



UNIVERSIDAD VERACRUZANA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL VERACRUZ SUR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1
ORIZABA, VERACRUZ

“ CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS PACIENTES CON EL DIAGNÓSTICO DE DISPLASIA ”

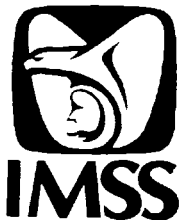
T E S I S

PARA OBTENER EL POSGRADO DE:
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :
DRA. MARIANA TORRES CARRO

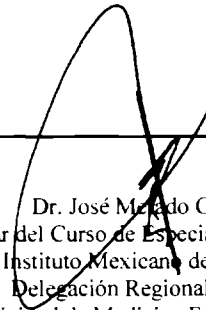
ASESORES:

M.C. FILIBERTO LINALDI YÉPEZ
M.C. DRA. SANTA LETICIA HERNÁNDEZ CRUZ





Dra. María Guadalupe González Guerrero
Coordinador en Educación e Investigación en Salud
Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Regional Veracruz Sur
Hospital General Regional de Orizaba
Lic. Ignacio García Téllez



Dr. José Mercado García García
Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar
Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Regional Veracruz Sur
Unidad de Medicina Familiar Número 1
Orizaba Veracruz

AGRADECIMIENTOS

A mis padres Celia y Ernesto por su infinito amor y apoyo incondicional en todas las cosas que he emprendido. siempre les estaré agradecida.

A mis hermanos Ernesto y Samuel por ser como son y por estar siempre impulsándome para ser una mejor persona cada día a pesar de las adversidades. especialmente Samuel por enseñarme a vivir cada día como si fuera el último.

A mi sobrina María Fernanda por se esa lucecita que llena mi corazón de alegría.

A todos mis compañeros de residencia por haber estado ahí siempre. Gonzalo gracias por estar estos últimos 5 años de la vida junto a mí.

UNIVERSIDAD VERACRUZANA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION VERACRUZ SUR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 01
ORIZABA, VERACRUZ

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE LAS PACIENTES CON EL DIAGNOSTICO DE
DISPLASIA

TESIS PARA OBTENER EL POSGRADO EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. MARIANA TORRES CARRO

ASESORES

M. en C. FILIBERTO LINALDI YEPEZ
M en C. SANTA LETICIA HERNANDEZ CRUZ

ORIZABA, VER

2007

**CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE LAS PACIENTES CON
DIAGNOSTICO DE DISPLASIA**

RESUMEN ESTRUCTURADO

“Características epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico de displasia”

Torres-Carro M¹, Linaldi-Yepez F², Hernández-Cruz SL³.

Residente de 3er año de Medicina Familiar¹, Maestro en Ciencias^{2,3}

Hospital General Regional de Orizaba Ver. “Lic. Ignacio García Téllez”.

Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Regional Veracruz Sur.

Objetivo.- Determinar las características epidemiológicas de las pacientes diagnosticadas con algún tipo de displasia adscritas a la UMF No.1.

Material y Métodos.- Estudio observacional, longitudinal, retrolectivo. De enero 2005 a febrero 2007. Se recopiló información de expedientes clínicos en pacientes con diagnósticos de displasia que estuvieron en control de enero a febrero del 2007, aplicándose cuestionario el cual evaluó variables sociodemográficas, antecedentes personales patológicos, gineco-obstetras, sexuales, diagnóstico inicial y final de las pacientes. Se realizaron medidas de frecuencia y se buscaron diferencias entre los diferentes tipos de displasia y las variables estudiadas a través de χ^2 y valor de $P < 0.05$ para significancia estadística.

Resultados.- Se estudiaron 78 pacientes con diagnóstico NIC I (42.3%), NIC II (41%), NIC III (16.7%). Edad < 30 años NIC I y NIC II 50%, respectivamente. Estado civil NIC I viudas (72.7%), NIC II solteras (83.3%), profesionistas NIC I (62.5%), preparatoria NIC II (48%), analfabeta NIC III (40%), técnico/profesionista NIC I (55.5%), obrero/comerciante (66.6%) ambos, ama de casa NIC III (27.9%, antecedente de VPH NIC I (41.6%), NIC II 51.6%, antecedentes gineco-obstetras sin significancia estadística, antecedentes sexuales 2 o mas parejas NIC I 57.1% , NIC II una pareja 43.3%, diagnósticos final sano NIC I (18), NIC III (9), NIC II (3), NIC I (2), NIC III (7), CA Invasor (1), VPH (38).

Conclusiones.- Se encontró que edad, VPH, compañeros sexuales, influyen de manera determinante en el diagnóstico inicial y final de displasia.

Palabra Clave.- displasia cervical, características epidemiológicas.

ÍNDICE

Introducción.....	1
Justificación.....	3
Antecedentes científicos.....	4
Planteamiento del problema.....	13
Objetivos.....	14
Material y métodos.....	15
Procedimientos.....	16
Variables de estudio	17
Recursos, humanos materiales y financieros.....	18
Consideraciones éticas.....	19
Resultados.....	20
Conclusiones.....	27
Alternativas	29
Bibliografía.....	30
Anexos.....	32

INTRODUCCIÓN

En el ámbito mundial, el carcinoma de cuello uterino es la segunda causa de morbilidad y mortalidad, por cáncer en la mujer. Es importante mencionar que desde 1960, en el Instituto Mexicano del Seguro Social se iniciaron actividades de detección del cáncer cérvicouterino, sin embargo, la evaluación del impacto del programa ha sido objeto de innumerables tropiezos para sistematizar una vigilancia epidemiológica permanente. Los tumores genitales femeninos constituyen aproximadamente una cuarta parte de todos los tipos de cáncer que padecen las mujeres, con excepción del de mama, en el mundo entero. El cáncer cérvicouterino representa el 15% de todas las variedades de cáncer diagnosticadas en mujeres y el segundo tipo de cáncer más común en el sexo femenino. Se calcula que su frecuencia es de aproximadamente 465.000 nuevos casos cada año, de los cuales 95.000 se presentarán en los países desarrollados y 370.000 en las naciones en desarrollo (aproximadamente 80%), donde sigue siendo el cáncer más importante. Los tumores malignos en México ocupan el segundo lugar como causa de muerte en la población general y, dentro de estos, el cáncer cervical representa el primer lugar si se toma en cuenta solo el sexo femenino, el 85% pertenece a las neoplasias ginecológicas, con un total de 4.526 defunciones durante 1996 la tasa de mortalidad por cáncer cervical en México, en la presente década, es de 9.5/100.000 mujeres. La incidencia de cáncer cervical en México entre 1995 y 2002, con base a las estadísticas de la secretaria de Salud (SSA), presenta una tendencia ascendente, con una tasa de 9.72 por 100.000 mujeres de 15-69 años. De acuerdo con los resultados obtenidos por diversos estudios epidemiológicos, los factores asociados en forma mas consistente con el cáncer cérvicouterino son la infección por el virus

del papiloma humano (VPH), los hábitos sexuales (antecedentes de dos o mas parejas sexuales o el inicio de vida sexual a edad temprana), los factores de riesgo reproductivo en la mujer (como la multiparidad vaginal, o el uso de anticonceptivos de tipo hormonal) y otros como el hábito tabáquico, que es aún más controversial. Derivado de lo anterior el presente estudio pretende identificar las características epidemiológicas asociados a la presencia de displasia en pacientes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar N° 1 de Orizaba, Ver.(UMF 1)

JUSTIFICACIÓN

El cáncer cérvicouterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, que pueden suceder en etapas de displasia leve, moderada y severa. Evolucionan en cáncer in situ y/o cáncer invasor, en el que el compromiso traspasa la membrana basal. El cáncer cérvicouterino es uno de los grandes desafíos sanitarios en día no resueltos. Siendo el segundo cáncer mas común en las mujeres del mundo, después del de mama, y es la principal causa de muerte por neoplasia entre las mujeres de países en desarrollo, el diagnostico precoz es la intervención sanitaria mas eficiente y costo-efectiva con la que contamos. Por lo tanto y por ser la primera causa de muerte en mujeres de 20-44 años de edad lo que corresponde a la tasa de años potencialmente perdidos para la mujer, lo que refleja una gran trascendencia social y económica al afectar a mujeres jóvenes. Teniendo en cuenta que en nuestro país la mujer tiene el rol protagónico en el cuidado y la manutención de núcleo familiar, es por ello necesario investigar las características epidemiológicas de las pacientes con displasia.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

El médico americano de origen griego George Papanicolaou, mientras estudiaba la maduración hormonal de la mucosa vaginal, descubrió que se podía identificar células tumorales en el flujo vaginal de mujeres con cáncer de cérvix. Papanicolaou publicó su estudio en el año 1.928 en USA, siendo muy limitada su aceptación por la comunidad científica. Por otra parte, *Aurel Babés*, un patólogo rumano, publicó también la posibilidad de diagnóstico del cáncer uterino por citología exfoliativa (Bucarest, 1.927). Hacia la mitad de la década de los 40, J. *Ernest Ayre*, médico canadiense, describió el método que hoy conocemos como de Papanicolaou, para el estudio de la mucosa cervicovaginal. Ayre usó una espátula (espátula de Ayre) para obtener las células, extendiéndose posteriormente en un porta de cristal para luego fijarlas inmediatamente y teñirlas finalmente para hacerlas visibles al microscopio (1).

La edad a la que se diagnostica el carcinoma *in situ* es alrededor de los 40 años y la del cáncer invasor es antes de los 50 años. De acuerdo con apreciaciones de la Organización Mundial de la Salud, la mayor incidencia de la enfermedad sucede entre los 45 y los 49 años y se inicia entre los 20 y 29 años. En Canadá y Estados Unidos la edad media del diagnóstico de esta enfermedad son los 47 años y cerca de la mitad de los casos se diagnostican antes de los 35 años. Las mujeres mayores de 55 años contribuyen en forma desproporcionada a la mortalidad por cáncer de cuello uterino, como resultado de diagnósticos tardíos. Algunos autores han informado que 25% de todos los cánceres de cuello uterino y 41% de las defunciones por este cáncer ocurren después de los 65 años. En las 5 décadas pasadas en México, la incidencia

adaptada a la edad para el carcinoma del cuello uterino no ha disminuido: anualmente se registran más de 14.000 casos nuevos y mueren más de 40.000 pacientes a causa de esta enfermedad. El cáncer cervical es el tumor maligno más común de los órganos reproductores femeninos y en la actualidad es la primera causa de muerte por neoplasias malignas, particularmente en el grupo de 25 a 64 años de edad, y tiene a la lesión intraepitelial escamosa (LIE) del cuello uterino su precursor como causa directa. El arma puntal para el diagnóstico precoz sigue siendo el Papanicolaou (pap-test), debiéndose confirmar con la biopsia y estudio histopatológico. Ante cualquier discrepancia citológica histológica es obligación del médico efectuar una cono-biopsia diagnóstica para la confirmación del mismo, y que puede convertirse en terapéutica cuando el patólogo descarta el cáncer y confirma la lesión intraepitelial con márgenes libres de enfermedad, sin patología uterina o anexial concomitante, paridad no satisfecha y de seguimiento confiable, de otra manera está indicada la histerectomía total abdominal como tratamiento definitivo de la LIE de alto grado, debido a que se asocia con el índice más alto de curación, desarrollando recidivas que van del 1 al 15% de las pacientes, como lesiones neoplásicas en el manguito vaginal o islotes aislados. Algunos autores proponen para evitar o disminuir la recurrencia vaginal de la LIE una exploración colposcópica completa tanto del cuello uterino como de los fondos de sacos vaginales, ya que, como se sabe, la multicentricidad de las lesiones pasa desapercibida en una mayoría de casos; sin embargo, estudios posteriores han demostrado que aproximadamente el 18% de las pacientes tratadas por LIE de alto grado desarrollaron una segunda lesión maligna o premaligna en cualquier otro sitio del organismo (2).

El Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvicouterino, desarrollado en México por la Secretaría de Salud, informa que la edad promedio en la que se detectan las displasias se ubica entre los 25 y 30 años en el caso de la leve, 30 y 35 años en el de la moderada y 40 y 50 años para el carcinoma *in situ*. La edad a la primera relación sexual, el número de parejas sexuales y la paridad, son factores de índole personal que constituyen la base para el inicio de la enfermedad. El inicio de relaciones sexuales antes de los 17 años tiene un riesgo relativo de 5 con respecto al inicio a los 23 años. En cuanto al número de parejas sexuales, las mujeres con más de tres compañeros sexuales tienen un riesgo tres veces mayor. Algunos estudios han demostrado que gran parte de las mujeres con cáncer cérvicouterino tienen sólo una pareja, lo que ha llevado a deducir que los antecedentes sexuales del varón también son un factor de importancia. La relación con prostitutas aumenta cuatro a cinco veces el riesgo. El cáncer del pene en la pareja lo aumenta tres veces. En un estudio por Coronel-Brizio, Guzmán-García de casos y controles efectuado en nuestro medio en pacientes con neoplasia intraepitelial, se demostró un riesgo de 2.7 para el inicio de la actividad sexual a los 16 años y de 4 para las mujeres que refirieron tener más de una pareja sexual. El riesgo de llegar a padecer la enfermedad aumenta con el número de partos y éste es de cinco veces para las grandes multiparas. En el estudio de casos y controles antes referido se encontró un riesgo relativo de 6.5 para pacientes con embarazos en relación con las nuligestas: de 2.4 para la historia o no de partos, y de 4.4 para las mujeres cuyo primer parto se señaló a los 18 años o antes. Hace poco la Organización Mundial de la Salud estableció que el uso prolongado de anticonceptivos orales constituye un factor de riesgo para cáncer cérvicouterino. El fumar cigarrillos y quizá la exposición ambiental al tabaco, constituyen un factor independiente de riesgo para cáncer