluso hasta un 30%-87% (media de 47%). Sin duda, los errores de muestreo y detección (lectura) explican la sensibilidad baja o moderada de la citología. (10)

En México la sensibilidad para detectar las lesiones de alto grado oscilaba entre el 46% y el 90%, y la especificidad entre el 48% y el 96%, la tasa de falsos negativos fluctuó entre

el 15 y 54% con una media de 35%.El análisis de una muestra aleatoria de 6011 frotis negativos reveló que el 64% era de calidad insuficiente. (10) En África subsaharianas, la sensibilidad y la especificidad para la detección de displasia de alto grado y de cáncer ascendían respectivamente al 77% y el 64% para la IVA, frente al 43% y el 91% de la citología. (10)

En un estudio realizado en el Hospital General de Zona No 1 en mujeres sexualmente activas en Durango, México por la Doctora Esperanza Rosalva Rodríguez y cols., sobre evaluación del programa de detección oportuna de cáncer Cervico uterino, éste mostró una cobertura del 27.96%(11,185/40,000) tenían PAP previo 8,839 mujeres (79,03%) y 2,346 (20.97%) acudían por primera vez. El diagnostico citológico reveló que 189 mujeres (1.68%) tenían algún tipo de lesión cervical: 63(33.32%) presentaron lesión intraepitelial de bajo grado; 35 (18.38) lesión intraepitelial de alto grado, 91(48.14%) Koilocitos, que es indicativo de de infección de papilomavirus (VPH). (4)

De las mujeres que presentaron sospecha de la lesión cervical por citología, solo 40 (21.16) tuvieron seguimiento mediante revisión ginecológica, colposcopia y/o biopsia dirigida al sitio de lesión ; 7 mujeres presentaron NIC I; 7 NIC II,9 NIC III; 3, carcinoma invasor, 10 infección por virus VPH sin alteración neoplásica cervical; y 1 cervicitis. En tres pacientes la colposcopia no reveló lesión cervical y fueron dadas de alta. En esta muestra la prevalencia de cacu en el Estado de Durango fue de 0.81% y para la infección de VPH diagnosticado fue de 0.86%(4)

Para que un programa de detección temprana de cáncer basada en la toma de citologías cervicovaginales sea realmente efectivo, se requiere de un alto nivel de entrenamiento de cada uno de los profesionales involucrados en el proceso, especialmente en el personal encargado de tomar la muestra. Evaluaciones del programa nacional de diagnóstico oportuno

de cáncer cervico uterino (PND OC) ha podido determinar que uno de los principales problemas del PND OC es la inadecuada toma de muestras.

Se consideran especímenes idóneos los que cumplen los siguientes criterios: material dispuesta en monocapa en mas del 60% de la superficie con mas de 25% de sangre y que contengan células endocervicales y/o metaplasia. Uno de los criterios de control de calidad de las muestras de citología cervical es la presencia de células endocervicales y/o metaplasia. Existe relación de la calidad de las muestras de citología cervical especialmente con la presencia de las células endocervicales, con el hallazgo de anormalidades citologicas.

(6)

La historia natural del cáncer del cuello del útero esta bien identificada; se inicia con cambios intraepiteliales (displasias), las cuales son lesiones precursoras que pueden conducir al carcinoma invasor. El objetivo de la detección temprana es identificar y tratar estas formas precursoras y detener la progresión de la enfermedad.(3)

Displasia significa literalmente desarrollo o crecimiento acelerado, las displasias cervicales son alteraciones que modifican la estructura normal de los epitelios exocervical o endocervical y se inician en la zona de transformación o unión escamocolumnar, son asintomaticas y pueden ser reversibles en sus etapas iniciales o bien evolucionar hacia al cáncer. Como es muy difícil identificar que displasias evolucionaran y cuales no, todas las pacientes con citología anormal deben ser completamente evaluadas en la clínica de displasia (3).

La epidemiología del cáncer cervical ha sido ampliamente estudiada a nivel mundial y se has establecido claramente la asociación del cáncer con ciertos factores de riesgo o características que incrementan significativamente el riesgo de presentar displasias y cáncer cervico uterino (7)

Papanicolaou en 1943 introdujo el uso del extendido citológico que lleva su nombre; actualmente por el uso de este tamizaje aproximadamente el 70% de las neoplasias se detectan como lesiones preinvasoras.

La clasificación del Papanicolaou que tradicionalmente se ha empleado para la detección de carcinoma cervical uterino, se reporta dentro de cinco clases. La clase I indica células normales, la clase II atipias celulares por procesos inflamatorios, la clase III atipias celulares por displasia (sospechosa), la clase IV células muy sugestivas de malignidad (positiva) y la clase V numerosas células malignas (positiva).

Es muy importante tener en cuenta que el Papanicolaou no es un recurso diagnóstico, sino un excelente medio de detección y sirve para hacer pesquisa de cáncer de cervix; por otra parte no es adecuado para cáncer del cuerpo uterino, ovarios o trompas. (8)

En la actualidad se considera que el cáncer cervico uterino es una de las neoplasias 100% curables. La posibilidad de detectar en forma temprana hace factible reducir la mortalidad secundaria a este padecimiento. Sin embargo, este sigue siendo uno de los principales tumores en la mujer y contribuye a un número muy importante de muertes a nivel mundial.

(8)

En nuestro país las principales instituciones de salud cuentan con un programa estructurado de detección oportuna de cáncer desde hace más de 25 años. Sin embargo las tasas de mortalidad por el cáncer cervico uterino y la alta ocurrencia de casos en etapas avanzadas son evidencia del bajo impacto del programa. (8)

Por medio de estos programas de detección oportuna, un buen número de países ha logrado reducir la mortalidad secundaria este padecimiento de manera importante.

Durante los últimos años se ha llevado a cabo una cantidad importante de estudios encaminados a documentar las fallas del programa nacional del cáncer cervico uterino con el fin de proponer alternativas concretas para su corrección y mejorar su impacto. De

acuerdo a los trabajos, existen deficiencias en los distintos niveles de ejecución del programa, entre ellas: la baja cobertura, la mala calidad tanto en la obtención del espécimen como en los procedimientos diagnósticos citológicos (papanicolaou), la falta de procedimientos adecuados de referencia y seguimientos de casos; y la poca uniformidad en la aplicación de normas y criterios terapéuticos .

El costo familiar e institucional que representa la atención del cáncer cervico uterino está determinado por la oportunidad de su detección y prevención, y este se reduce significativamente cuanto más temprana su intervención. (8)

Los requerimientos para que un programa organizado de detección oportuna de cáncer cervical sea suficiente, han sido descritos ampliamente por diversos autores, todos ellos señalan la necesidad de alcanzar una elevada cobertura entre las mujeres en riesgo, así como la de introducción un control de calidad en cada uno de los elementos del programa de detección oportuna de cáncer. Las principales iniciativas desarrolladas al respecto han sido: a) la definición de estrategias de búsqueda y captación de mujeres de alto riesgo; b) la prestación de un servicio accesible y aceptable para la toma de especímenes : c)la obtención de una elevada calidad en la toma de muestras, el diagnóstico y el tratamiento; d) el manejo apropiado de mujeres con anormalidades detectadas, y finalmente, e) la realización de un monitoreo y una evaluación continua del programa de detección oportuna de cáncer. En este contexto se han descrito diversas estrategias para promover la participación de las mujeres en riesgo dentro de los programas de detección oportuna de cáncer, una de las principales, alternativas denominadas oportunistas, es la promoción del programa de papanicolaou en la atención médica. Un gran número de estudios han demostrado la importancia de los profesionales de salud como predictores de la utilización de tamizaje. Diversos estudios han señalado que el hecho de que las mujeres en riesgo acudan a un servicio de atención medica, amplía la oportunidad de brindarles educación acerca de la prevención de cáncer

cervico uterino, lo que a su vez influye de manera importante en su decisión de participar en el programa de detección oportuna de cáncer cervico uterino. (9).

Actualmente la prevalencia del uso de la prueba del papanicolaou en México es del 53%, existen entonces ocho y medio millones de mujeres que nunca se han realizado la prueba y dos y medio millones que se la realizaron al menos tres años atrás. Esta cifra supone que el 46.7% de las mujeres que afirman haberse realizado la prueba lo hace al menos cada 3 años.

(12)

En un estudio realizado en el estado de Nuevo León por Ana salinas y cols: determinar la calidad del programa de detección oportuna del cáncer cervico uterino en donde se analizaron 4791 informes citológicos se observó que la calidad de la toma de la muestra fue poco satisfactorio; 39.9% presentó células endocervicales (13)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El cáncer cervico uterino es problema grave de salud pública a nivel mundial, nacional y local. Por lo que es necesario que se lleve de manera adecuada la detección oportuna de esta enfermedad, a través de la realización de la prueba de Papanicolaou.

Debido a que la tasa de mortalidad va en aumento cada año por cáncer Cervico uterino y siendo ésta enfermedad prevenible al 100% si la detectamos en sus etapas iniciales, deberán evaluarse los resultados de DOC en nuestra unidad de Medicina Familiar, a fin de obtener el máximo beneficio en los grupos etáreos de riesgo.

Por lo que se realiza el siguiente planteamiento: ¿Cuáles son los resultados de la prueba de papanicolaou que se realizan las mujeres que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No.

27?

JUSTIFICACION

El cáncer Cervico uterino, siempre a sido un reto para todo el personal de salud porque aun cuando existe el programa nacional de detección oportuna de cáncer, no ha disminuido significativamente la mortalidad, aun cuando se cuenta con un método excelente de detección que es el papanicolaou y al conocer el total de los eventos de estos resultados aumenta la posibilidad de reducir la mortalidad al prevenir esta enfermedad y otorgar un tratamiento mas oportuno.

Así al conocer los resultados de Papanicolaou podemos proponer alternativas en nuestro personal de salud que mejoren la toma de DOC y concientizar a un más a las mujeres del grave problema que enfrentamos en la actualidad que es el cáncer Cervico uterino, con un alto costo social y económico para las familias afectadas y para las instituciones de salud. Debemos hacer hincapié en que no solo se afecta al paciente si no también a su entorno social y familiar. La evolución del cáncer cervico uterino es lenta. Se ha estimado que pueden pasar hasta 20 años desde el inicio hasta el desarrollo de la forma invasora, este hecho aunado a la accesibilidad de células cervicales para su estudio, nos permite disponer de tiempo y herramientas para detectar y erradicar la enfermedad, si el diagnostico se hace oportunamente, lo que hace que el cacu sea una neoplasia 100% prevenible, por tal motivo la detección oportuna del cáncer cervicouterino y la evaluación correspondiente, nos permitirá realizar acciones de tipo preventivo en el primer nivel de atención.

OBJETIVOS

Evaluar los resultados de la prueba de papanicolaou, que se realizaron las mujeres que acudieron al servicio de medicina preventiva de la UMF No 27 de Tijuana Baja California durante el 1de julio al 31 de diciembre del año 2006.

METODOS Y ANALISIS ESTADISTICOS

Se realizo un estudio de tipo descriptivo retrospectivo, en donde se revisarán los resultados de Papanicolaou (PAP) de las mujeres que acudieron durante el periodo del 01 de julio al 31 de diciembre del 2006 al servicio de Medicina Preventiva de la UMF No. 27 en la ciudad de Tijuana, Baja California.

El total de estudios de Papanicolaou, realizados durante el periodo del 01 de julio al 31 de diciembre del 2006 en la UMF No.27, fueron 1737, de los cuales se selecciono una muestra correspondiente al 25 %, mediante la técnica de selección sistemática tomando uno de cada 5 resultados, conformando la muestra un total de 434 estudios de citología cervical.

Para recabar resultados se acudió al servicio de medicina preventiva de la UMF.No 27 de Tijuana BC, localizando los resultados que están en un formato normado por la Secretaría de Salud y en donde se realiza una entrevista por parte de la enfermera a la paciente que se realiza el estudio de PAP así como también realizan la toma de la muestra, la cual ocasionalmente es tomada por el médico familiar de cada consultorio y finalmente es examinado por médico patólogo y/o citotecnólogo , quien da el resultado de los mismos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todos los estudios de Papanicolaou realizados en la UMF No. 27 durante los meses de julio a diciembre del 2006.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

Estudios de Papanicolaou no realizados en la UMF No. 27

Que no se cuente con el reporte de la prueba de papanicolaou

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Reporte de Papanicolaou incompleto.

Análisis estadístico:

Para el análisis estadístico se utilizarán frecuencias simples, medidas de tendencia central y de desviación en variables cuantitativas y porcentajes para variables cualitativas.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

Resultados prueba Papanicolaou: Son los resultados emitidos por el citotecnólogo y/ patólogo, que son consignados en la boleta de detección de PAP

Diagnóstico citológico. Es el diagnóstico morfológico basado en los caracteres Microscópicos y componentes extracelulares, desprendidos de los órganos espontáneamente U obtenidos por procedimientos, en general, son menos invasivos que la biopsia

Negativo a cáncer .Son aquellas las células del cuello uterino que no presentan ninguna alteración, por lo tanto el cerviz está sano.

Negativo a cáncer con proceso inflamatorio, las células del cervix presentan alteraciones inflamatorias. Este reporte es frecuente en las mujeres con actividad sexual y puede deberse algún tipo de infección cervico vaginal.

Displasias: significa literalmente desarrollo o crecimiento alterado, las displasias cervicales son alteraciones que modifican la estructura normal de los epitelios exocervical o endocervical.

Displasia leve. Es cuando las anormalidades celulares solo afectan el tercio inferior del espesor del epitelio uterino

Displasia moderada. Es cuando las anormalidades celulares afectan dos tercios del espesor del epitelio uterino.

Displasia grave. Es cuando las anormalidades celulares afectan todo el espesor del epitelio uterino y en ocasiones es difícil diferenciar una displasia grave y el carcinoma in situ.

Cáncer in situ. De acuerdo con la definición de la OMS es una lesión en la que todo el epitelio o la mayor o parte del tumor muestra el aspecto celular de carcinoma. No hay invasión del estroma subyacente.

Carcinoma microinvasor del cuello uterino. Es una lesión con invasión al estroma menor a 5mm con una extensión horizontal no mayor de 7 mm-FIGO 1995.

Carcinoma invasor. Se caracteriza por presentar células neoplásicas en todo el espesor del epitelio, pero además estas invaden el estroma del cuello uterino con ruptura de la membrana basa.

Adenocarcinoma. Es un tipo de cáncer Cervico uterino que constituye el 6% de los tumores del cuello y se origina en célula glandular columnar.

Maligno no especificado. Tumor sin especificación que no entra dentro del parámetro de los demás tumores.

Variables independientes

Edad: Número de años cumplidos

Fecha última citología: Fecha de realización prueba de Papanicolaou por última vez

Condiciones ginecoobstetricas a la detección: Son las condiciones ginecoobstetricas que presenta una paciente cuando acude a la realización de la toma de muestra para realizar Papanicolaou.

Hallazgos a la exploración. Son las lesiones o materiales Cervico vaginal detectados por inspección al realizar la toma de muestra para citología

Utensilio para toma de muestra: instrumento utilizado para la toma de muestra para papanicolaou.

Motivo de repetición de estudio: Causa ò circunstancia por la cuál es necesario la realización de otra toma de muestra

Muestra revisada por Patólogo: Son aquellas muestras que han sido valoradas por microscopia por Patólogo.

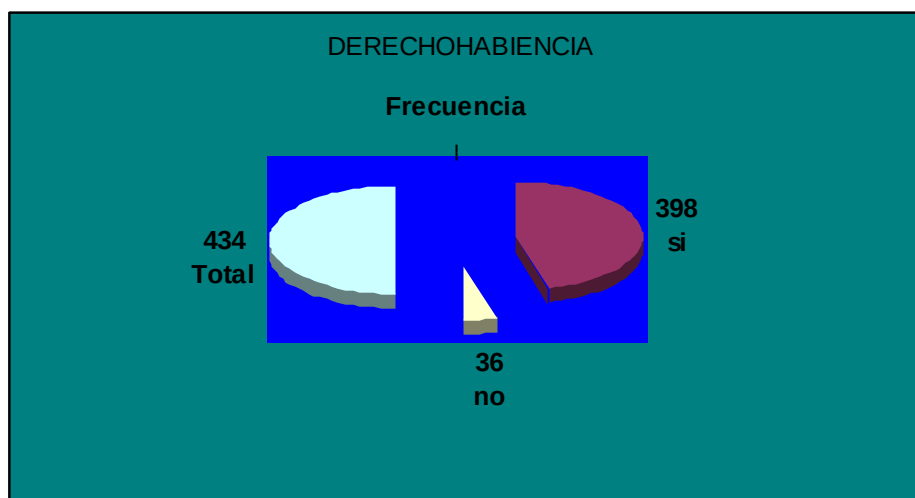
RESULTADOS

En ésta sección se presentan los resultados obtenidos de los 434 pacientes que se realizaron la prueba de Papanicolaou.

1.-En relación a la edad de las pacientes presentaron una media de 38.7 años, desviación estándar (DE) 11.39, el rango fué de 68 años, con edad mínima de 15 y máxima de 83 años.

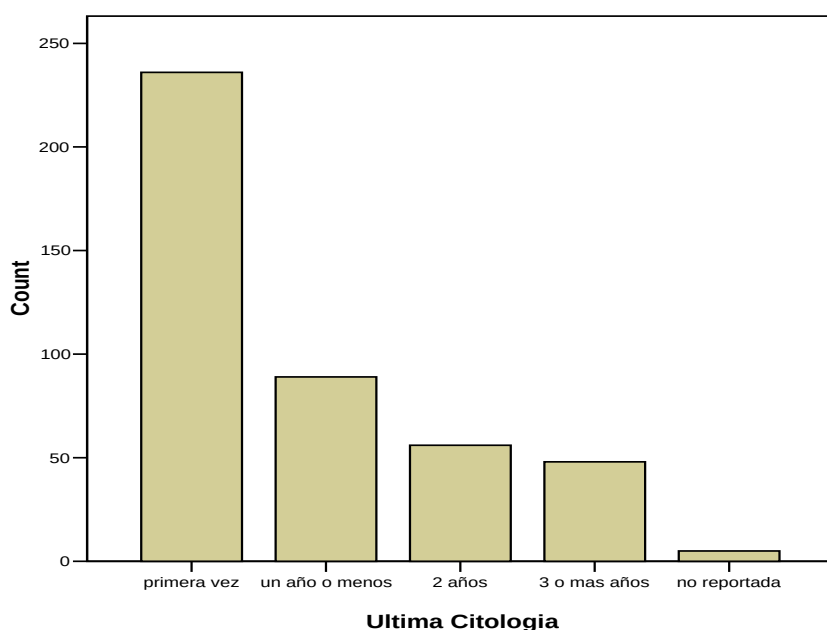
2.- Del total de 434 pacientes, fueron derechohabientes 398 (91.7 %) y 36(8.3) de pacientes no eran derechohabientes (Grafico 1).

Grafico 1.DERECHOHABIENCIA DE LAS PACIENTES QUE SE REALIZARON LA CITOLOGIA CERVICAL.



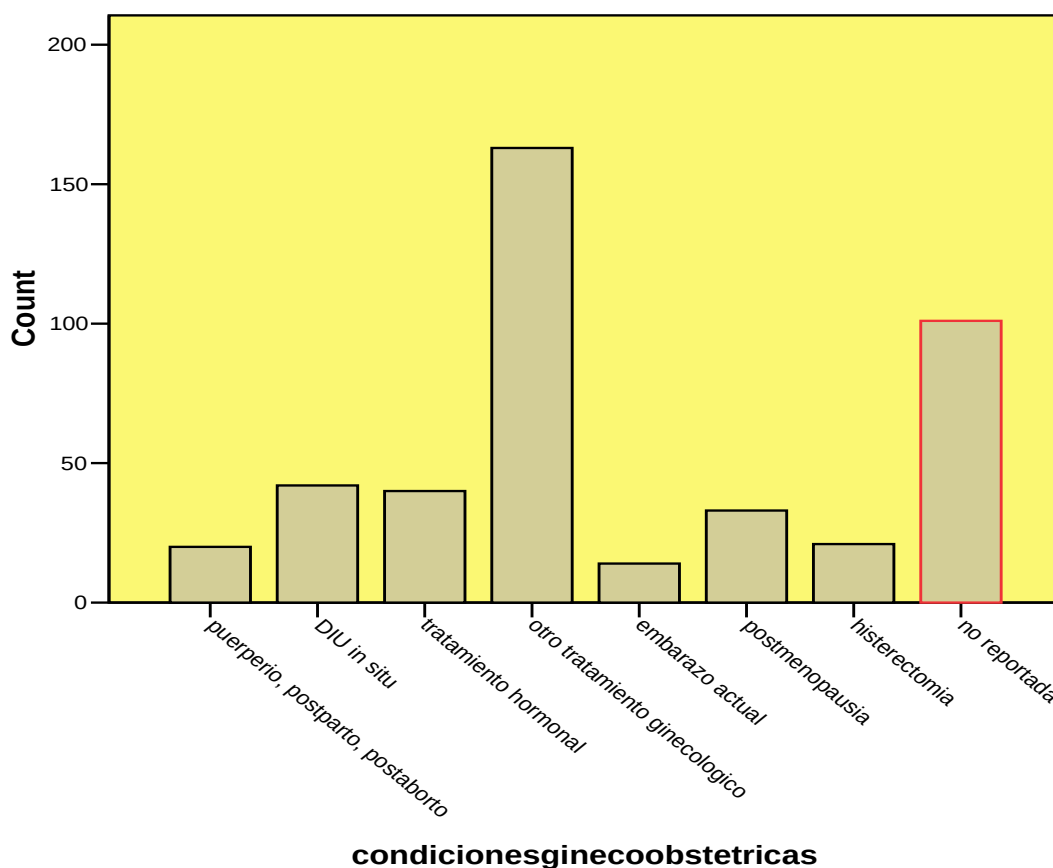
3.- En cuanto al tiempo que tenían las pacientes de realizarse la prueba de Papanicolaou, Se observo que predominan las que por primera vez se lo realizaron 236 (54.4%). Un año o menos en 89(20.5%) casos. De 2 años sin realizarse Papanicolaou fueron 56 casos (12.9%). Los pacientes que tenían 3 o mas años fueron 48 (11.1%) y en 5 pacientes no se reportaba el tiempo de ultima citología (1.2%) de los casos. (Grafico 2)

Grafico 2.TIEMPO DE REALIZACION DE ULTIMA CITOLOGIA CERVICAL



4.- En cuanto las condiciones ginecoobstetricas que presentaron las pacientes, un total de 20(4.6%) pacientes cursaban con puerperio, posparto y/o postaborto. En 42 (9.7%) tenían inserción de Dispositivo intrauterino (DIU).Un total de 40(9.2%) Se encontraban en tratamiento hormonal .El numero de casos predomino en las pacientes que tenían otro tratamiento ginecológico siendo de 163(37.6%). En mujeres embarazadas el total fue de 14 (3.2%).Mujeres con menopausia fueron 33 (7.6%). Las pacientes hysterectomizadas que se realizaron la citología fueron 21 (4.8%), y en 101 de los reportes de la hoja de citología cervical no se reporto la condición que presentaban al realizarse el Papanicolaou. (Grafico3).

Grafico 3. LAS CONDICIONES GINECOOBSTETRICAS QUE PRESENTABAN LAS PACIENTES AL MOMENTO DE LA REALIZACIÓN DEL PAPANICOLAOU.



5. -Los pacientes presentaron los siguientes síntomas al momento de la realización del Papanicolaou (PAP), En un numero mayor las pacientes refirieron presentar flujo vaginal 256(59%). Las que manifestaron prurito o ardor vulvar 27(6.2%). Las que presentaron sangrado anormal fueron 11(2.5%), y en 140(32.3%) no presentaron ninguna sintomatología. (Tabla 1).

Tabla 1. REPRESENTACIÓN DE LOS SÍNTOMAS QUE PRESENTABAN LAS PACIENTES AL MOMENTO DE REALIZARSE LA CITOLOGÍA CERVICAL.

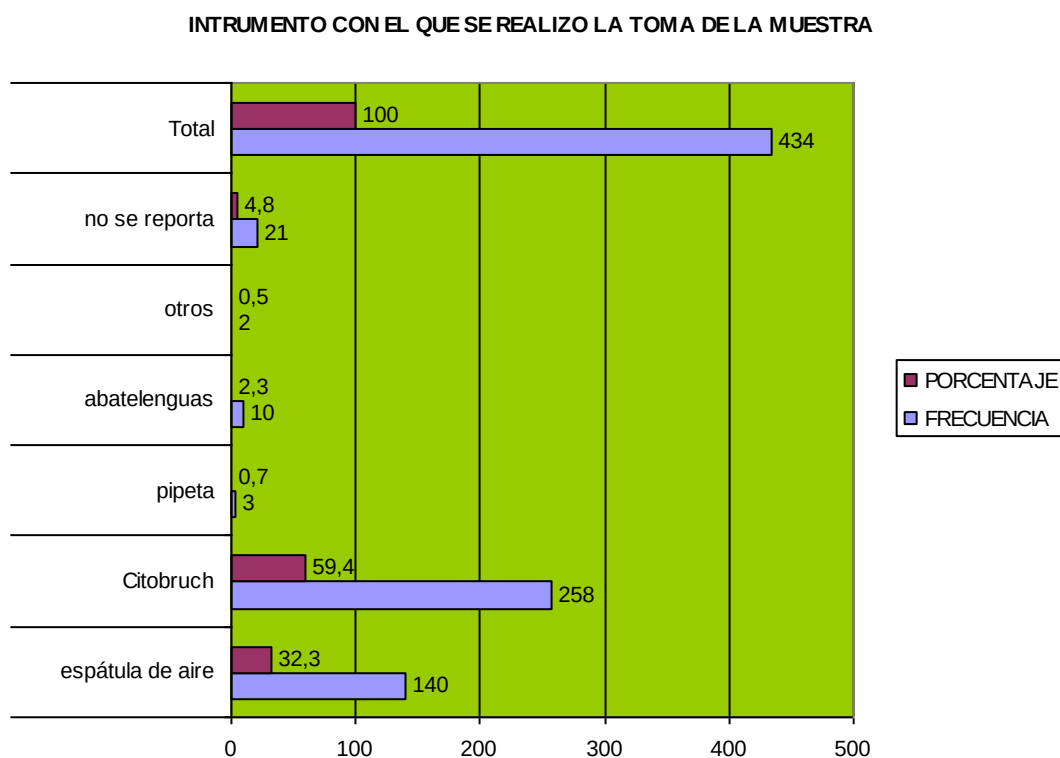
síntomas	Frecuencia	Porcentaje
flujo	256	59,0
prurito o ardor vulvar	27	6,2
sangrado anormal	11	2,5
ninguno	140	32,3
Total	434	100,0

6. – Los resultados en relación ala exploración física se reportaron las siguientes características clínicas predominaban las pacientes que presentaban cuello aparentemente sano en 215(49.5%) casos. En 143(32.9%) se reporto cuello anormal sin tumoración. El cervix con cuello anormal con tumoración fue de 7(1.6%), no se observo cuello en las pacientes 21(4.8%) histerectomizadas y finalmente se observo que en un total de 48 estudios de Papanicolaou no se reporto hallazgos. (Tabla 3).

Tabla 3.REPORTE DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL CERVIX EN MUJERES QUE SE REALIZARON LA CITOLOGÍA CERVICAL.

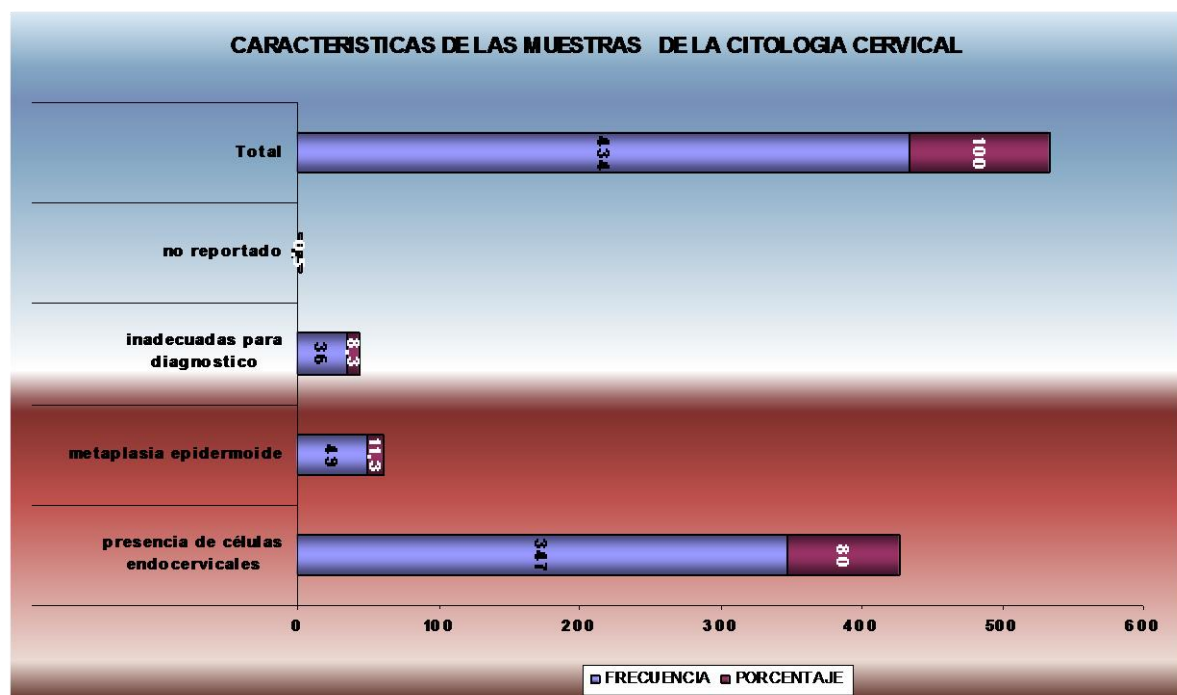
Sintomatología	frecuencia	porcentaje
cuello aparentemente sano	215	49,5
cuello anormal sin tumoración	143	32,9
cuello anormal con tumoración	7	1,6
no se observa cuello	21	4,8
No se reportado	48	11.1
Total	434	100,0

7. -En cuanto a instrumento utilizado un total de 140(32. %), especimenes fueron realizados con espátula de aire. El mayor numero de estudios se realizo Citobrush siendo un total de 258(59.4%), con pipeta fueron 3(.7%), un numero de 10(2.3%) muestras se realizaron con abatelenguas y con otros instrumento se reportan 2(.5%) y no se reporto instrumento de toma de muestra en 21(4.8) pacientes (Grafico 4).



8. –En cuanto los resultados en relación a las características de la muestra un numero mayor se presento en 347(80%) pacientes que presentaban células endocervicales, en relación con metaplasia epidermoide 49(11.3%), y 36(8.3) fueron inadecuadas para el diagnostico y no reportadas fueron solamente 2(.5%) muestras. (Grafico5)

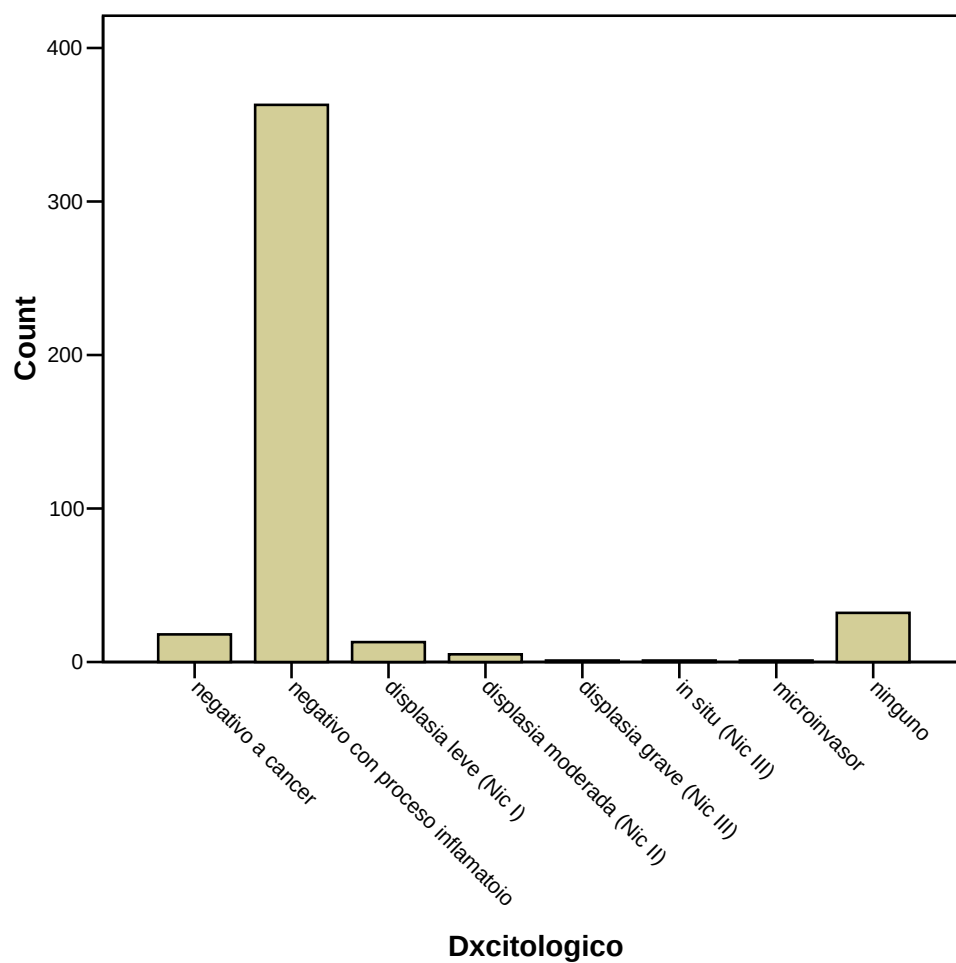
Grafico 5. SE MUESTRAN LAS CARACTERISTICAS MORFOLOGICAS DE LAS MUESTRAS DEL LOS PAPANICOLADOS.



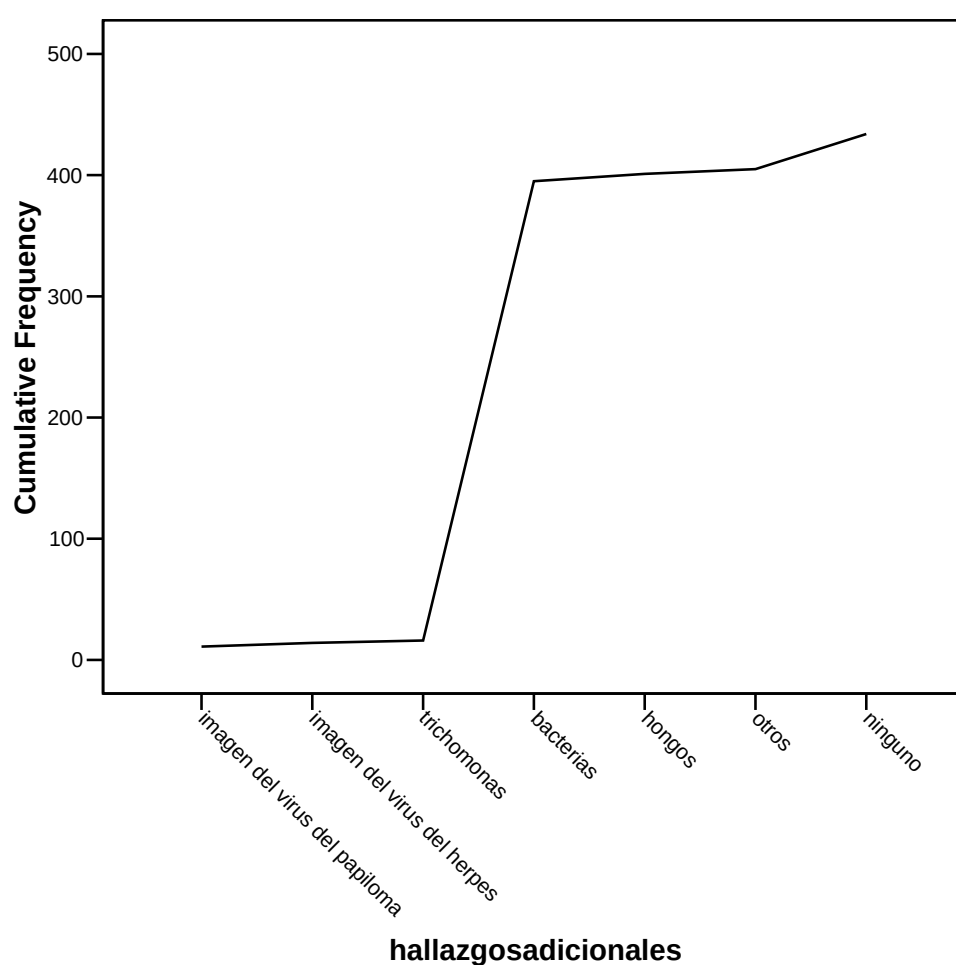
9. -En cuanto al diagnostico citológico se reportaron 18(4.1%) casos de resultados negativos a cáncer. El numero mayor de casos se observo en los que presentaban características de

negatividad con proceso inflamatorio 363(83.6%), con displasia leve un total de 13(3.0%) pacientes, con displasia moderada 5(1.2%) pacientes, con displasia grave 1(.2), in situ 1(.2%) paciente y sin reporte fueron 33(7.4) pacientes. (Grafico 6)

GRAFICO NO 3.DIAGNOSTICO CITOLOGICO DE LOS RESULTADOS DE PAPANICOLOU



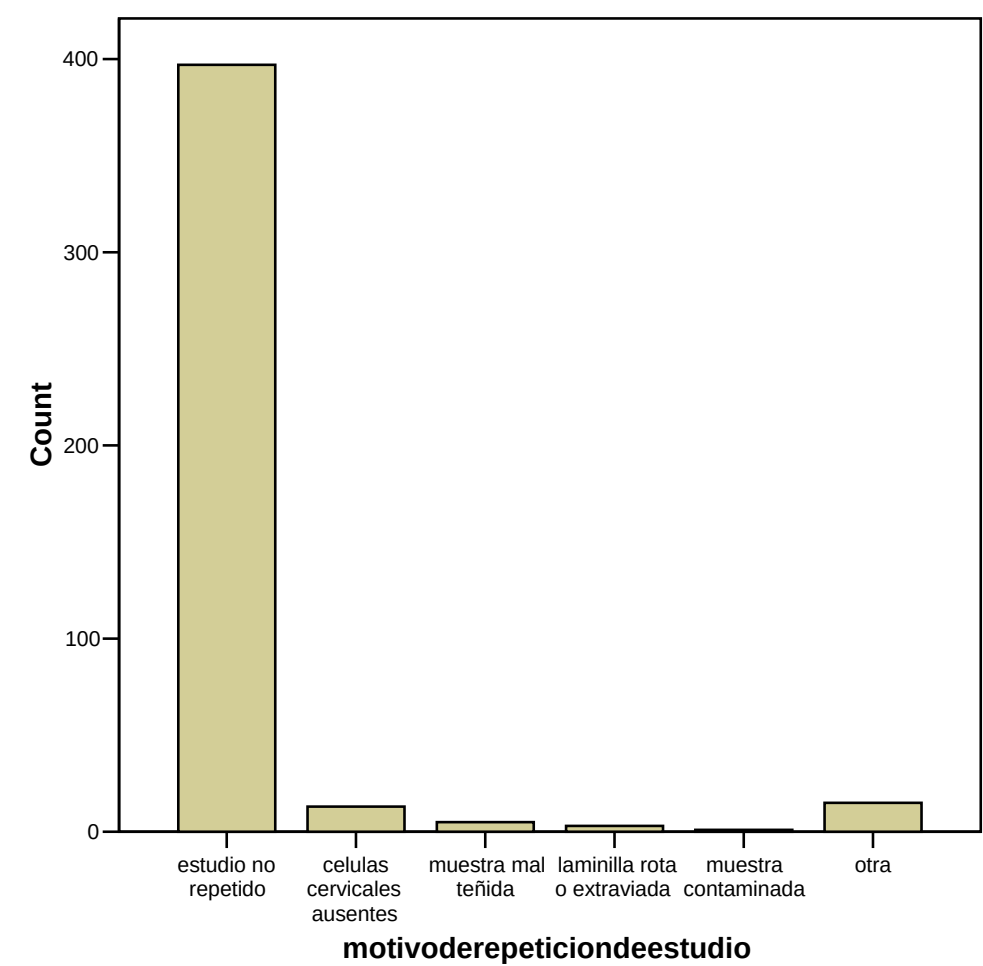
10.-En relación al numero de hallazgos adicionales encontrados se presentaron 11(2.5%) muestras con imagen del virus del papiloma humano, y relacionado con imagen del virus del herpes solo fueron 3 (.7%) pacientes, un numero menor reporto tricomonas 2(.5%), Un mayor numero de resultados presentaron bacterias 379(87.3%)casos, se demostraron 6(1.4%) hongos, otros tipos adicionales 4(.9%) y sin hallazgos en los especimenes 29 pacientes. (Grafico 4)



11.-En relación a los motivos por lo cual se volvieron a repetir algunos estudios 434 estudios de 33 estudios fueron enviados a nueva citología porque 11(2.5%) de ellos no contenían células cervicales, en un numero de 3(.7%) laminilla rota o extraviada fueron, en

relación ala muestras contaminadas solamente se presento 1(.2%) caso y en 18(4.1%) muestras se repitieron por otras causas y un total de 401(92.4%) no se repitieron porque contenían las células endocervicales y cervicales . (Grafico 6).

GRAFICO 6



Un total de 384(88.6%) muestras fueron revisadas por el citotecnologo y 50(11.4%) si fueron revisadas por el patólogo.

DISCUSION:

En esta sección se discuten los resultados obtenidos en la evaluación de las citologías (PAP) realizados a las mujeres de la UMF No 27, comparándolos con la literatura nacional e internacional.

En la actualidad el cáncer cervico uterino es una de las neoplasias curables y ocupa el primer lugar de las neoplasias en la mujer. La posibilidad de detectar en forma temprana hace factible reducir la mortalidad secundaria a este padecimiento. Sin embargo, sigue siendo uno de los principales tumores en la mujer y contribuye a un número muy importante de muertes a nivel mundial.

En un estudio realizado en el Hospital General de Zona No 1, en el año 2002 en mujeres sexualmente activas en Durango, México por Rodríguez y cols., sobre evaluación del programa de detección oportuna de cáncer Cervico uterino, éste mostró una cobertura del 27.96%(11,185/40,000,) tenían PAP previo 8,839 mujeres (79,03%) y 2,346 (20.97%) acudían por primera vez. El diagnóstico citológico reveló que 189 mujeres (1.68%) tenían algún tipo de lesión cervical: 63(33.32%) presentaron lesión intraepitelial de bajo grado; 35 (18.38%) lesión intraepitelial de alto grado, 91(48.14%) coilocitos, que es indicativo de infección de papilomavirus (VPH). (4). Del total las mujeres que presentaron sospecha de la lesión cervical por citología, solo 40 (21.16%) tuvieron seguimiento mediante revisión ginecológica, colposcopia y/o biopsia dirigida al sitio de lesión; 7 mujeres presentaron NIC I; 7 NIC II, 9 NIC III; 3, carcinoma invasor, 10 infección por virus VPH sin alteración neoplásica cervical; y 1 cervicitis. En tres pacientes la colposcopia no reveló lesión cervical y fueron dadas de alta (4)

En comparación con nuestro estudio las pacientes que se realizaron por 1ª. Vez el DOC fue de 236. Las que tenían un año o menos en 89 casos. De 2 años sin realizarse Papanicolaou fueron 56 casos (12.9%). Los pacientes que tenían 3 o mas años fueron 48 (11.1%) y en 5

pacientes no se reportaba el tiempo de ultima citología (1.2%), cervical. En relación al resultado del diagnostico citológico se reportaron 18(4.1%) casos de resultados negativos a cáncer, el numero mayor de casos se observo en los que presentaban características de negatividad con proceso inflamatorio 363(83.6%), con displasia leve un total de 13(3.0%) pacientes, con displasia moderada 5(1.2%) pacientes, con displasia grave 1(0.2 %), in situ 1(0.2%) paciente y sin reporte por muestras inadecuadas fueron 33(7.4%),y en 11(2.5%)casos se reporto el virus del papiloma humano . Todas las pacientes con resultados sospechosos fueron revisadas por colposcopia, revisión ginecológica y biopsia dirigida a la lesión sin reportar procesos de malignidad y así confirmando lo reportado con los Papanicolaous.

Comparado con otro estudio realizado en España por A. Marrero y cols, en el año 2000. Realizaron un estudio descriptivo- retrospectivo en el Hospital Docente Ginecoobstetrico “Mariana Grajales” de santa clara España, sobre citologías anormales, y el diagnostico final en pacientes con citodiagnóstico, realizado en 149 mujeres. En donde se presento un diagnóstico de negatividad a cáncer en el 44.3%;el Papilomavirus estuvo asociado en el 30.2% de los casos ,seguido de neoplasia intraepitelial cervical (NIC)III (Displasia Severa – carcinoma in situ)con un 28.8%.al utilizar la clasificación de Bethesda , que incluye los pacientes con VPH Y NIC 1(lesión escamosa intraepitelial de bajo grado),en un mismo grupo se encontró que un mayor porcentaje de pacientes tuvo ese diagnostico(45%),seguido por la lesión intraepitelial de alto grado) que incluye (NIC II Y NIC III) con 38.2%.(14) ,estos resultados son superiores a los nuestros.

CONCLUSIONES

Al analizar los resultados del diagnóstico citológico, encontramos que el 87.7% fueron negativos a malignidad.

En el 91.7% los resultados fueron de pacientes derechohabientes y el resto de mujeres no derechohabientes.

Los pacientes que resultaron con algún tipo de displasia fueron como sigue: Displasia leve (NIC I), El 3.0%, displasia moderada (NIC II) 1.2% y de displasia grave el 0.2% y finalmente el 0.2% resultó con CACU IN SITU (NIC III) y los que no reportaron ningún tipo de problema citológico por muestras inadecuadas fueron 33 casos. Los resultados del diagnóstico citológico obtenidos son inferiores a los presentados por otros estudios de citología cervico vaginal. en relación a las características de la muestra, un numero mayor se presento en 347(80%) pacientes que mostraban células endocervicales, en relación con metaplasia epidermoide 49(11.3%), y 36(8.3 %) fueron inadecuadas para el diagnóstico, no reportadas fueron solamente 2(.5%) muestras, por lo que observamos que la tecnica de Papanicolaou en nuestro estudio presento un alto porcentaje de muestras adecuadas .

FORTALEZAS

Aunque existen este tipo estudios en México, nunca se había realizado en nuestra Unidad de Medicina Familiar, lo que representa un gran avance en el conocimiento de este tipo de estudios en nuestro medio.

El estudio se realizó mediante la captación de la hoja de citología cervical, el cual es un documento validado a nivel nacional y utilizado por el sistema nacional de detección oportuna de cáncer Cervico uterino.

DEBILIDADES

La selección de la muestra no se realizó en forma aleatoria, otra debilidad es que los resultados fueron seleccionados en un periodo de 6 meses.

LIMITACIONES

Dentro de las limitaciones de este estudio tenemos:

A nivel local no se cuenta con estudios con los que se pueda comparar esta información

Que por ser una muestra pequeña no se pueden estandarizar los resultados.

SUGERENCIAS

Realizar papanicolaous a mujeres en riesgo y correlacionar los resultados por colposcopia, para que halla mas efectividad diagnostica, ya que el Papanicolaou no detecta al 100% los casos de displasia o cancer cervico uterino.

Hacer énfasis en mujeres de alto riesgo.

BIBLIOGRAFÍAS

1. Torres S, Gutiérrez J, Morales J. Cáncer en México correlación entre los factores socioeconómicos y la alimentación. Med Inter. Méx. 2006; (22):36-43
2. Hidalgo A. El cáncer Cervico uterino, su impacto en México y el porque no funciona el programa nacional de detección oportuna. Rev. Biom 2006;(17):81-84.
3. Manual de programa para La vigilancia, prevención, diagnostico, tratamiento y control del cáncer Cervico uterino. 1998.
4. Rodríguez E, Ricardo M, Juan M, Cortes E. Evaluación del programa de detección oportuna del cáncer Cervico uterino (DOC) en Durango, México
5. Vázquez G. Análisis de expresión global del cáncer Cervico uterino, Rev. Invest clin 2005; 57(3):434-441.
6. González M, Camacho A, Domínguez M. Calidad de la toma de muestra de citología cervical de la unidad de medicina familiar No 57 del Instituto Mexicano del Seguro Social Rev. Biomed 2006; 17:102-106.
- 7.-Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de prestaciones económicas. Manual de procedimiento para la vigilancia, prevención y tratamiento y control del cáncer cervico uterino, medico 1998.
8. Escandon RC, Benítez MM, Navarrete EJ. Epidemiológica del cáncer cervico uterino en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública Mex. 1992 34(6). 607-614.

- 9– Rauda J, Hernandez R. Epidemiología de cáncer en la ciudad de México. Durante 1986. Bol Mens Epidemiol 1988; 3 (12): 128-134.
10. Sankarananayan R, Madhukar A. Programas eficaces de cribado en los países en desarrollo de ingresos bajos y medios. World Health Organización. 2001; 79(10):954-962.
11. Lazcano E, Rojas R, López M. Factores de riesgo reproductivo y cáncer Cervico uterino en la Ciudad de México. Salud publica de México 1993; 35(1):65-73
12. –Gómez J. costos y calidad de la prueba de detección oportuna del cáncer Cervico uterino en una clínica publica y en una organización no gubernamental. Salud pública Mex 2001; 43:279-288.
13. Salinas A, Calidad Del Programa de Detección Oportuna del cáncer Cervico uterino en el Estado de nuevo león. Salud Pública de México 1997; 39(3)187-194.

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL CANCER CERVICO UTERINO			
SOLICITUD DE CITOLOGIA CERVICAL			
Unidad Medica: UMF 27 MEDICINA PREVENTIVA		Delegacion: BAJA CALIF	
Identificacion de la solicitante:		FECHA _____	
NO. AFILIACION _____		AGREGADO _____	
CONSULTORIO _____		NO DH. ☐	
NOMBRE _____		EDAD _____ AÑOS	
PATERNO _____ MATERNO _____		NOMBRE _____	
DOMICILIO _____		TELEFONO _____	
CALLE Y NUMERO _____		COLONIA O FRACC _____	
MUNICIPIO O DELEGACION _____		C.P. _____	
En caso de necesidad puede tambien localizarse a traves de:			
NOMBRE _____		DOMICILIO _____	
APELLIDO PATERNO _____ MATERNO _____		CALLE Y NUMERO _____	
NOMBRE _____		COLONIA O LOCALIDAD _____	
MUNICIPIO O DELEGACION _____		TELEFONO: _____	
ENTIDAD FEDERATIVA _____		C.P. _____	
Detencion de cancer del cervix		condiciones gineco-obstetricas a la detencion	
ultima citologia:			
(1) primera vez en la vida		(1) puerperio posparto o postaborto	
(2) un año o menos		(2) DIU in situ	
(3) 2 años		(3) Tratamiento hormonal	
(4) 3 o mas años		(4) Otro tratamiento ginecologico _____	
(5) Embarazo actual		(6) Post menopausia	
(7) Histerectomia		(8) Fecha de ultima regla _____	
Actualmente prenatal		A la exploracion se observa:	
(1) Flujo		(1) Cuello aparentemente sano	
(2) Prurito o ardor vulvar		(2) Cuello anormal sin tumoracion	
(3) Sangrado anormal		(3) Cuello anormal con tumoracion	
(4) Ninguno		(4) no se observa cuello	
Derivado con el medico familiar			
(1) Si		(2) No	
(3) Otro:			
Utensilio con el que se tomo la muestra (1) espátula de aire (2) Citobrush (3) Pipeta (4) Abatallenguas (5) Otros			
Toma la muestra citologica _____		Matricula: _____	
RESULTADOS DE LA CITOLOGIA CERVICAL			
Laboratorio: _____		Numero citologico _____	
Fecha de Recepcion _____		Fecha de interpretacion _____	
Dia Mes Año		Dia Mes Año	
Caracteristicas de la Muestra			
(1) Presencia de Celulas endocervicales		(2) Metaplasia epidemioide	
(3) Inadecuadas para Diagnostico			
Diagnostico citologico		XVII: Hallazgos adicionales:	
(1) Negativo a Cancer		(1) Imagen del virus del papiloma	
(2) Negativo Con Proceso Inflamatorio		(2) Imagen del virud del Herpes	
(3) Tricomonas		(4) Bacterias	
(5) Hongos		(6) Otros: _____	
(7) Ninguno			
(10) Maligno no especificado			
Repetir el estudio por:			
(2) Celulas cervicales ausentes		(3) muestra mal fijada	
(4) Muestra mal teñida		(5) Exudo inflamatorio abundante	
(6) sangrado		(7) Laminilla rota o extraviada	
(8) muestra contaminada con: _____		(9) otra: _____	
Citotecnologo: _____		Matricula: _____	
La muestra fue revisada por el Patologo: ☐ SI ☐ NO		Firma del Patologo: _____	
Nombre del Patologo: _____		Matricula: _____	

ANEXO 2

DESCRIPCION OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	OPERACIONALIZACION
Edad	Cuantitativa	Años cumplidos
Tiempo sin realizarse DOC	Cualitativa	1) primera vez en la vida 2) un año o menos 3) 2 años 4) 3 o mas años 5)no reportado
Diagnostico citológico	Cualitativa	1)negativo a cáncer 2)negativo con proceso inflamatorio.2) Clase II 3) displasia leve(Nic I) 4)displasia moderada(Nic II 5)displasia grave(Nic III) 6)”In Situ”(NicIII) 7)Microinvasor 8)invasor 9)adenocarcinoma 10)maligno no especificado 11)no reportado
Motivo de repetición de estudio	cualitativa	1) estudio no repetido 2células cervicales ausentes 3) Muestra mal fijada. 4) muestra mal teñida 5) exudado inflamatorio abundante 6) sangrado 7) laminilla rota o extraviada 8) muestra contaminada 9) otra.
Condiciones gineco obstétricas ala detección	cualitativa	1)puerperio posparto o aborto 2)DIU in situ 3)tratamiento hormonal 4)otro tratamiento ginecológico 5)embarazo actual 6)postmenopasia 7)histerectomía 8) no se reporto
Hallazgos ala exploración.	Cualitativa	1)cuello aparentemente sano 2) cuelo normal sin tumoración 3)cuello anormal con tumoración 4)no se observa cuello 5) no reportado
Instrumento con el que se tomo	Cualitativa	1) Espátula de aire 2) citobrush 3) pipeta 4) abatelenguas 5) otros 6) no se reporto

la muestra	cualitativa	
La muestra fue revisada por el patólogo	Cualitativa	1) SI 2) NO