

**EFICACIA DE LA CITOLOGÍA VAGINAL EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DE
CÁNCER DE CÉRVIX EN MUJERES ATENDIDAS EN LA FUNDACIÓN
HOSPITAL SAN PEDRO EN LOS AÑOS 2005-2008**

**MARIO ANDRES CALDERON
MONICA JAKELINE CALPA
PAOLA ANDREA CORTES
DIANA SOFIA JIMENEZ**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN
FACULTAD DE MEDICINA – SEDE PASTO
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: EPIDEMIOLOGÍA
SAN JUAN DE PASTO
2011**

**EFICACIA DE LA CITOLOGÍA VAGINAL EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DE
CÁNCER DE CÉRVIX EN MUJERES ATENDIDAS EN LA FUNDACIÓN
HOSPITAL SAN PEDRO EN LOS AÑOS 2005-2008**

**MARIO ANDRES CALDERON
MONICA JAKELINE CALPA
PAOLA ANDREA CORTES
DIANA SOFIA JIMENEZ**

Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de Médico General

**Dr. FILIPO MORAN
Médico Gineco – obstetra
Asesor Científico**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN
FACULTAD DE MEDICINA – SEDE PASTO
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: EPIDEMIOLOGÍA
SAN JUAN DE PASTO
2011**

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos:

A Dios

A nuestros padres

A la Fundación Universitaria San Martín

A la Fundación Hospital San Pedro, por facilitar sus
Instalaciones y documentos para cumplir con la investigación

Al Dr. Filipo Moran, por su asesoría oportuna

A todos y cada uno de nuestros docentes y al personal administrativo

DEDICATORIAS

Dedico este trabajo a mi padre _____ , a mi madre _____, a mis hermanos

Mario Andrés Calderón

Dedico este trabajo a mi padre _____ , a mi madre _____, a mis hermanos

Mónica Jakeline Calpa

Dedico este trabajo a mi padre _____ , a mi madre _____, a mis hermanos

Paola Andrea Cortes

Dedico este trabajo a mi padre _____ , a mi madre _____, a mis hermanos

Diana Sofia Jimenez

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente del Jurado

Jurado 1

Jurado 2

San Juan de Pasto, Mayo de 2011

NOTA DE RESPONSABILIDAD

Las opiniones expresadas en esta investigación son responsabilidad de los autores y no comprometen a la FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN.

CONTENIDO

	Pág.
LISTA DE GRAFICAS	10
LISTA DE ANEXOS	11
INTRODUCCIÓN	12
1. ASPECTOS GENERALES	14
1.1 TITULO	14
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.2.1 Descripción del Problema	14
1.2.2 Formulación del Problema	15
1.3 OBJETIVOS	15
1.3.1 Objetivo General	15
1.3.2 Objetivo Especifico	16
1.4 JUSTIFICACION	16
1.5 METODOLOGÍA	16
1.5.1 Enfoque	16
1.5.2 Tipo de Estudio	16
1.5.3 Población	17
1.5.4 Fuentes de recolección de información	17
1.5.4.1 Fuentes secundarias	17
1.5.5 Técnicas de recolección de información	17

1.5.6 Criterios de inclusión y de exclusión	17
1.5.6.1 Criterios de inclusión	17
1.5.6.2 Criterios de exclusión	17
1.5.7 Consideraciones éticas	17
2 MARCO REFERENCIAL	18
2.1 MARCO TEORICO	18
2.1.1 Citología cervical	18
2.1.1.1 Procesos y procedimientos	18
2.1.2 Breve reseña de la citología en Colombia	18
2.2 MARCO CONTEXTUAL	19
2.2.1 Fundación Hospital San Pedro	19
2.3 MARCO CONCEPTUAL	20
3. ANÁLISIS DE RESULTADOS	22
4. DISCUSIÓN	33
5. CONCLUSIONES	34
BIBLIOGRAFIA	35
NETGRAFIA	36
ANEXOS	37

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Gráfico 1. Reporte de patología cervical según edad, en pacientes con presunto diagnóstico de cáncer de cerviz	22
Gráfico 2. Pacientes con reporte de cáncer cervical vs edad	23
Gráfico 3. Antecedentes personales de pacientes con patología cervical, que reportaban otro tipo de cáncer	24
Gráfico 4. Pacientes con patología cervical, que reportan antecedentes familiares con cualquier tipo de cáncer	25
Gráfico 5. Antecedentes familiares de pacientes con patología cervical según quien tiene el antecedente y que tipo de cáncer es	26
Gráfico 6. Pacientes con patología cervical en la FHSP vs reporte de citología encontrado en la historia clínica	27
Gráfico 7. Pacientes con reporte de cáncer según la biopsia diagnosticadas en FHSP vs reporte de citología que se encontró en historia clínica	28
Gráfico 8. Reporte de citología benigna vs reporte patología maligna según biopsia	29
Gráfico 9. Reporte de citología maligna vs reporte de patología maligna según biopsia	30
Gráfico 10. Reporte de citología totalmente normal vs reporte de patología que indica cambio patológico de cáncer de cérvix.	31
Gráfico 11. Reporte de pacientes con ASCUS en citología previa vs reporte de pacientes que en la biopsia se encontró cambio malignos en cérvix.	32

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Instrumento para la recolección de datos	38
Anexo B. Artículo Científico	41

INTRODUCCIÓN

“El cáncer de cuello uterino continúa siendo la primera causa de muerte por cáncer en mujeres colombianas, a pesar de la implementación desde 1991 de la detección temprana basada en la citología”¹.

Teniendo en cuenta que el sistema de salud colombiano, maneja unos procesos consecutivos, para la detección del cáncer de cuello uterino, en cuyo principio esta la citología vaginal, con este trabajo se pretende determinar la eficacia de la citología vaginal en la detección temprana de cáncer de cérvix en mujeres atendidas en el Hospital San Pedro de la ciudad de Pasto en los años 2005-2008, remitidas desde las IPS de primer nivel Municipio de Pasto, donde se realizaron citología vaginal en la detección temprana de cáncer de cerviz

Este es un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo – retrospectivo, basado en las historias clínicas de todas las pacientes que fueron atendidas en la FHSP de la ciudad de Pasto en los años 2005-2008, para realizarles biopsia y que fueron remitidas de las IPS de primer nivel del Municipio de Pasto. Los datos utilizados son con fines estadísticos con estricta confidencialidad.

A partir de la clasificación citológica, se hace una comparación de distintas nomenclaturas citológicas

Displasia/ Cis	NIC	BETHESDA
Normal	Normal	Dentro de los límites normales
Atipia benigna	Atipia inflamatoria	Cambios celulares benignos
Células atípicas	Atipia escamosa	ASCUS HPV
Displasia leve	NIC I	LIE de bajo grado
Displasia moderada	NIC II	LIE de alto grado
Displasia severa Carcinoma In Situ	NIC III	LIE de alto grado

Fuente: Asociación Colombiana de ginecobstetricia

¹ Instituto Nacional de Salud(Colombia). Biomédica. <http://redalyc.uaemex.mx/pdf>

PAPANICOLAU

- Especificidad alta 90%
- Sensibilidad 55%
- 40% falsos positivos y negativos²

La investigación toma como base la biopsia realizada en la Fundación Hospital San Pedro durante los años 2005 – 2008 para comprobar la posible existencia de cáncer, según la citología realizada en las IPS de primer nivel del Municipio de Pasto, con el propósito de identificar la validez del reporte citológico previo.

Identificando la relación entre reporte de cáncer de cerviz según biopsia y reporte citológico previo, se determina la eficacia de la citología vaginal en la detección temprana de cáncer de cérvix en mujeres atendidas en la Fundación Hospital San Pedro de la ciudad de Pasto en los años 2005-2008, remitidas desde las IPS de primer nivel, para que sirva de línea de base en relación a nuevos estudios

Frente a los resultados que se ejecuten en esta investigación, las entidades de salud en relación a las citologías tomadas en las IPS de primer nivel ejecutarán

² Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia 2003

1. ASPECTOS GENERALES

1.1 TITULO

EFICACIA DE LA CITOLOGÍA VAGINAL EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE CÉRVIX EN MUJERES ATENDIDAS EN LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN PEDRO EN LOS AÑOS 2005-2008

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 Descripción del problema. “Dentro de las enfermedades consideradas como problemas de salud pública a nivel mundial, el cáncer de cuello uterino es una de las más importantes, por las altas cifras de incidencia. Estadísticamente es el segundo cáncer más frecuente en el mundo con 500.000 casos nuevos en el año y 274.000 muertes anuales, precedido por el cáncer de seno en la población femenina. En Colombia, según estadísticas del Instituto Nacional de Cancerología (INC), se ubica como primer lugar en incidencia y mortalidad en las mujeres.”³

“Los tests papanicolao han reducido la incidencia y los fallecimientos por cáncer cervical en el mundo desarrollado, pero aun así hubo 11.000 casos y 3.900 fallecimientos en EE. UU. en el año 2008. El cáncer cervical presenta una elevada mortalidad en áreas pobres en recursos; a nivel mundial, se producen 490.000 casos y 270.000 fallecimientos. Sobre todo debido a que el test Papanicolao es difícil de mantener en centros con pocos recursos, entre el 80-85% de los fallecimientos por cáncer cervical tienen lugar en los países en desarrollo.”⁴

En Países como España, esta prueba se realiza de una manera satisfactoria, por cuanto el protocolo que se lleva a cabo, se cumple de una manera estricta y es por esta razón que “En Cataluña la incidencia de cáncer de cuello uterino es de las más bajas de Europa. Según datos del registro poblacional de cáncer de Tarragona, se calcula que se diagnostican aproximadamente 348 casos anuales, que constituyen el 3% de todos los tumores en las mujeres, con una tasa de incidencia ajustada de 8,6 por 100.000 en el periodo 1991-1997. En el conjunto de registros de cáncer internacionales, la comparación de las cifras de incidencia de este tumor sitúa los registros catalanes en la parte baja del rango (Parkin et al., 1997; Borràs et al., 1997). Los análisis de los datos en Cataluña muestran que la incidencia de cáncer

³ LIGA COLOMBIANA CONTRA EL CÁNCER. Campaña Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino. Bogotá: La liga, 2009. En la página web: http://www.ligacancercolombia.org/index.php?option=com_content&task=view&id=89&Itemid=122

⁴ Wikipedia. Virus del papiloma humano. En: http://es.wikipedia.org/wiki/Virus_del_papiloma_humano

de cuello uterino está aumentando en las mujeres de más de 50 años, mientras que la mortalidad está disminuyendo en todos los grupos de edad.”⁵

Según el instituto Nacional de medicina (Colombia), “La tamización basada en citología cérvicouterina ha reducido la mortalidad por cáncer de cuello uterino en los países desarrollados pero, desafortunadamente, este efecto no se ha logrado en la mayoría de los países en vías de desarrollo, incluida Colombia”⁶

Según el Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá, en un estudio de casos y controles, concluyo que “La citología sigue siendo efectiva en la detección temprana del cáncer de cuello uterino. La efectividad está determinada más por la calidad de la prueba que por las coberturas de población”.

Según un estudio realizado por ginecólogos especialistas de la Universidad Nacional de Colombia, sobre evaluar el papel de la citología inflamatoria como marcador de LIE, en Clínica Piloto Profamilia de Bogotá, entre Enero de 1999 y Diciembre de 2003 dio como resultado que

Pasto, del 2004 al 2007 la tasa de mortalidad es de 7.2 por cien mil mujeres entre 33 y 83 años de edad, pertenecientes la mayoría al área urbana”⁷

1.2.2 Formulación del problema. ¿La citología vaginal es un proceso eficaz en la detección temprana de cáncer de cérvix en mujeres atendidas en el Hospital San Pedro de la ciudad de Pasto en los años 2005-2008, que fueron remitidas desde las IPS de primer nivel del Municipio de Pasto, donde se realizaron citología vaginal en la detección temprana de cáncer de cerviz?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general

Determinar la eficacia de la citología vaginal en la detección temprana de cáncer de cérvix en mujeres atendidas en la Fundación Hospital San Pedro de la ciudad de Pasto en los años 2005-2008, remitidas desde las IPS de primer nivel, para que sirva de línea de base en relación a nuevos estudios

⁵ INSTITUTO CATALAN DE ONCOLOGIA. Cáncer de cuello uterino en Cataluña. En: **Protocolo de las actividades para el cribado del cáncer de cuello uterino en la atención primaria** En la página web: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/escollut.pdf>

⁶ Instituto Nacional de Salud(Colombia). Biomédica. <http://redalyc.uaemex.mx/pdf>

⁷ DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD. Alcaldía de Pasto. <http://www.asivamosensalud.org>

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar mujeres atendidas en la FHSP, que fueron diagnosticadas con cáncer de cérvix según biopsia remitidas desde las IPS nivel I.
- Identificar la relación entre reporte de cáncer de cérvix y reporte citológico previo
- Conocer la sensibilidad de los reportes citológicos
- Conocer la especificidad de los reportes citológicos

1.4 JUSTIFICACION

En nuestro medio no disponemos de estudios de sensibilidad y especificidad de la citología en relación con el diagnóstico de cáncer de cerviz

La presente investigación se realiza con el fin de dar a conocer la eficacia de la citología frente a la detección temprana de cáncer de cérvix

Se considera de mucha importancia el estudio, el cual tiene mucho propósito determinar la relación existente entre la toma de citologías y el reporte patológico determinando así su eficacia

La norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones preneoplásicas de cuello uterino, que hace parte de la resolución número 00412 de 2000, menciona en la parte de diagnóstico definitivo que “Dado que la citología de cuello uterino no es diagnóstica, se requiere de la evaluación histológica para establecer un diagnóstico definitivo de las lesiones preneoplásicas o neoplásicas, y la colposcopia (colposcopia 70.2.2.00) y biopsia dirigida (colposcopia con biopsia 70.2.2.01) son los métodos ideales para realizarlo”⁸

1.5 METODOLOGIA

1.5.1 Enfoque. Cuantitativo, ya que la información recolectada fue cuantificada y se realizó el respectivo análisis usando el método estadístico

⁸ Médicos generales colombianos. Norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones preneoplásicas de cuello uterino. En: http://www.medicosgeneralescolombianos.com/Ca_Cuello_Uterino.htm

1.5.2 Tipo de estudio. Descriptivo y retrospectivo. Estudio descriptivo por cuanto la finalidad es la interpretación detallada de lo documentado en la historia clínica, y retrospectivo por que tomamos información de datos recolectados de la revisión de las historias clínicas de mujeres que se realizaron biopsia en la Fundación Hospital San Pedro de la ciudad de Pasto entre los años 2005-2008 y que fueron remitidas, desde las IPS de primer nivel Municipio de Pasto, donde se realizaron citología vaginal en la detección temprana de cáncer de cerviz

1.5.3 Población. Todas las mujeres atendidas en la FHSP de la ciudad de Pasto, en los años 2005 – 2008 las cuales se les realizó diagnostico de cáncer de cérvix y que cumplieron lo criterios de inclusión

1.5.4 Fuentes de recolección de la información:

1.5.4.1 Fuentes secundarias: Se recolectó información en la base de datos del servicio de patología, de las historias clínicas de las pacientes con diagnostico de cáncer de cerviz entre el año 2005 – 2008 de la FHSP, se consultó libros, revistas y paginas virtuales sobre el tema

1.5.5 Técnicas de recolección de la información. Se recurrió a la recolección de datos mediante el instrumento (ver anexo A.), para luego ser registrada en la base de datos de Epi-Info

1.5.6 Criterios de inclusión y de exclusión

1.5.6.1 Criterios de inclusión. Pacientes con diagnostico de cáncer de cérvix registradas en el departamento de patología de la Fundación Hospital San Pedro

Pacientes que tengan en su historia clínica reporte de biopsia y citología

1.5.6.2 Criterios de exclusión. Pacientes que no presenten citología en la Historia clínica.

Historias clínicas incompletas

1.5.7 Consideraciones éticas

No maleficencia. En el estudio se utilizó datos de las historias clínicas, lo cual no implica ningún riesgo para el paciente.

Beneficencia. Se aportaron datos estadísticos que servirán de ayuda para posteriores investigaciones

Justicia. No se publica el nombre de los pacientes. Solo se los identifica con el número de la historia clínica

2. MARCO REFERENCIAL

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1 Citología cervical. Es un examen bajo el microscopio de células tomadas por raspado de la punta del cuello uterino. El objetivo es el de “identificar oportunamente lesiones preneoplásicas y neoplásicas del cuello uterino, orientar a las mujeres afectadas hacia los servicios de diagnóstico definitivo (colpocopia – biopsia) y definir de manera adecuada y oportuna el tratamiento, tendiente a incrementar las posibilidades de curación y el tiempo de sobrevida”⁹, es decir, que la citología cérvico uterina no es diagnóstica, sino sugestiva e identifica a las mujeres sospechosas de tener cáncer de cuello uterino y a las que muy seguramente están libres de él, e indica qué mujeres deben acceder a los servicios de diagnóstico definitivo.

2.1.1.1 Procesos y procedimientos. Los procesos y procedimientos en la realización de la citología cervical son:

- Toma de muestra (raspado)
- Remisión al laboratorio de patología
- Aplicación de la técnica Papanicolao
- Diligenciamiento del formato Bethesda

2.1.2 Breve reseña de la citología en Colombia. “En nuestro país se adelantó la actividad de la toma de citología cervico-uterina como parte del programa materno infantil (planificación familiar y control prenatal) a partir de 1960, época en la cual se aplicó indiscriminadamente a las mujeres que iniciaban su vida sexual activa con una baja cobertura, deficiente dotación técnica de los laboratorios de citopatología y poca disponibilidad de recurso humano calificado para realizar la lectura citológica.

A partir de 1991 se comenzaron a implementar programas bajo la coordinación del Instituto Nacional de Cancerología (INC), que ha recomendado la práctica de la citología cervicouterina (Tecnología sencilla y de bajo costo) con una periodicidad anual. Posteriormente, varios estudios demostraron que la práctica de dicho examen cada tres años luego de un tamizaje anual por dos ocasiones consecutivas, cuando los resultados han sido negativos, puede disminuir hasta en un 90% la

⁹ Médicos generales colombianos. Norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones preneoplásicas de cuello uterino. En: http://www.medicosgeneralescolombianos.com/Ca_Cuello_Uterino.htm

incidencia de estadíos invasivos. Actualmente se recomienda en Colombia y para la población del régimen vinculado, la práctica de la citología con una periodicidad, siguiendo el esquema 1-1-3 siempre y cuando al menos el 90% de las mujeres continúen en el programa y asistan a los controles en el tiempo previsto¹⁰.

2.2 MARCO CONTEXTUAL

2.2.1 Fundación Hospital San Pedro. La fundación canónica del Hospital se hizo por Decreto 93 del 18 de febrero de 1886, firmado por el Obispo de la Diócesis de Pasto Monseñor Ignacio León Velasco, quien le dio el nombre de San Pedro. En escritura se advierte, que el Patronato del Hospital lo ejercerá a perpetuidad el Señor Obispo de la Diócesis de Pasto.

El 4 de marzo de 1956 se inauguró el nuevo edificio del Hospital, donado por el padre Rafael Chávez en la finca Toro Alto, al occidente de la ciudad, destinado para albergar un hospital de caridad, como era el deseo de Don Pedro Vela y Figueroa, es de 4 plantas y tiene muy buenas instalaciones, empezando así su segunda época de existencia. El Hospital de caridad, con una capilla, una botica, un médico y un capellán, soñado por el fundador, se ha convertido en un verdadero hospital de tercer y cuarto nivel de complejidad y es innegable el servicio que día tras día presta a quienes acuden a sus instalaciones.

El Ministerio de Salud, mediante Resolución #004457 del 2 de julio de 1993 otorga al Hospital San Pedro el nivel III de complejidad ya que posee 100 camas distribuidas en los servicios de cirugía general y especialidades, medicina interna y especialidades, maternidad, urgencias y consulta externa.

Es una Institución Privada sin ánimo de lucro que ha venido prestando servicios a la comunidad del Departamento de Nariño, Sur del Cauca y Putumayo de manera ininterrumpida desde el año 1886.

Durante 89 años, fuimos la única Institución de salud con el carácter de Hospital General que cubrió las necesidades del Departamento.

De lo anterior claramente se establece que el Hospital constituye un patrimonio del Estado y por lo tanto recibió todo el apoyo del mismo para cubrir un derecho fundamental como es la salud.

Con la expedición del decreto ley 056 de 1975, se determinó que este Hospital se encontraba como parte del Estado en calidad de vinculado al Sistema Nacional de salud en razón de su naturaleza jurídica privada sin animo de lucro, pero para su subsistencia y funcionamiento fue financiado en su totalidad con los dineros de este.

¹⁰ GUILLERMO ANTONIO LÓPEZ GUARNIZO. Estudio del Tamizaje Citológico para Cáncer Cervicouterino Laboratorio Departamental de Salud Pública, Caldas, 1998

Con la expedición de la ley 10 de 1990 y la reforma de la Constitución de 1991 que obliga a que las instituciones definan su naturaleza jurídica. En su momento la financiación de la prestación de servicios se realizó con los aportes que el Estado hace, llamados, Situado Fiscal con y sin Situación de fondos y posteriormente mediante contratación con recursos de participación y rentas cedidas.¹¹

Los servicios que esta prestando en el momento, pueden ser visualizados en la página web de la FHSP: <http://www.hospitalsanpedro.org/historia.html>

2.3 MARCO CONCEPTUAL

BIOPSIAS. Es la extracción o extirpación de una pequeña porción de tejido para examinarla luego en el laboratorio

CANCER DE CUELLO UTERINO. El cáncer de cuello uterino es causado por varios tipos de un virus llamado virus del papiloma humano (VPH). El virus se contagia por el contacto sexual. El cuerpo de la mayoría de las mujeres es capaz de combatir la infección de VPH. Pero algunas veces, el virus conduce a un cáncer

CITOLOGIA. Cualquier procedimiento de anatomía patológica que evalúe células desprendidas de su tejido original

CITOLOGIA CERVICOVAGINAL. Es la toma de una pequeña muestra de las células superficiales de la porción interna del cuello uterino y de su superficie externa mediante el uso de una espátula de madera, aplicador de algodón o mas recientemente, de un cepillo muy fino.

COLPOSCOPIA. Una colposcopia es una forma especial de examinar el cuello uterino. Se utiliza luz y un microscopio de baja potencia para hacer que el cuello uterino aparezca mucho más grande. Esto le ayuda al médico a encontrar áreas anormales del cuello uterino y luego tomarles biopsias

DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO. Corresponde al conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a las mujeres entre 25 y 69 años o menores de 25 años con vida sexual activa, para la toma de citología cervico uterina

EXAMENES DE DETECCIÓN: Es un examen ginecológico bajo el microscopio de células tomadas por raspado de la punta del cuello uterino, para detectar cáncer. Los exámenes de detección deben empezar dentro de los 3 años siguientes después de tener la primera relación sexual vaginal

¹¹ Guerrero Nieto, Emma. Fundación Hospital San Pedro. Historia. En: <http://www.hospitalsanpedro.org/historia.html>

LESIONES ESCAMOSA INTRAEPITELIAL CERVICAL. (L.E.I.C). La lesión escamosa intraepitelial en el cuello uterino varía de un crecimiento anormal mínimo (bajo grado), progresando en espesor hasta llegar a la capa más superficial del epitelio (alto grado). La actividad mitótica está confinada a la capa basal y a las capas celulares por encima de ella sin compromiso del estroma. Coilocitos, discariocitos son más frecuentes en lesiones de bajo grado

SALUD PÚBLICA. Disciplina encargada de la protección de la salud a nivel poblacional. Tiene como objetivo mejorar la salud de la población, así como el control y la erradicación de las enfermedades

3. ANALISIS DE RESULTADOS

Gráfico 1. Reporte de patología cervical según edad, en pacientes con presunto diagnóstico de cáncer de cervix

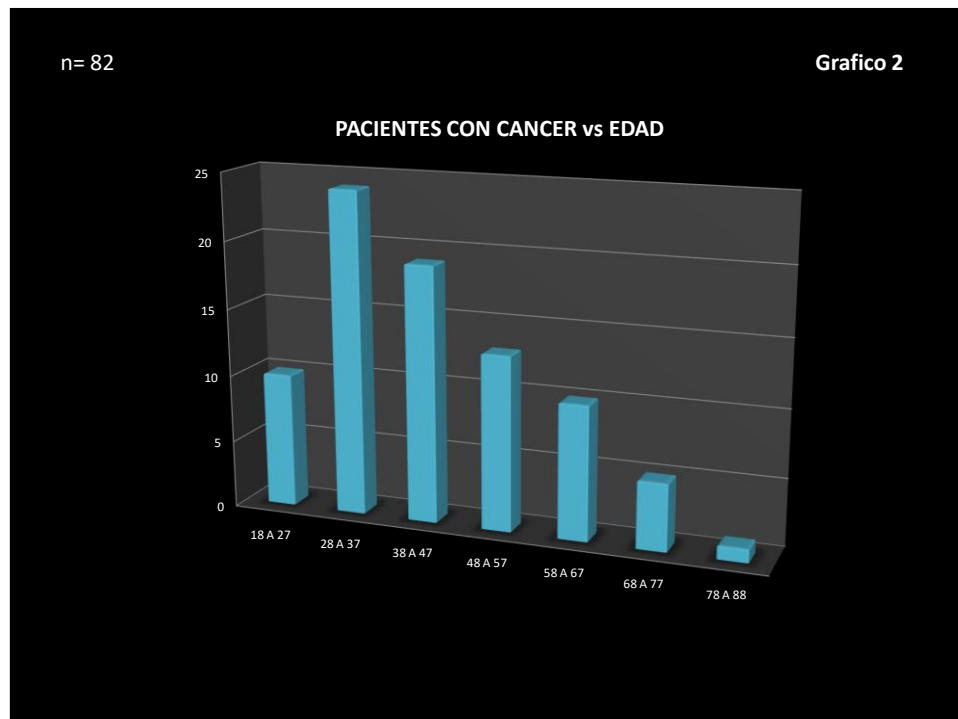


Fuente: esta investigación

De las 179 pacientes con reporte de biopsia con patología cervical el mayor porcentaje esta en edades entre los 28 a 37 años correspondiente a un 34% seguido de edades entre 38 a 47 años correspondiendo a un 25% , edades entre 48 a 57 años que corresponde a un 14% seguido de edades entre 18 a 27 años y corresponde a un 13% , en edades entre 58 a 67 años un 9% , en edades entre 68 a 77 años un 4% y la menor cantidad esta en edades entre 78 a 88 años correspondiendo a un 1% del total.

El comportamiento de la grafica muestra que los años más frecuentes está entre 28 a 47 años de edad y a medida que a avanza la edad disminuye la frecuencia.

Gráfico 2. Pacientes con reporte de cáncer cervical vs edad

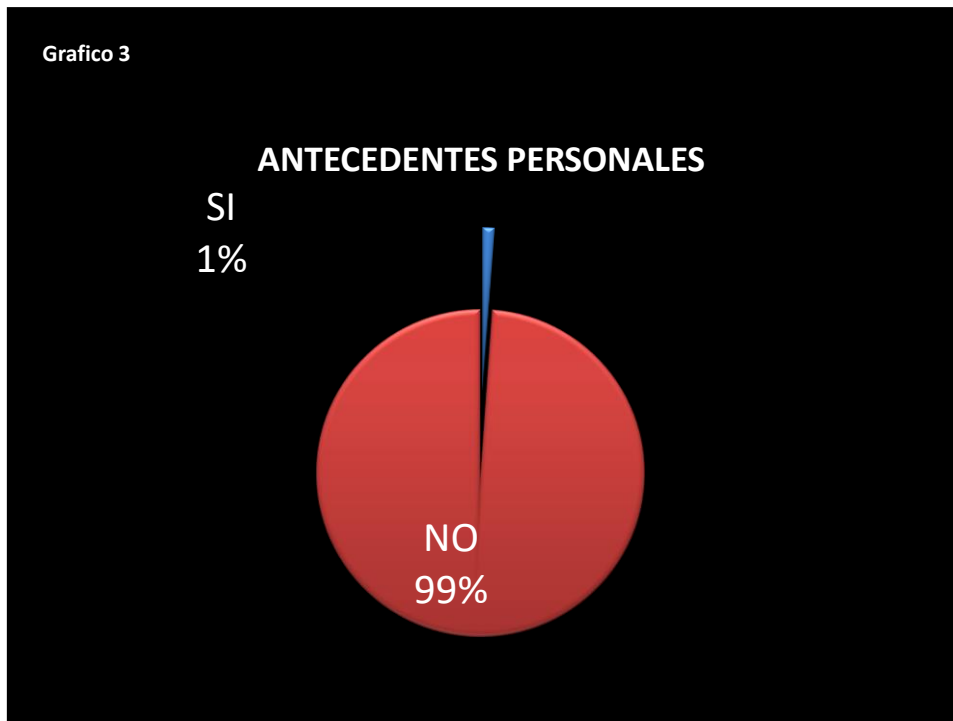


Fuente: esta investigación

De las 179 pacientes con reporte de biopsia con patología maligna cervical el mayor porcentaje está en edades entre los 28 a 37 años correspondiente a un 29% seguido de edades entre 38 a 47 años correspondiendo a un 16% , edades entre 48 a 57 años que corresponde a un 12% igual que entre 18 a 27 años y corresponde a un 12% , en edades entre 58 a 67 años un 6% , en edades entre 68 a 77 años un 6% y la menor cantidad está en edades entre 78 a 88 años correspondiendo a un 1% del total.

Al igual que la anterior gráfica el comportamiento de la gráfica muestra que los años más frecuentes está entre 28 a 47 años de edad y a medida que avanza la edad disminuye la frecuencia de pacientes con patología maligna.

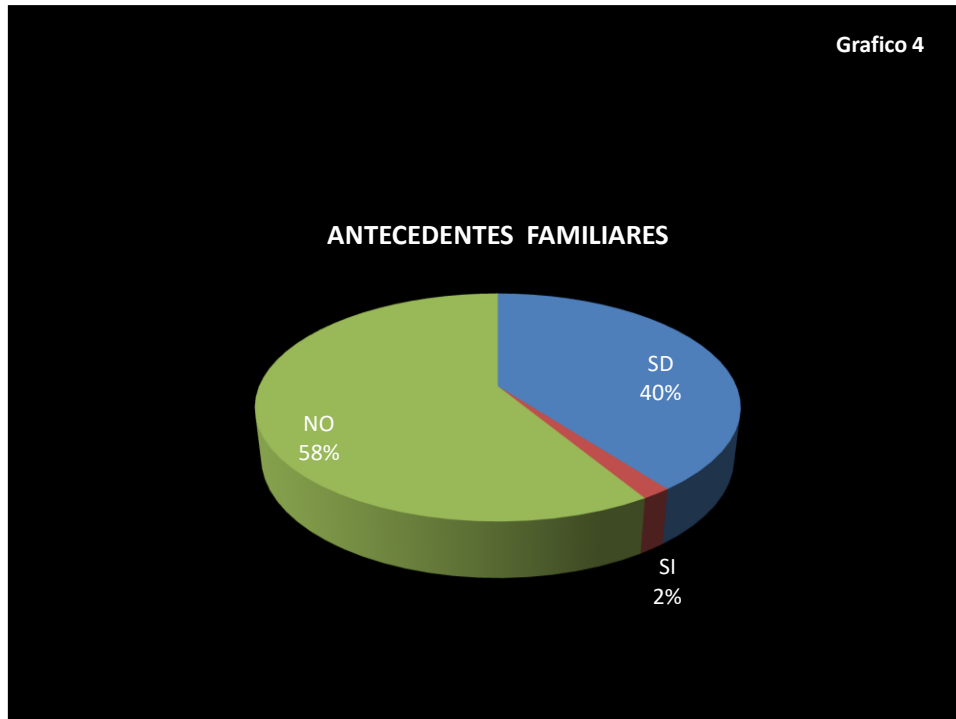
Gráfico 3. Antecedentes personales de pacientes con patología cervical, que reportaban otro tipo de cáncer



Fuente: esta investigación

De las 179 pacientes con patología cervical solo el 1% tenían antecedentes personales correspondiendo a 2, mientras que el 99% no tienen ningún antecedente patológico correspondiendo a 177 pacientes.

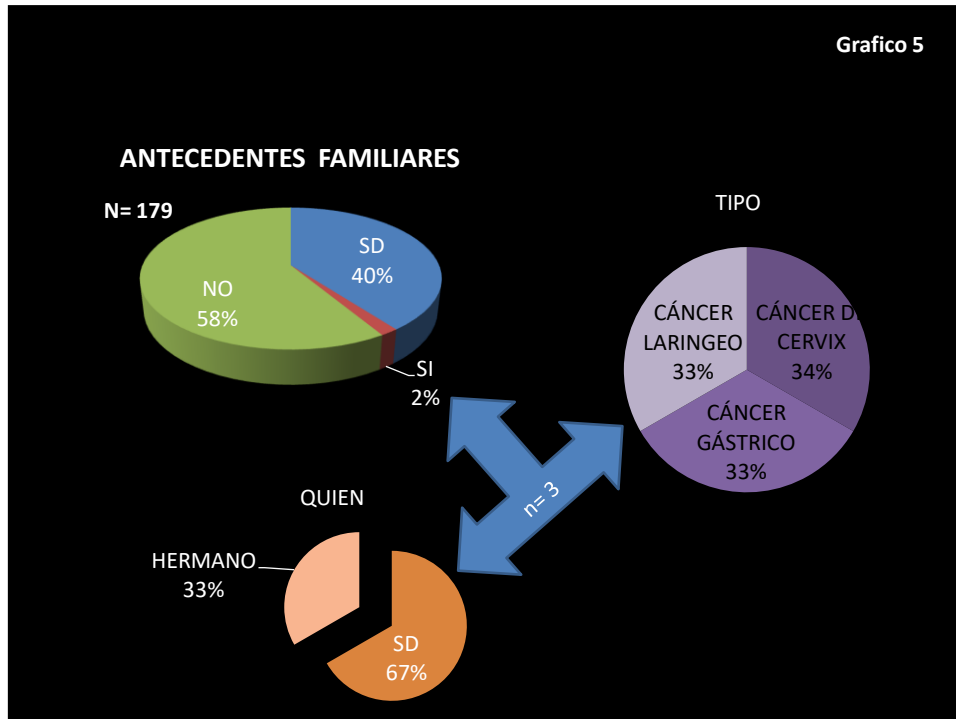
Gráfico 4. Pacientes con patología cervical, que reportan antecedentes familiares con cualquier tipo de cáncer



Fuente: esta investigación

De las 179 pacientes con patología cervical el 2% si tenían antecedentes familiares correspondiendo a 3 personas, mientras que el 58% no tienen antecedentes familiares correspondiendo a 104 pacientes y un 40% no tiene datos evidentes en historia clínica revisada

Gráfico 5. Antecedentes familiares de pacientes con patología cervical según quien tiene el antecedente y que tipo de cáncer es.

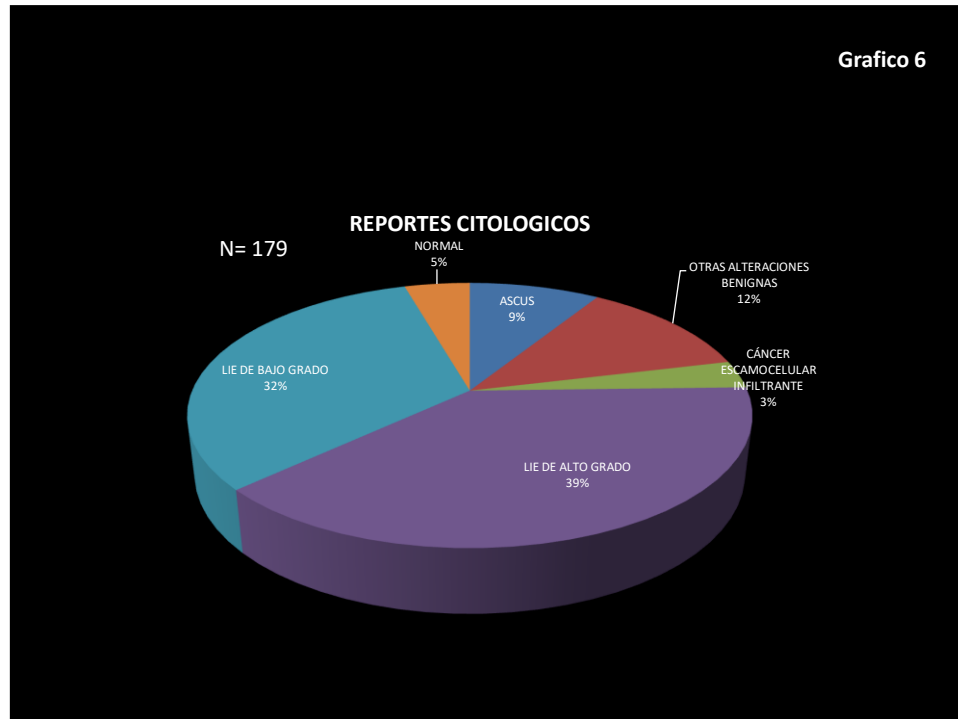


Fuente: esta investigación

Del 2% que corresponde a 3 pacientes con antecedentes familiares quien las padece en un 33% es el hermano correspondiendo a 1 persona del total de 3, y no existe dato evidente en historia clínica un 67% correspondiendo a 2 personas.

De las 3 personas con antecedentes familiares el tipo de cáncer es laríngeo, de cérvix y gástrico en un igual porcentaje correspondiente a 1 persona por cada cáncer.

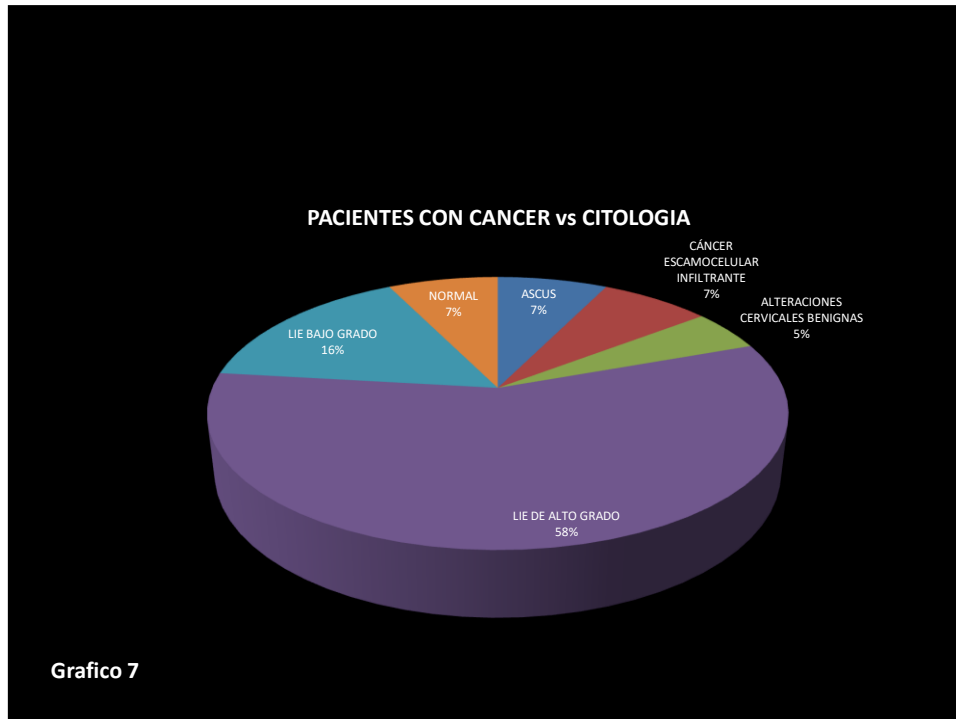
Gráfico 6. Pacientes con patología cervical en la FHSP vs reporte de citología encontrado en la historia clínica



Fuente: esta investigación

De las 179 pacientes con patología cervical la mayoría de pacientes tiene LIE alto grado correspondiendo a 39%, seguido de LIE bajo grado con un 32%, con otras alteraciones benignas un 12%, ASCUS un 9% , normal un 5% y 3% un cáncer escamocelular infiltrante .

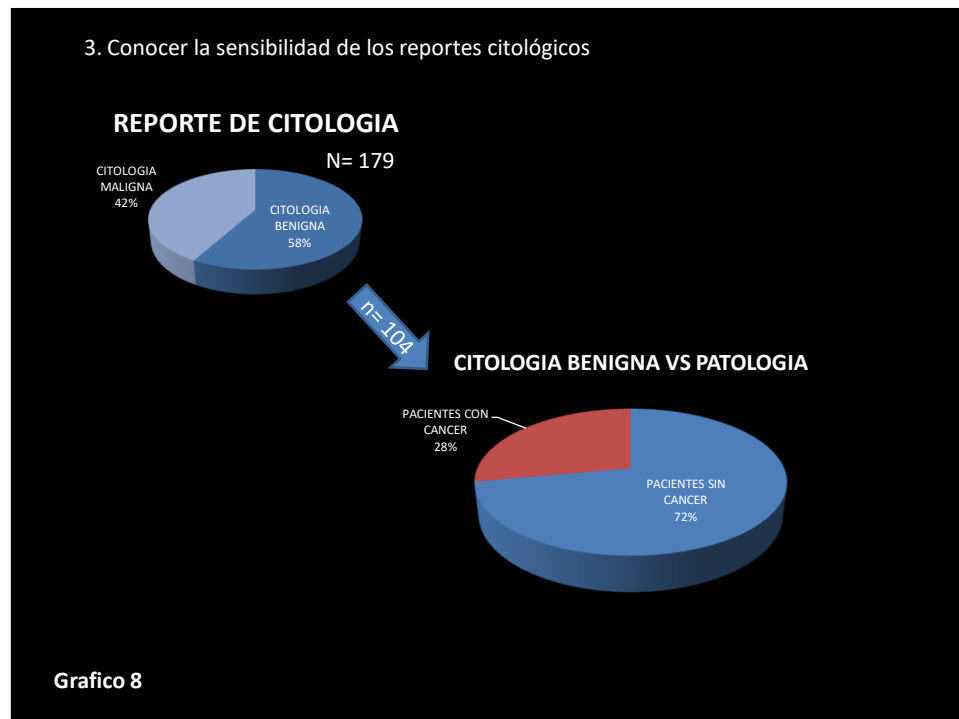
Gráfico 7. Pacientes con reporte de cáncer según la biopsia diagnosticadas en FHSP vs reporte de citología que se encontró en historia clínica



Fuente: esta investigación

De los pacientes con cáncer que corresponde a un 46% según reporte de biopsia se distribuyen así según reporte de biopsia en LIE alto grado correspondiendo a un 58% ,un 16% LIE bajo grado, con reporte de citología un 7% , ASCUS 7%, cáncer escamocelular infiltrante un 7% y alteración benignas un 5% del total de pacientes con reporte de cáncer .

Gráfico 8. Reporte de citología benigna vs reporte patología maligna según biopsia

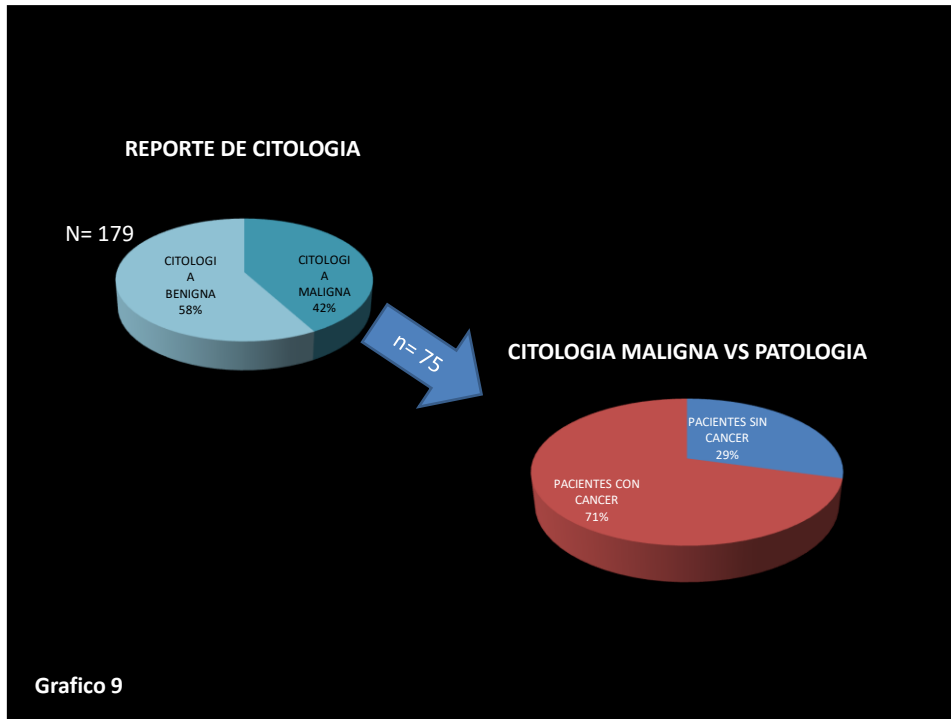


Fuente: esta investigación

Según el reporte citológico del total de pacientes estudiadas 179 el 58% de las pacientes tuvieron un reporte de citología benigna y un 42% citología con reporte de malignidad, del 58% correspondiente a 104 pacientes con citología benigna con reporte de biopsia encontrando que un 28% de pacientes con cáncer, mientras que un 72% pacientes sin cáncer.

Encontrando que la sensibilidad en nuestro estudio fue de 28%

Gráfico 9. Reporte de citología maligna vs reporte de patología maligna según biopsia

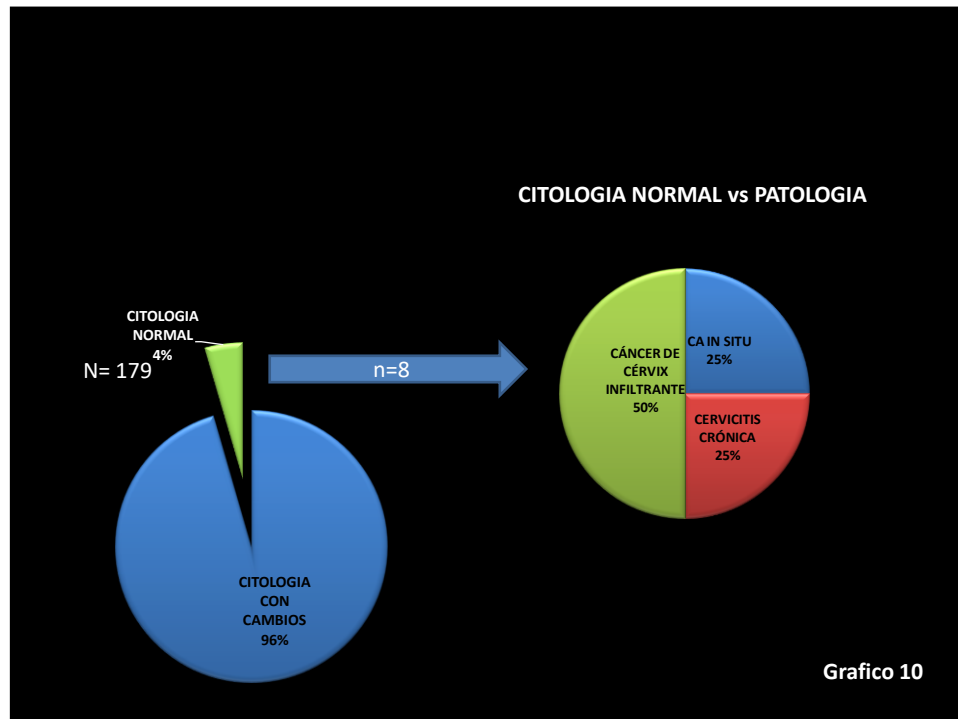


Fuente: esta investigación

Según el reporte de citología del total de pacientes estudiadas correspondiente a 179 encontramos que un 58% tiene reporte de citología benigna y un 42% citología maligna de este 42% correspondientes a 75 pacientes encontramos que un 71% tuvieron cáncer y un 29% no lo tuvieron.

En el presente estudio la especificidad es de 71% .

Gráfico 10. Reporte de citología totalmente normal vs reporte de patología que indica cambio patológico de cáncer de cérvix.



Fuente: esta investigación

Del total de pacientes estudiadas 179 que reportan citología con cambios tanto benignos como malignos representado en un 96%, mientras un 4% correspondiente a 8 pacientes que reportan citología totalmente normal de las cuales en el reporte de biopsia muestra que el 75% de las 8 pacientes tuvieron cáncer dividido en un 25% en cáncer in situ y un 50% cáncer infiltrante y un 25% cervicitis crónica.

Gráfico 11. Reporte de pacientes con ASCUS en citología previa vs reporte de pacientes que en la biopsia se encontró cambio malignos en cérvix.

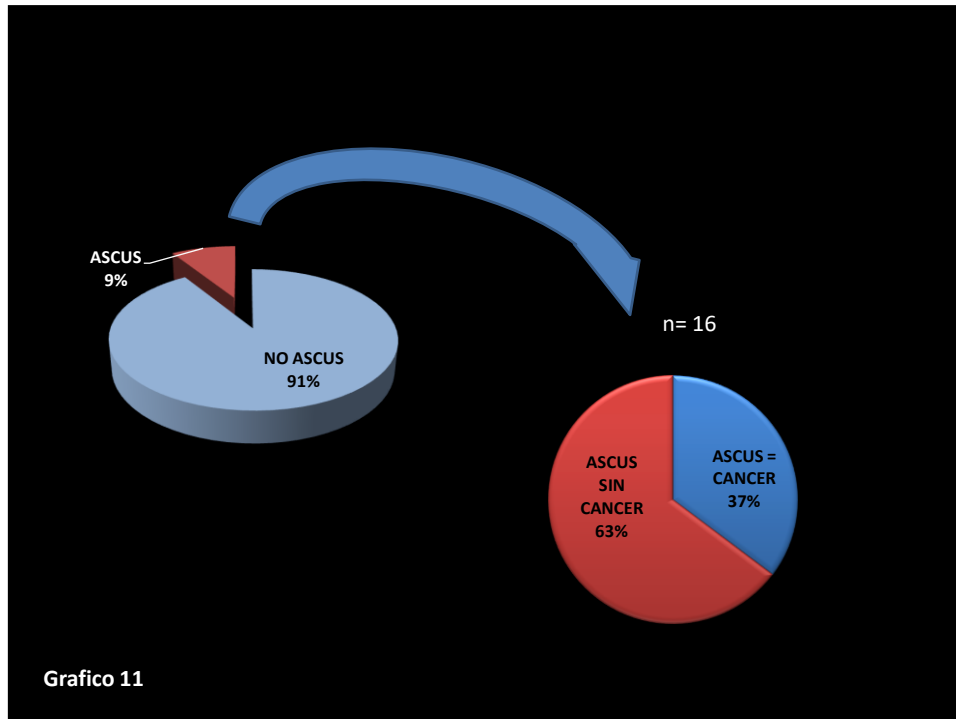


Gráfico 11

Fuente: esta investigación

Del total de pacientes estudiadas el 9% correspondió a pacientes con reporte de ASCUS y el 91% no tenía ASCUS, del 9% de los que si tiene ASCUS correspondientes a 16 pacientes que se distribuyen según el reporte de biopsia en un 63% el resultado fue pacientes sin cáncer mientras un 37% pacientes con cáncer.

4. DISCUSION

- En el estudio publicado por Mateu Aragones, el cáncer de cérvix es poco frecuente en mujeres de 30 años y raro en menores de 20 años y es mas frecuente entre los 40 a 60 años¹².
- En la presente investigación se encontró que el pico de presentación de cáncer para nuestra población esta entre los 28 a 47 años
- Según la literatura (APGAR, la citología presenta una sensibilidad del 51% y una especificidad del 98%¹³
- En el estudio se encontró que la sensibilidad es del 28% y la especificidad del 71%
- Según Wright TC Jr y Lorincz A. En su articulo publicado en 1998, concluyo que al tener ASCUS, la probabilidad de tener LIE de alto grado esta entre un 5 y 17 %¹⁴
- En el estudio se encontró que al tener ASCUS la probabilidad de tener LIE de alto grado y cáncer es del 37%
- Según Nieves Ascunze Elizaga y cols en su artículo sobre detección temprana de cáncer de cérvix, asegura que en Canadá y Europa la cantidad de falsos positivos y negativos se aproxima al 50%.¹⁵
- En este estudio, la cantidad de falsos positivos fue del 30% para citologías con malignidad, y de falsos negativos del 28 % para citologías benignas

¹² Mateu Aragones. Cáncer de cerviz.

¹³ APGAR. Principios y practica. Bogotá: Mc Graw Hill, 2002

¹⁴ Wright TC Jr y Lorincz A. ASCUS. 1998

¹⁵ Según Nieves Ascunze Elizaga y cols. detección temprana de cáncer de cerviz. Canada.

5. CONCLUSIONES

- De acuerdo a la presente investigación, se identificó que la población total (N= 179) no tenían cáncer el 54% y si tenían cáncer el 46 %
- Se observó que pacientes con diagnostico de cáncer del presente estudio, muestran una citología que reporta:
 - 7% Cáncer escamocelular infiltrante
 - 58% LIE alto grado
 - 16% LIE bajo grado
 - 5% ASCUS
 - 5% Alteraciones benignas
 - 7% Normal
- Se observó una sensibilidad de la citología de un 28%.
- Se observó una especificidad de la citología de 71%.

BIBLIOGRAFIA

ANDRADE P., Rafael y Otros. Ciencias Básicas de Medicina: Patología. Medellín: CIB, 2000. 536 p.

BEREK, Jonathan. Ginecología de Novak. 13ed. Bogotá : McGraw-Hill, 2004. 1156 p.

BOTERO URIBE, Jaime; HENAO, Guillermo y LONDOÑO CARDONA, Juan Guillermo. Obstetricia y ginecología. 8ed. Medellín: CIB, 2008. 645 p.

CIBAS, Edmund. Cytology: Diagnostic Principles and Clinical Correlates. Unites States Of America : Saunders Company, 1996. 371 p..

DRIFE, James y MAGOWAN, Brian. Ginecología y obstetricia clínicas. Madrid : Elsevier, 2005. 503 p.

FISCHBACH, Frances Talaska. Manual de Pruebas Diagnósticas. 5 ed. Bogotá : McGraw-Hill, 1997. 1149 p.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Normas técnicas y guías de atención. Norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones preneoplásicas de cuello uterino

NETGRAFIA

Asociación Colombiana de ginecología y obstetricia. Clasificación citológica.

DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD. Alcaldía de Pasto.
<http://www.asivamosensalud.org>

Guerrero Nieto, Emma. Fundación Hospital San Pedro. Historia. En:
<http://www.hospitalsanpedro.org/historia.html>

GUILLERMO ANTONIO LÓPEZ GUARNIZO. Estudio del Tamizaje Citológico para
Cáncer Cervicouterino Laboratorio Departamental de Salud Pública, Caldas, 1998

Instituto Catalán de Oncología. Cáncer de cuello uterino en Cataluña. En: Protocolo
de las actividades para el cribado del cáncer de cuello uterino en la atención primaria
En la página web: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/escollut.pdf>

Instituto Nacional de Salud(Colombia). Biomédica. <http://redalyc.uaemex.mx/pdf>

LIGA COLOMBIANA CONTRA EL CÁNCER. Campaña Nacional de Prevención de
Cáncer de Cuello Uterino. Bogotá: La liga, 2009. En la página web:
http://www.ligacancercolombia.org/index.php?option=com_content&task=view&id=89&Itemid=122

Médicos generales colombianos. Norma técnica para la detección temprana del
cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones preneoplásicas de cuello
uterino. En: http://www.medicosgeneralescolombianos.com/Ca_Cuello_Uterino.htm

Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia 2003

Wikipedia. Virus del papiloma humano. En: http://es.wikipedia.org/wiki/Virus_del_papiloma_humano

ANEXOS

Método de Diagnostico:

Certificado de defunción Histología Clínico Imagenología

Endoscopia Citología Otros

Localización primaria: -----

Morfología: -----

Estado del tumor: In Situ Localizado

Regional Metastásico

REPORTE DE CITOLOGIA

Fecha de Interpretación: Día Mes Año

Características de la muestra:

Presencia de células endocervicales:
Inadecuada para Dx

Diagnostico citológico:

- () Negativo a cáncer
- () Negativo con proceso inflamatorio
- () Displasia leve (NIC I)
- () Displasia moderada (NIC II)
- () Displasia grave (NIC III)
- () Cáncer in situ (NIC III)
- () Cáncer invasor
- () Adenocarcinoma
- () Maligno no especificado

Laboratorio -----

Metaplasia Epidermoide

Hallazgos adicionales:

- () Imagen del virus del papiloma Humano
- () Imagen del virus del Herpes
- () Tricomonas
- () Bacterias
- () Hongos
- () Otras alteraciones (especifique)

Repetir estudio: ()

Motivo: -----

¿La muestra fue revisada por patólogo? SI NO

Nombre del Patólogo: -----

Observaciones: -----