



EL SABER DE MIS HIJOS
HARÁ MI GRANDEZA

**UNIVERSIDAD DE SONORA
DIVISIÓN DE CIENCIAS
BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA**



"BONUM FACERE"

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SONORA**

INVESTIGADOR

DRA. LUCIA PEÑAFLORES GARNICA
MÉDICO PASANTE DE SERVICIO SOCIAL 2007-2008
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #52
GENERAL PLUTARCO ELÍAS CALLES, SONOYTA, SONORA

**COORDINADOR
DR. RAMÓN MORENO DÍAZ
DR. EFRAÍN LAUTERIO GARCÍA**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**INCIDENCIA DE CÁNCER CERVICOUTERINO Y FACTORES DE
RIESGO EN DERECHOHABIENTES DEL IMSS**

LUGAR DONDE SE REALIZA EL ESTUDIO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 52
GENERAL PLUTARCO ELÍAS CALLES, SONOYTA, SONORA
CALZADA PÁPAGO Y JESÚS GARCÍA COL. CENTRO

Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



**"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"**



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

JUSTIFICACION

La citología cervical fue descrita en 1941 (George Papanicolaou) como un método de diagnóstico de cáncer cérvicouterino. Pronto demostró que era capaz de identificar no sólo al cáncer invasor, sino sus lesiones precursoras, cuyo tratamiento era y es más sencillo, menos costoso y de mejores resultados. Al aumentar la detección de la enfermedad preinvasiva e invasiva temprana, el frotis de Papanicolaou redujo la incidencia y mortalidad. Un solo resultado negativo en el frotis disminuye el riesgo de CACU en un 45% y nueve frotis a lo largo de la vida reducen el riesgo hasta en 99%.

Esta prueba se ha convertido en el método estándar para detectar el carcinoma cervical, además de esto, también valora el estado hormonal y ayuda a identificar algunos patógenos de transmisión sexual, como el herpes simple, el virus del papiloma humano, chlamydia trachomatis y trichomonas vaginalis, así como alteraciones benignas. Algunas veces la presencia de carcinoma cervical sugiere infección por el virus del papiloma humano.

Debido a que en nuestro país el perfil epidemiológico muestra incremento en la incidencia de esta enfermedad, se considera un problema de salud pública, por lo que es necesario subrayar como estrategia principal, la coordinación de los sectores público, privado y social para afrontar este padecimiento con mayor compromiso, eficiencia y eficacia.

Será también importante lograr una participación activa de la comunidad en la solución de este problema de salud, lo cual se logrará mediante la enseñanza, difusión y concientización de los riesgos y complicaciones de la misma.

Este estudio se basa en la identificación de casos de CACU y factores de riesgo por medio de la toma de citología cervical tomando como base la *Solicitud de Citología Cervical* y un cuestionario elaborado en la identificación de factores de riesgo para cáncer cervicouterino y enfermedades de transmisión sexual.

Los beneficios que se esperan obtener son una reducción de la mortalidad y morbilidad que este padecimiento ocasiona, mediante un diagnóstico temprano.

MARCO TEORICO O ANTECEDENTES

CITOLOGÍA CERVICAL

El estudio de citología cervical es el método de elección para la detección oportuna del cáncer del cuello del útero.

La citología cervical se realizará cada tres años en aquellas mujeres con dos citologías previas anuales consecutivas, con resultado negativo a infección por Virus del Papiloma Humano, displasias o cáncer; las mujeres con los problemas anteriores, serán objeto de un seguimiento en una clínica de displasias y, cuando sean dadas de alta, reiniciarán la periodicidad anual. Las mujeres con resultados positivos a procesos inflamatorios inespecíficos deberán continuar con exámenes anuales hasta que haya dos resultados consecutivos negativos.

Para la toma satisfactoria de la citología cérvico vaginal es necesaria la observación directa del cuello uterino mediante el espejo vaginal, tomando una muestra suficiente del exocervix y endocervix previo consentimiento informado de la mujer.

El perfil de riesgo en el cáncer cérvico-uterino es la mujer con edad de 25 a 64 años, con vida sexual activa o antecedente de haber tenido vida sexual, que no se ha realizado estudios previos de citología cervical y presenta cuadros repetitivos de infecciones transmitidas sexualmente.

Para establecer el diagnóstico del cáncer del cuello del útero se requiere la presencia de células de aspecto maligno en el estudio citológico, imágenes de apariencia maligna en la colposcopia y la confirmación por el estudio histopatológico.

El resultado del estudio citológico es descriptivo y debe ser informado de la siguiente manera:

- a.- Negativo a cáncer.
- b.- Negativo con proceso inflamatorio.
- c.- Displasia leve (NIC 1).
- d.- Displasia moderada (NIC II).
- e.- Displasia grave (NIC III).
- f.- Cáncer del cuello del útero in situ (NIC III).
- g.- Cáncer microinvasor e invasor.
- h.- Adenocarcinoma.
- i.- Maligno no especificado.

Hallazgos adicionales:

- a.- Imagen del virus del papiloma humano.
- b.- Imagen del virus del herpes.
- c.- Tricomonas.
- d.- Bacterias.
- e.- Hongos.
- f.- Otras alteraciones (especifique).

Las recomendaciones para la toma de la citología cervical son las siguientes:

Condiciones óptimas en las que debe acudir la paciente para mejorar los resultados de la interpretación:

–Realizar la toma 2 semanas después del primer día de la última menstruación de la paciente (entre los días 10-18 del ciclo).

–No realizar ducha vaginal durante las 48 horas previas a la toma.

–Evitar el uso de tampones, espumas anticonceptivas, gelatinas u otras cremas o medicamentos vaginales durante las 48 horas previas a la toma.

–Pedir a la paciente que se abstenga tener relaciones sexuales durante las 48 horas previas a la toma.

–Realizar la toma antes de cualquier otra exploración cervical o vaginal.

–Evitar la contaminación de las muestras con cualquier lubricante.

–Si existe flujo vaginal que cubra el cérvix, removerlo cuidadosamente con una torunda húmeda de solución fisiológica. (Si la cervicitis o vaginitis son intensas, debe darse tratamiento y diferir la toma)

–Si hay sangrado, por menstruación o anormal, debe diferirse la toma de la citología, ya que la sangre dificulta el diagnóstico.

Procedimiento para la toma

El procedimiento para la obtención del espécimen de citología es el siguiente:

1. Recepción e interrogatorio: informar a la paciente sobre el procedimiento que se le va a realizar e interrogar para llenar el formato de DOC (solicitud).

2. Preparar a la usuaria: invitar a la usuaria a colocarse en la mesa de exploración y auxiliarla para adoptar la posición ginecológica.

3. Material para la toma: fuente de luz adecuada, espejo vaginal, guantes, portaobjetos, lápiz, algodón, pinzas, solución salina, instrumento para la toma y fijador.

4. Procedimiento para la toma: colocar los guantes y mantenerlos durante el procedimiento, realizar valoración ginecológica de los genitales externos. Colocar el espejo vaginal sin lubricante, separar los labios menores e introducir el espejo con una inclinación de 45° en relación con el piso de la vagina, abrir lentamente las valvas del espejo y deslizarlo corrigiendo la posición para que quede paralelo al piso de la vagina, localizar el cuello y fijar las valvas del espejo.

5. Técnica para la toma: debe tomarse primero la muestra del exocérvix, ya que con frecuencia la toma de la muestra endocervical provoca sangrado que contamina la muestra exocervical, que dificulta el diagnóstico. Tomar primero la muestra del exocérvix evita el factor de desecación de la superficie del cérvix. Para obtener la muestra del exocérvix introducir la espátula de Ayre modificada por el extremo bifurcado, colocarla en el orificio y girar 360° a la derecha haciendo una ligera presión. Se reintroduce la espátula por el extremo terminado en punta al canal endocervical, deslizando y girando a la izquierda 360° con una ligera presión.

El cepillo endocervical (*cytobrush*) sólo debe usarse en los casos donde la zona de transformación no es visible, como en el caso de las pacientes posmenopáusicas o en mujeres previamente tratadas por conización u otro tipo de tratamiento. No se use en mujeres embarazadas.

Para obtener la muestra se introduce el cepillo en el canal endocervical y se da un giro de 90°, la sobre-rotación puede causar distorsión en las células, además de sangrado, lo que dificulta la interpretación del extendido.

Existen diversos tipos de instrumentos: la espátula de Ayre, Miles, Szalay, cepillo cervical (*cervex*) y cepillo endocervical (*cytobrush*).

Se aconseja, y está probado, el uso de dos instrumentos: uno para exocérvix (espátula) y otro para endocérvix (cepillo endocervical) y realizar las dos tomas en forma separada.

6. El material obtenido debe aplicarse en los 2/3 restantes, ocupando la mitad para el ectocérvix y la otra mitad para endocérvix, siendo éste en forma uniforme a lo largo del eje mayor de la laminilla, en capa delgada, evitando los grumos.

7. Técnicas para fijación del material: debe fijarse en forma inmediata; si se utiliza fijador en aerosol, debe esparcirlo desde una distancia alrededor de 25 a 30 cm para evitar que se disperse el material. Otra opción es: en un frasco de boca ancha con alcohol de 96° suficiente para cubrir la laminilla, se coloca por 15 minutos, se extrae y se deja secar.

8. Conclusión del procedimiento: Retirar con cuidado el espejo e indicar a la usuaria que el procedimiento ha concluido. Anotar los hallazgos clínicos en el formato e indicar a la paciente fecha de entrega de resultado.

En México, se recomienda iniciar el estudio citológico para la detección de lesiones precursoras después de los 25 años o posterior a haber iniciado su vida sexual activa. La citología anual debería hacerse en mujeres de 30 años o mayores; sin embargo, debido a que la historia natural del cáncer cérvico uterino es bastante lenta, hay tiempo suficiente para que se realice una detección oportuna cada tres años, después de que tenga dos estudios de citología cervical consecutivos negativos.

CÁNCER CERVICOUTERINO

El cáncer cérvico uterino ocupa el primer lugar en incidencia causada por tumores malignos y el tercero en mortalidad relacionada con las neoplasias malignas en la población en general.

En la población femenina el cáncer cérvico uterino es la primera causa de muerte por neoplasias malignas, particularmente en el grupo de 25 a 64 años de edad.

Factores de riesgo

Factores sexuales y reproductivos. El inicio de las relaciones sexuales antes de los 16 años se vincula con una duplicación del riesgo respecto de las mujeres cuya primera experiencia sexual ocurre después de los 20 años. También es proporcional al número de parejas sexuales a lo largo de la vida. El aumento de la paridad también parece ser un factor de riesgo.

Tabaquismo. El consumo de cigarrillos se ha identificado como un factor etiológico del carcinoma de células escamosas del cuello uterino. El aumento del riesgo entre las fumadoras aumenta casi en un 50% y es mayor aún cuando se consumen grandes cantidades de cigarrillos al día o durante mucho tiempo. Dicho incremento es resultado de los efectos genotóxicos o inmunosupresores de la nicotina y la conicotina, de las cuales se detectan cifras elevadas en el moco cervical.

Dieta. Deficiencia de folatos y vitaminas (A, C y E).

Anticonceptivos. Los anticonceptivos orales durante tiempo prolongado (cinco años o más) tienen un riesgo dos veces mayor de cáncer cervical. En cambio los métodos de barrera, en especial los que combinan protección mecánica y química, implican un menor riesgo.

Inmunosupresión. Al parecer la inmunidad celular es un factor para el desarrollo de cáncer cervical. Las mujeres inmunocomprometidas no solo tienen un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad sino que también evidencian una progresión más rápida de lesiones preinvasivas a invasivas y una evolución acelerada una vez que se diagnostica la enfermedad invasiva.

Infección por Virus del Papiloma Humano. La relación del VPH con la incidencia del cáncer cervical fue demostrada por el virólogo alemán Harald Zu Hausen en 1980. Todos los virus del papiloma humano tienen una organización estructural y genómica similar. Son viriones sin envoltura con un genoma de DNA circular de doble cadena con 7800 a 7900 pares de bases y una cápside icosaédrica. El DNA está presente en casi todos los casos de cáncer cervical y lesiones precursoras. Si bien se considera que el HPV es un componente de la transformación neoplásica, es improbable que sea su única causa.

El virus del papiloma humano coloniza el epitelio mucoso o cutáneo e induce una hiperproliferación, lo que lleva a la formación de verrugas en el sitio de la infección. Se han identificado más de 70 tipos distintos de este virus que responden a las diferencias de la secuencia del DNA; se sabe que 23 de ellos infectan el sistema urogenital. Los virus con bajo riesgo oncogénico son los tipos 6, 11, 42, 43 y 44; éstos originan condilomas acuminados y algunos casos de lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado, pero es raro que se relacionen con cáncer invasivo. Los tipos con riesgo oncogénico alto son el 16, 18, 31, 45 y 56, y se detectan a menudo en las mujeres

con lesiones intraepiteliales escamosas de grado alto y cáncer invasivo. Los tipos 33, 35, 39, 51 y 52 pueden considerarse de riesgo oncogénico intermedio, ya que se relacionan con anomalías intraepiteliales escamosas de grado alto pero no suelen detectarse en los carcinomas invasivos.

Las secuelas clínicas posibles después de una infección aguda por HPV son las siguientes:

1. Infección viral latente cuando el genoma del HPV se estabiliza como un episoma no integrado y permanece en la célula huésped sin cambios clínicos o morfológicos en el epitelio escamoso. En el examen clínico es probable que las pacientes no muestren evidencia macroscópica o morfológica de la infección, pero si alojan al virus, como lo demuestran las técnicas para detección de DNA.
2. Infección activa, manifestada por proliferación de epitelio escamoso en tumores benignos (verrugas); está presente cuando el HPV posee replicación vegetativa.
3. Interrupción del control de la proliferación de ciertas oncoproteínas, debido a que los HPV con alto potencial oncogénico relacionados con lesiones de grado alto pueden integrarse al genoma del huésped.

Es posible que el inicio de la displasia y el carcinoma cervical implique interacciones entre el HPV y genes específicos que regulan el crecimiento celular.

Datos clínicos

Los signos y síntomas más comunes son metrorragia, manchado poscoito y ulceración cervical. Llega a presentarse un exudado sanguinolento o purulento, fétido, no pruriginoso, después de la invasión. La disfunción vesical y rectal o las fistulas y el dolor son síntomas tardíos.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia de cáncer cervicouterino o lesiones precursoras por medio de la citología cervical en derechohabientes de la UMF 52.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó citología cervical y cuestionario basado en la identificación de factores de riesgo para cáncer cervicouterino en 60 mujeres derechohabientes que asistieron a la Unidad de Medicina Familiar de Sonoyta, Sonora, durante el periodo de marzo a agosto de 2007.

Planteamiento del problema

¿Cuál es la incidencia de cáncer cervicouterino y factores de riesgo en la población derechohabiente de la UMF 52 de Sonoyta, Sonora?

Variable dependiente. Incidencia de cáncer cervicouterino y factores de riesgo

Definición conceptual. La incidencia es el número de casos con resultados positivos de displasias (NIC I, II y III), in situ, microinvasor, invasor, adenocarcinoma y maligno no especificado. Factor de riesgo es cualquier variable o dato que contribuya a la adquisición de la enfermedad.

Definición operacional. Los factores serán medidos con base a cuestionario realizado a partir lecturas bibliográficas y Solicitud de citología cervical

Indicador. Diagnóstico citológico, número de citologías realizadas y resultados previos, sintomatología, métodos anticonceptivos y tiempo de uso, número de parejas sexuales, gestas, inmunosupresión (infecciones como VPH, VIH, etc), déficit de folatos y vitamina C, tabaquismo, alcoholismo, antecedentes familiares.

Variable independiente. Población derechohabiente

Definición conceptual. Mujeres derechohabientes de 25 a 64 años de edad con vida sexual activa o antecedentes de haber tenido relaciones sexuales.

Definición operacional. Mediante la hoja de Solicitud de Citología cervical

Indicador. Mujer derechohabiente

Tipo de estudio. Descriptivo, prospectivo y transversal

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de Inclusión

Mujeres derechohabientes de 25 a 64 años de edad, con vida sexual activa o antecedentes de haber tenido relaciones sexuales

Mujeres a las que se les haya realizado citología cervical y que respondan el cuestionario

Criterios de No inclusión

Mujeres menores de 25 y mayores de 64 años de edad

Mujeres no derechohabientes

Mujeres derechohabientes de 25 a 64 años a las que no se les realice citología cervical

Mujeres que no respondan al cuestionario

Criterios de eliminacion

Citología o muestra inadecuada

PROCEDIMIENTO PARA OBTENCIÓN DE LA MUESTRA

La población total adscrita a la UMF 52 es de 1394, de las cuáles 749 son mujeres y de estas 412 corresponden a las edades de 25 a 64 años de edad.

El tamaño de la muestra se obtuvo con el total de citologías, en mujeres derechohabientes de 25 a 64 años de edad con vida sexual activa o antecedentes de haber tenido relaciones sexuales, realizadas durante el período establecido, el motivo del número de muestras es la escasez de material requerido para el procedimiento y la poca disposición y aceptación de la población derechohabiente a pesar de la promoción de la salud.

RECURSOS HUMANOS

- Investigador: Lucía Peñaflor Garnica (Médico Pasante de Servicio Social)
- Asesores: Dr. Ramón Moreno Díaz (Médico Familiar) y Dr. Efraín Lauterio García (Médico Familiar)
- Sujetos de estudio: Mujeres derechohabientes a las que se les realizó citología y cuestionario

RECURSOS MATERIALES

- Equipo de cómputo
- Hojas blancas (cuestionario)
- Copias de Solicitud de Citología cervical
- Guantes
- Espejos vaginales
- Spray fijador
- Espátula de Ayre, citobrush, abatelenguas
- Laminillas para recolección de muestras
- Lápiz

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS

El financiamiento del proyecto será a cargo del Investigador y el Instituto Mexicano del Seguro Social. Respecto a los aspectos éticos el sujeto de estudio firmará de forma voluntaria un consentimiento en el cual acepta ser parte del protocolo de investigación y donde se le explica sus derechos y responsabilidades.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

(FEBRERO 2007-ENERO 2008)

ACTIVIDADES	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene
Selección del tema												
Búsqueda y recolección de bibliografía												
Elaboración Antecedentes y Justificación												
Objetivos												
Diseño de estudio												
Toma de Citología cervical y Aplicación de cuestionario												
Recolección y Análisis de Resultados												
Discusión												
Conclusiones												

**INCIDENCIA DE CANCER CERVICOUTERINO Y FACTORES DE RIESGO EN DERECHOHABIENTES DEL IMSS
UMF 52 DE GENERAL PLUTARCO ELIAS CALLES, SONOYTA, SONORA EN EL PERIODO 2007-2008**

CUESTIONARIO

Nombre _____

1. FECHA DE ULTIMO PAPANICOLAOU _____
Primera vez en la vida _____
Un año o menos _____
De 1 año a 2 años _____
Mas de 3 años _____
2. RESULTADOS PREVIOS (SI TIENE) _____
3. MÉTODO ANTICONCEPTIVO
Preservativos _____
Hormonales (orales e inyectables) _____
Oclusion Tubárica Bilateral _____
Ninguno _____
4. TIEMPO DE USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO _____
5. SINTOMATOLOGÍA
Prurito o ardor _____
Sangrado anormal _____
Flujo vaginal _____
Ninguno _____
Otro _____
6. INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA _____
7. NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES _____
8. GESTA _____ PARTO _____ CESAREA _____ ABORTO _____
9. TABAQUISMO (número de cigarrillos y tiempo) _____
10. INGESTA DE ALCOHOL O DROGAS (ESPECIFICAR TIPO Y CANTIDAD) _____
11. INFECCIONES O ENFERMEDADES (Cervicovaginitis, VPH, VIH) _____
12. ALIMENTACIÓN (contenido de vitamina C, ácido fólico) _____
13. EJERCICIO _____

14. FAMILIARES DE PRIMER GRADO CON ANTECEDENTES DE CACU

15. ANTECEDENTES DE OTRAS NEOPLASIAS

**VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE CANCER CERVICO UTERINO
SOLICITUD DE CITOLOGÍA CERVICAL**

I. Identificación de la Unidad

Unidad Médica _____ Delegación _____ Jurisdicción _____

II. Identificación de la Solicitante

Fecha _____

Num. Afiliación _____ Consultorio M V No. DH _____

Nombre _____ Edad _____

Apellido Paterno Materno Nombre(s)

Lugar de Residencia _____

Calle y numero Colonia o localidad

Teléfono _____

Municipio o delegación pública Entidad Federativa C.P.

En caso de necesidad puede también localizarse a través de

Nombre _____ Domicilio _____

Apellido Paterno Materno Nombre(s) Calle y numero

Teléfono _____

Municipio o delegación pública Entidad Federativa C.P.

III. Detección de cáncer del cérvix

Ultima citología _____

- (1) Primera vez en la vida
- (2) Un año o menos
- (3) 2 años

IV. Condiciones gineco-obstetricas a la detección

- (1) Puerperio postparto o postaborto
- (2) DIU in situ
- (3) Tratamiento hormonal
- (4) Otro tratamiento ginecológico
- (5) Embarazo actual
- (6) Post menopausia
- (7) Histerectomía
- (8) Fecha ultima regla

V. Actualmente presenta

- (1) Flujo
- (2) Prurito o ardor vulvar
- (3) Sangrado anormal
- (4) Ninguno
- (4) No se observa cuello

VI. A la exploración se observa

- (1) Cuello aparentemente sano
- (2) Cuello anormal sin tumoración
- (3) Cuello anormal con tumoración

VII. Derivada con MF

- (1) Si
- (2) No
- (3) Otro

VIII. Utensilio con el que se tomó la muestra (1)Espátula de ayre (2) Citobrush (3) Pipeta (4) Abatelenguas (5)Otro

IX. Tomo la muestra citológica _____ **X. Matrícula** _____

RESULTADO DE CITOLOGÍA CERVICAL

XI. Laboratorio _____

XII. Número citológico _____

XIII. Fecha de recepción _____

XIV. Fecha de Interpretación _____

XV. Características de la muestra

- (1) Presencia de células endocervicales
- (2) Metaplasia epidermoide
- (3) Inadecuada para diagnóstico

XVI. Diagnóstico citológico

- (1) Negativo a cáncer
- (2) Negativo con proceso inf
- (3) Displasia leve (NIC I)
- (4) Displasia moderada (NIC II)
- (5) Displasia grave NIC (III)
- (6) In Situ (NIC III)
- (7) Microinvasor
- (8) Invasor
- (9) Adenocarcinoma
- (10) Maligno no especificado

XVII. Hallazgos Adicionales

- (1) Imagen del virus del papiloma humano
- (2) Imagen del virus del herpes
- (3) Tricomonas
- (4) Bacterias
- (5) Hongos
- (6) Otros _____
- (7) Ninguno

XVIII. (1) Repetir estudio (2) Células cervicales ausentes (3) Muestra mal fijada (4) Muestra mal teñida

(5) Exudado inflamatorio abundante (6) Sangrado (7) Laminilla rota o extraviada

(8) Muestra contaminada con _____ (9) Otra _____

XIX. Nombre del Citotecnólogo _____ **XX. Matrícula** _____

XXI. La muestra fue revisada por el patólogo (1) Si (2) No **XXII. Firma del patólogo** _____

XXIII. Nombre del patólogo _____ **XXIV. Matrícula** _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DEL PROYECTO

INCIDENCIA DE CANCER CERVICOUTERINO Y FACTORES DE RIESGO EN DERECHOHABIENTES DEL IMSS

Investigador: Dra. Lucía Peñafior Garnica. Médico Pasante de Servicio Social

Antes de que usted firme y decida formar parte de este estudio es importante que lea cuidadosamente este documento.

El objetivo de esta investigación es conocer la incidencia de cáncer cervicouterino y factores de riesgo en la población derechohabiente de la UMF 52 de Sonoyta, Sonora, con el fin de una detección y diagnóstico temprano. Además de realizar mejoras en el ámbito de Medicina Preventiva.

Al firmar este consentimiento usted acepta formar parte del estudio y se compromete a responder las preguntas realizadas por el investigador. Estas preguntas consisten en un Cuestionario basado en bibliografía acerca del cáncer cervicouterino y factores de riesgo y la hoja de Solicitud de Citología Cervical

Los resultados de la Citología cervical solo le serán entregados a la persona que se realice la citología cervical (Papanicolaou)

Los resultados de este estudio son confidenciales sólo serán conocidos solo por el investigador, y médico asesor. Su identificación no aparecerá en ningún reporte.

Firma de la Paciente

Firma del Médico (Investigador)

Sonoyta, Sonora a _____ de _____ de _____

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en la Solicitud de Citología Cervical reportados mostraron:

Negativo a cáncer 25% y negativo con proceso inflamatoria 75%.

El 100% de las pacientes presentan infecciones bacterianas, de las cuales sólo se especificaron 2 casos (3.33%) como *Gardnerella vaginalis*, en conjunto a éstas también se presentaron *Trichomona vaginalis* 3.33% (2 casos) e infecciones por Hongos en el 5%.

El porcentaje de pacientes que se realizaron el examen citológico por primera vez en la vida fue de 15%, un año o menos 36.66%, 2 años 21.66% y 3 o mas años el 26.66%.

Las condiciones Gineco-obstétricas: Puerperio o postaborto fue de 0%, DIU in situ 1.6%, tratamiento hormonal 43.33%, otro tratamiento ginecológico (OTB, conización, otros) 20%, embarazo actual 0%, postmenopausia 21.66%, histerectomía 13.33%.

La sintomatología presentada fue de 21.66% pacientes con flujo, 21.66% prurito o ardor vulvar, 6.66% con sangrado anormal y el 50% sin sintomatología.

Durante la exploración se observó el 83.33% con cuello aparentemente sano, 13.33% cuello anormal sin tumoración, 1.6% cuello anormal con tumoración y en el 1.6% no se observó el cuello.

Los resultados obtenidos mediante el Cuestionario:

Última citología: primera vez en la vida fue de 15%, un año o menos 36.66%, 2 años 21.66 y 3 o mas años el 26.66%

Resultados Previos: el 45% dijo tener infecciones sin especificar de que tipo, 53.33% desconoce su resultado anterior o no tiene citología previa y el 1.6% con Virus del papiloma humano.

Métodos anticonceptivos utilizados: 13.33% OTB, hormonales orales o inyectables 43.33%, el 21.66% utiliza preservativos, y solo el 8.33% utiliza preservativos junto con otro método, 21.66% no utiliza ningún método.

Tiempo de uso de método anticonceptivo (hormonales): del 43.33% que los utiliza, 5 años o más solo 4 mujeres (6.66%) y menos de 5 años 22 mujeres (36.66%).

Sintomatología: 21.66% pacientes con flujo, 21.66% prurito o ardor vulvar, 6.66% con sangrado anormal y el 50% sin sintomatología.

Inicio de vida sexual activa: Después de los 20 años el 68.33% y antes de los 20 años de edad 31.66%.

Número de parejas sexuales: 1 pareja fue de 20%, 2-4 parejas 78.33% y mas de 5 parejas 1.6%

R-T-160,254

Número de gestas: Gesta 0 fue de 8.33%, de 1 a 4 embarazos 76.66%, y más de 5 embarazos 15%.

Tabaquismo: el 75% no consumen cigarrillos, del 25% si consume.

Alcohol o drogas: 70% si consume alcohol (10% todos los fines de semana y el 60% ocasional) y el 30% (18) no consume. Del total solo 2 (3.33%) contestaron positivo al consumo de drogas.

Infecciones o enfermedades (cervicovaginitis, VPH, HV, VIH, etc): 1.6% respondió positivo a VPH, el resto desconoce o negó alguna enfermedad subyacente.

Consumo de alimentos ricos en vitamina C y ácido fólico: 41.66% (25 casos) tienen consumo diario, aproximadamente 3 veces por semana 21.66% (13) y 36.66% no tienen consumo de estos alimentos

Ejercicio: 38 personas respondieron no realizar ningún tipo de ejercicio 63.33%, y 36.66% realizan ejercicio por lo menos 2 veces por semana.

Antecedentes familiares de CACU de primer grado: respondieron tener antecedentes 4 mujeres (6.66%), sin antecedentes 56 (93.33%)

Antecedentes de otras neoplasias: 8 mujeres (13.33) con antecedentes (cáncer de mama, colon o linfomas), el resto lo negaron 86.66%.

DISCUSION

Con esto se puede observar que el 100% de las mujeres a las que se les realizó citología cervical resultó negativo a cáncer o displasias, pero también el 100% padecen de infecciones bacterianas muestra de esto es la presencia de sintomatología (50% negó la presencia de algún tipo y el otro 50% está dividido entre flujo, sangrado anormal y prurito principalmente), un pequeño porcentaje muestra microorganismos como Gardnerella vaginales y trichomona vaginales esto como consecuencia de la escasa cantidad de personas que utilizan preservativos en conjunto con otro método anticonceptivo. El método anticonceptivo más utilizado fueron los hormonales orales o inyectables (43.33%) de este porcentaje el 6.66% los han utilizado más de 5 años y tienen una duplicación del riesgo comparado con las que los han utilizado por menos de 5 años.

Otro factor de riesgo es el inicio de vida sexual activa que se incrementa al iniciarse antes los 16 años, 19 mujeres respondieron haberla iniciado entre los 15 y los 19 años de edad, por lo tanto duplican este factor respecto al resto que iniciaron después de los 20 años. El número de parejas sexuales es un influyente más para la adquisición de cáncer cervicouterino, de las 60 mujeres encuestadas 1 (1.6%) aceptó más de 5 parejas sexuales durante toda su vida.

El 25% de la población refirió el consumo de cigarrillos en poca cantidad y de manera ocasional lo cual indica que es un factor de bajo riesgo ya que este se duplica en comparación a la población no fumadora dependiendo del número de cigarrillos y tiempo de consumo los cuales fueron de menos de 5 cigarrillos por día y menos de 15 años.

El alcoholismo es un factor de riesgo alto ya que la mayoría de las mujeres encuestadas (42) presentó alto consumo. Del total solo 2 (3.33%) contestaron positivo al consumo de drogas.

El índice de alimentación nos muestra que alrededor de la mitad de la población tiene un déficit de alimentos ricos en vitamina C y ácido fólico y el resto lo consume varias veces por semana.

Para finalizar se observa que la inmunosupresión es un factor de riesgo bajo en esta población ya que solamente se presentó un caso de VPH. Los antecedentes familiares de CACU también representan un porcentaje bajo (4 mujeres con familiares de primer grado como hermanas o madres fallecidas por dicha patología). Los antecedentes de otras neoplasias, como cáncer de mama, cáncer de colon o linfomas, resultaron ser solo 8 casos del total de la población.

CONCLUSIONES

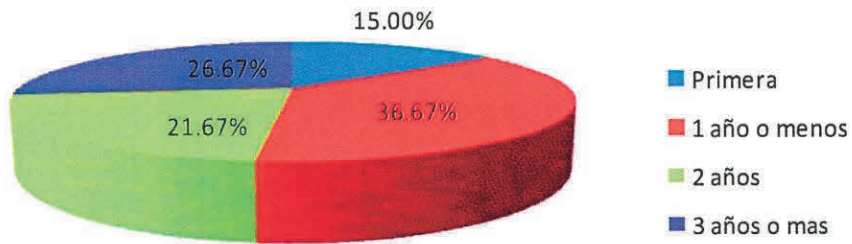
Se puede concluir que aunque no existen casos de cáncer cervicouterino o displasias en este estudio, ni alta predisposición genética o inmunosupresión, sí existe un déficit en información acerca de métodos anticonceptivos y su tiempo de uso, además del uso de preservativo no sólo como anticonceptivo de barrera sino como prevención de enfermedades de transmisión sexual. Además de esto se desconocen otros factores como el tabaquismo, alcoholismo, drogas, dieta y falta de ejercicio relacionados a la adquisición de la enfermedad.

La escasez de materiales para la realización de éstos procedimientos es un impedimento más para la detección temprana de la enfermedad y detección de población en riesgo.

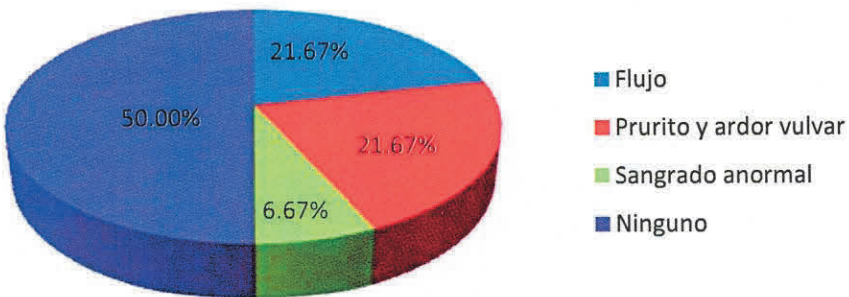
Es necesario incrementar la promoción y divulgación de la Medicina preventiva en toda la población derechohabiente.

ANEXOS

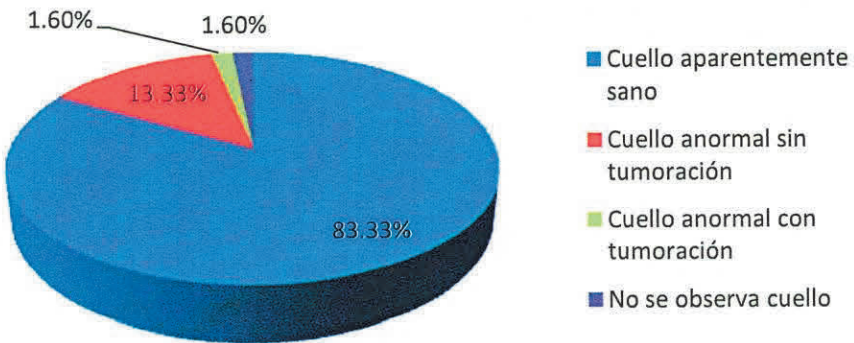
Ultima Citología



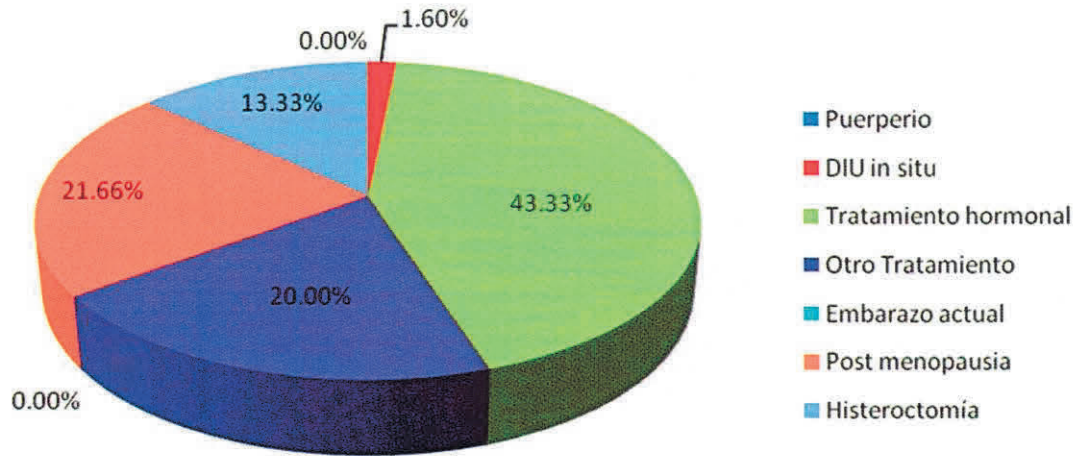
Sintomatología



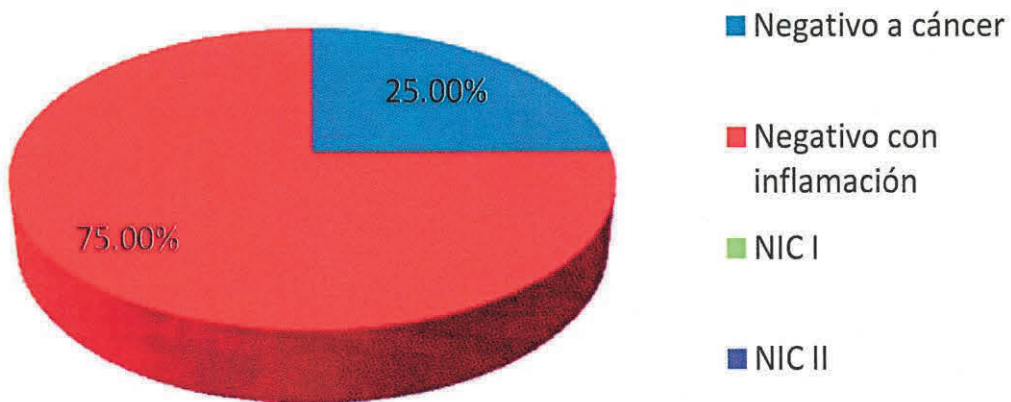
Condición a la exploración



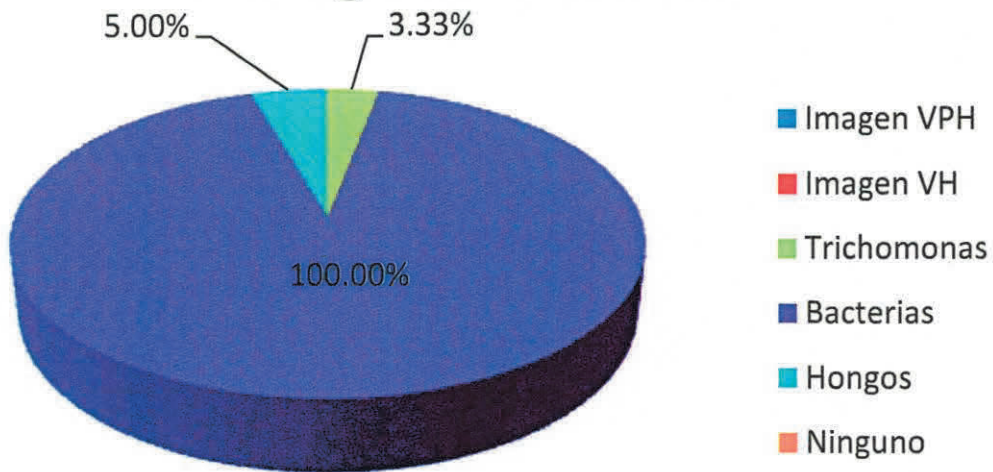
Condiciones Gineco-Obstetras



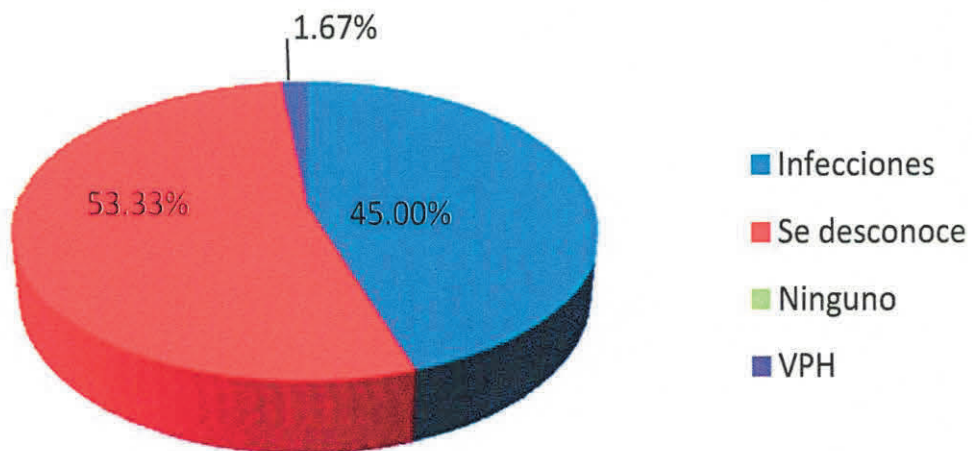
Diagnóstico Citológico



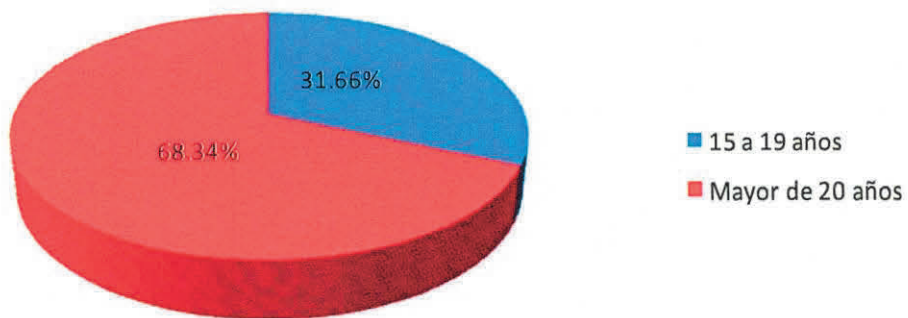
Hallazgos Adicionales



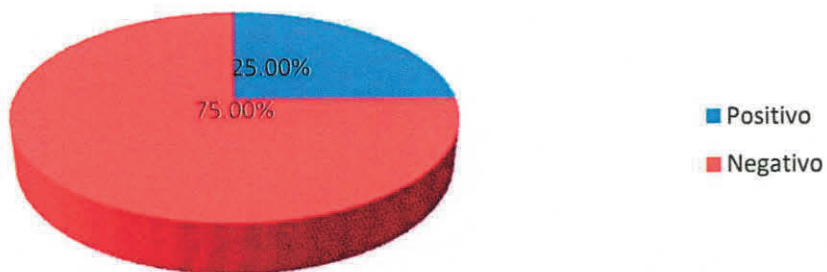
Resultados previos PAP



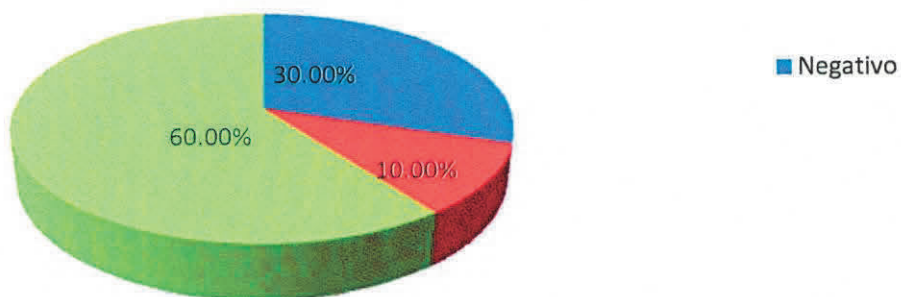
Inicio de Vida Sexual Activa



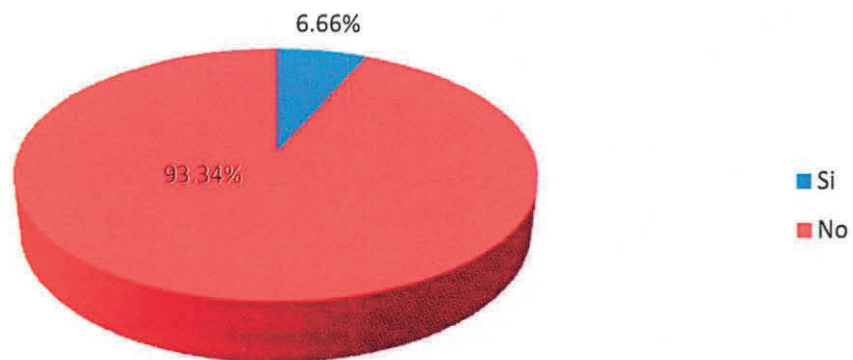
Tabaquismo



Consumo de Alcohol



Antecedentes Familiares de Primer Grado CACU



BIBLIOGRAFIA

Tratado de Obstetricia y Ginecología
James Scott, Ronald Gibbs, Beth Karlan, Arthur Haney
Edición 9, Editorial McGraw Hill, 2005

Ginecología y Obstetricia
S. Dexeus Font
Editorial Salvat

Diagnóstico clínico y Tratamiento
Lawrence Tierney, Stephen McPhee, Maxine Papadakis
Edición 41, Manual Moderno, 2006

Instituto Mexicano del Seguro Social
Sonoyta Sonora (52)
ACCEDER
Acceso a derechohabientes Población Adscrita
(01/08/2007)

Norma Oficial Mexicana
NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia
epidemiológica del cáncer cérvico uterino
www.salud.gob.mx

Artículo: Citología Cervical
http://www.smeo.org.mx/gaceta/vol5num4julago2006/gamo04_2006_4de20.pdf

Artículo. El virus del papiloma humano y el cáncer cervicouterino. Dra. Amelia Portillo López,
Académico Escuela de Ciencias de la Salud UABC, julio 2007. Ejemplar número 116