

# Artículo original

## Cáncer cérvicouterino, reporte de tres años en una unidad médica de atención ambulatoria

*Cervical Cancer, a Three-year Report in a Medical Ambulatory Care Unit  
O câncer cervical, relatório de três anos em uma unidade médica ambulatorial*

Pedro Pérez-Ponce,\* Loreley López-Ledesma,\*\* Miguel Guadalupe Méndez-González,\*\* Víctor Hugo Vázquez-Martínez\*\*

### Resumen

**Objetivo:** determinar las características epidemiológicas del cáncer cérvicouterino durante un periodo de tres años en una unidad médica de atención ambulatoria (UMAA) del hospital general de zona no. 15 de Ciudad Reynosa, Tamaulipas. **Métodos:** la información fue captada de la base de datos de la UMAA, en el periodo de marzo a octubre de 2012; esta base contenía el seguimiento de 1 663 mujeres con diagnóstico de displasia y cáncer cérvico uterino de primera vez; además, se dio seguimiento de vigilancia y tratamiento a 8 489 mujeres. **Resultados:** 59.1% fue casos probables y 40.9% se trató de casos confirmados de displasia y cáncer. El grupo de edad más afectado fue el de mujeres entre 25 y 44 años de edad. Se estimó un porcentaje de abandono del tratamiento de 17.74% y una correlación citológica/histopatológica de 54.7%. **Conclusiones:** por ser el presente un estudio de carácter descriptivo solo permitió conocer la frecuencia del mismo y no el motivo que condicionó el abandono del tratamiento. Sería necesario realizar un estudio de seguimiento para determinar los motivos de abandono del tratamiento.

women who diagnosed dysplasia and, uterine and cervical cancer; in addition, it was provided monitoring care and treatment for 8 489 women. **Results:** 59.1% were probable cases and in 40.9% dysplasia and cancer were confirmed. The most affected group was that of women between 25 and 44 years old. 17.74% was estimated as a percentage of abandonment of treatment and 54.7% of correlation between cytological and histopathological. **Conclusions:** as this is a descriptive study, it only allowed us to know the frequency but not the reason for abandoning the treatment. It would be necessary to conduct a follow-up study to determine the reasons for discontinuation of treatment.

### Summary

**Objective:** to determine the epidemiological characteristics of cervical cancer during a three-year period in a medical ambulatory care unit (MACU) of the General Hospital of the zone 15 in Reynosa, Tamaulipas. **Methods:** the information was gathered in the care unit database, from March to October 2012. This base contained a follow-up of 1 663

### Resumo

**Objetivo:** determinar as características epidemiológicas de câncer cervical durante um período de três anos em uma unidade médica ambulatorial (UMAA) área no. 15 hospital geral de Reynosa, Tamaulipas. **Métodos:** as informações foram obtidas no banco de dados do UMAA, no período de março a outubro de 2012; esse banco de dados continha o seguimento de 1 663 mulheres com diagnóstico de displasia cervical e câncer pela primeira vez; além disso, foi providenciada a vigilância e a monitorização do tratamento a 8 489 mulheres. **Resultados:** 59.1% eram casos prováveis

**Palabras clave:** cáncer cérvicouterino, neoplasia cervical, medicina familiar

**Key words:** Cervix Neoplasms, Cervical Intraepithelial Neoplasia, Family Medicine

**Palavras chave:** câncer cervical, neoplasia cervical, medicina de família

Recibido: 31/7/14

Aceptado: 16/1/15

\*Unidad médica de atención ambulatoria (UMAA) no. 15, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Reynosa, Tamaulipas. \*\*Unidad de medicina familiar no. 33, IMSS, Reynosa.

Correspondencia:  
Víctor Hugo Vázquez-Martínez  
frommvictor2000@gmail.com

Este artículo debe citarse: Pérez-Ponce P, López-Ledesma L, Méndez-González MG, Vázquez-Martínez VH. Cáncer cérvicouterino, reporte de tres años en una unidad médica de atención ambulatoria. Aten Fam. 2016;23(1):4-7.

e 40.9% resultaram casos confirmados de displasia e câncer. A faixa etária mais acometida foi a de mulheres entre 25 e 44 anos de idade. Estimou-se uma percentagem de abandono do tratamento de 17.74% e um citológico/correlação histopatológica de 54.7%. **Conclusões:** por ser o presente estudo descriptivo só permitiu conhecer a frequência e não o motivo que determinou o abandono do tratamento. Seria necessário realizar um estudo de acompanhamento para determinar as razões para a interrupção do tratamento.

## Introducción

El cáncer cervicouterino (CaCu) es la principal causa de muerte en mujeres de países en desarrollo y está asociado a la infección por virus del papiloma humano de alto riesgo (VPH 16 y 18),<sup>1-3</sup> la prevalencia de infección por estos virus oscila de 25.3% a 37.3% y está presente hasta en 70% de los casos de esta enfermedad.<sup>4-6</sup> La principal vía de transmisión del virus es a través del contacto sexual en mujeres.<sup>7,8</sup> En México, se estima una incidencia de CaCu invasor de 24 094 casos y de 14 867 casos de carcinoma *in situ*.<sup>9</sup>

Los programas de detección temprana han dado resultados en países desarrollados, sin embargo, no han sido tan exitosos en países con ingresos medios y bajos; el éxito de estos recae en la calidad y la disponibilidad de recursos de los diferentes países.<sup>10</sup> El tamizaje se realiza en el primer nivel de atención médica enfocado a mujeres con vida sexual activa a partir de los 21 años, mujeres con menos de 21 años de edad con tres años de inicio de vida sexual y mujeres que lo soliciten; en caso de que el resultado de la citología cervical sea anormal, se envía a la paciente a clínica de displasias o módulo de colposcopia en un plazo no mayor a tres semanas.<sup>11</sup>

Existen diversos sistemas para reportar los informes citológicos e histológicos,<sup>12</sup> la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica al diagnóstico histológico en: normal, atipia, displasia leve, coilocitosis, displasia moderada, displasia grave, carcinoma *in situ* y carcinoma invasor.<sup>13</sup> En América Latina no ha habido una reducción significativa en la mortalidad por CaCu a pesar de las campañas de tamizaje con la citología tradicional,<sup>14</sup> la identificación del genotipo del VPH es una prueba para la detección temprana del virus que es una causa necesaria para la presencia del cáncer y representa una opción de alta especificidad y sensibilidad.<sup>15-20</sup> El CaCu plantea retos sociales, familiares y de bienestar general de las pacientes,<sup>21-24</sup> por ello, se requiere un abordaje temprano a través de la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de la enfermedad.

## Métodos

Estudio observacional y retrospectivo de la base de datos del Departamento de Displasias de la unidad médica de atención

ambulatoria (UMAA) del hospital general de zona no. 15 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), de Ciudad Reynosa, Tamaulipas, y llevado a cabo de marzo a octubre de 2013. Se estimó la existencia de 1 663 mujeres con diagnóstico de displasia y cáncer cervicouterino de primera vez en un periodo de tres años (2010-2012). Se dio seguimiento a 8 489 pacientes a través del control, alta por mejoría, suspensión de su atención o traslado a otra unidad médica. Se realizó muestreo no probabilístico tomándose la totalidad de la información de la base de datos. La clasificación de la displasia fue la utilizada por la OMS, las principales variables del estudio fueron neoplasia cervical intraepitelial (NIC 1, 2 y 3), cáncer *in situ*, cáncer invasor, correlación citológica, histopatológica, consulta de primera vez, consulta subsecuente y tipo de tratamiento (electrocirugías, criocirugías, histerectomía, en vigilancia, sin tratamiento, en control, alta por mejoría, no acudieron a cita y envío a oncología y ginecología). Los datos obtenidos fueron

**Tabla 1. Casos probables y confirmados de displasias en 2012**

Displasias	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Leve (NIC 1)</b>			
Probable	327	57.67	57.67
Confirmado	139	24.50	82.17
<b>Moderado (NIC 2)</b>			
Probable	20	3.50	85.67
Confirmado	43	7.68	93.35
<b>Severo (NIC 3)</b>			
Probable	4	0.70	94.05
Confirmado	13	2.29	96.34
<b>Cáncer <i>in situ</i></b>			
Probable	1	0.17	96.51
Confirmado	8	1.41	97.92
<b>Cáncer invasor</b>			
Probable	5	0.88	98.8
Confirmado	7	1.20	100
Total	567	100	100

## Pérez-Ponce P y cols.

analizados con estadística descriptiva como frecuencia y porcentajes.

El protocolo de estudio fue aprobado por Comité Local de Investigación en Salud 2803 de Nuevo Laredo, Tamaulipas del IMSS.

## Resultados

Durante los tres años se atendieron 1 663 pacientes de primera vez y se capturaron como: casos probables, confirmados de displasias y cáncer invasor; hubo un total de 983 (59.1%) casos probables y 680 (40.9%) casos confirmados; 9.32% de los casos probables y confirmados correspondió a mujeres menores de 25 años, 63.75% a mujeres entre 25 a 44 años de edad, 25.31% a mujeres de 45 a 64 años y 1.62% a mayores de 65.

En la UMAA se dio seguimiento terapéutico a 8 489 pacientes durante los tres años, de estas, 17.74% suspendió su atención por alta voluntaria, abandonó el tratamiento o no fue localizada. Se confirmaron 448 casos de displasia leve (NIC 1), 128 displasia moderada (NIC 2) y 51 de NIC 3. Los casos tanto de cáncer *in situ* como de cáncer invasor durante el año 2012 se presentan en la tabla 1.

Se obtuvo una correlación del resultado citológico específico y el resultado histopatológico de 54.7%. Una vez que las mujeres fueron diagnosticadas a través del resultado histopatológico, recibió tratamiento 100% de ellas. Se obtuvo una correlación diagnóstica entre la colposcopia y el resultado histopatológico de 86.3%, el número de casos con diagnóstico histopatológico de cáncer microinvasor o invasor no identificados por colposcopia fueron tres y el número de casos con diagnóstico de cáncer por colposcopia confirmados por biopsia fueron cuatro. Solo 20.3% de las mujeres con NIC 2 o NIC 3 fueron tratadas durante los primeros 15

días después del diagnóstico; un total de 309 mujeres se dieron de alta por mejoría en la clínica de colposcopia. Durante los tres años se brindó vigilancia terapéutica a un total de 3 240 mujeres y se otorgó tratamiento conservador a 367 pacientes (tablas 2, 3 y 4).

## Discusión

La tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino ha disminuido en México de 13.3 a 8.6 por 100 000 en un periodo de ocho años (2000-2008). El mayor decremento fue en los estados de Tabasco, Yucatán y Morelos.<sup>25</sup> En este estudio no se reportó ninguna muerte por CaCu en el periodo de tres años. La edad promedio de detección de los casos de cáncer es de 45.64,<sup>26</sup> en este reporte la edad de mayor frecuencia ocurrió entre los 25 y 44 años. El abandono del trata-

miento está íntimamente relacionado con la organización de los sistemas, procesos de atención, traslados, trabajo doméstico y familiares,<sup>27</sup> el porcentaje de deserción del tratamiento de las pacientes atendidas en la UMAA fue de 17.74%, pero se desconocen los motivos que lo produjeron.

Este estudio tiene limitaciones que deben ser reconocidas, la primera de ellas es que es un estudio retrospectivo que no cuenta con variables como peso, talla, nivel socioeconómico, hábitos higiénico-dietéticos y comorbilidades. La segunda es que se tomó la información de una base de datos de la UMAA y no se sabe si las mujeres son actualmente pacientes de dicha unidad ya que la base de datos no cuenta con su número de seguridad social. Sería importante realizar un estudio prospectivo de las mujeres que acuden a la atención diaria para que se conozcan los

**Tabla 2. Tipo de tratamiento proporcionado a las pacientes con diagnóstico de displasia**

Edad	2010		2011		2012	
	Vigilancia	Conservador	Vigilancia	Conservador	Vigilancia	Conservador
<25	91	31	72	11	96	17
25-34	322	51	267	44	353	34
35-44	342	51	283	35	441	20
45-59	282	23	221	22	338	15
60-64	21	1	18	5	36	3
65 y +	19	2	21	2	17	0
Total	1077	159	882	119	1281	89

**Tabla 3. Situación de seguimiento del tratamiento de las pacientes con diagnóstico de displasia y cáncer cérvicouterino**

Situación de las pacientes	2010	2011	2012
En control	1187	494	785
Alta por mejoría	364	237	309
Suspendieron su atención*	631	298	577
Referidas a otra unidad	0	0	0
Defunción por otra causa	0	0	0
Defunción por CaCu	0	0	0
Total	3418	2030	3041

\*Suspendieron la atención por alta voluntaria, abandonaron el tratamiento o no fueron localizadas para continuar el seguimiento

## Cáncer cervical en clínica de displasias

**Tabla 4. Frecuencia de acciones realizadas a las pacientes**

	2010	2012	Total*
Consulta de primera vez	749	579	1328
Consulta subsecuente	2161	1783	3944
Electrocirugías	146	73	219
Criocirugías	27	16	43
Histerectomías	0	0	0
En vigilancia	1184	1281	2465
Sin tratamiento	191	125	316
En control	1179	785	1964
Alta por mejoría	363	309	672
No acudieron a cita	626	577	1203
Envíos a Oncología	13	12	25
Envío a Ginecología	9	28	37
Total	2910	2362	12216

\*No se obtuvo información correspondiente a 2011

posibles factores de riesgo, motivos de abandono del tratamiento y las variables sociodemográficas de las pacientes.

## Referencias

1. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int Cancer*. 2010;127:2893-917.
2. Munoz N, Bosch FX, De SS, Herrero R, Castellsague X, Shah KV, et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med*. 2003;348(6):518-27.
3. GLOBOCAN. Cancer Fact Sheet: Cervical Cancer Estimated Incidence and Prevalence Worldwide in 2012. International Agency for Research on Cancer [Internet]. 2012; [citado 2014 Ene 31]. Disponible en: [http://globocan. iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan. iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx)
4. Clarke, et al. A prospective study of absolute risk and determinants of human papillomavirus incidence among young women in Costa Rica. *BMC Infectious Diseases*. 2013;13:308.
5. Ezechi, et al. The burden, distribution and risk factors for cervical oncogenic human papilloma virus infection in HIV positive Nigerian women. *Virology Journal*. 2014;11:5.
6. Reeler A, Qiao Y, Dare L, Li J, Zhang AL, Saba J. Womens cancers in developing countries: from research to an integrated health systems approach. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2009;10(3):519-26.
7. Winer RL, Feng Q, Hughes JP, O'Reilly S, Kiviat NB, Koutsky LA. Risk of female human papillomavirus acquisition associated with first male sex partner. *J Infect Dis*. 2008;197:279-82.
8. Burchell AN, Winer RL, De Sanjose S, Franco EL. Epidemiology and transmission dynamics of genital HPV infection. *Vaccine*. 2006;24 (Suppl 3:S3):S2-61.
9. Secretaría de Salud. Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas. Compendio: mortalidad y morbilidad. México: Secretaría de Salud, Epidemiología; 2003.
10. Sankaranarayann R, Gaffikin L, Jacob M, Sellors J, Robles S. A critical assessment of screening methods for cervical neoplasia. *International journal of gynaecology and obstetrics*. The official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics. 2005;89(suppl 2):S4-S12.
11. Prevención y detección oportuna del cáncer cérvico uterino en el primer nivel de atención. México: Secretaría de Salud; 2008.
12. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello del útero y de la mama en la atención primaria.
13. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. International Agency for Research on Cancer (IARC). GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. CancerBase No. 5, versión 2.0. Lyon, France: IARC Press; 2004.
14. OMS. Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007.
15. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol*. 1999;189(1):12-9.
16. Bulkmans NW, Berkhof J, Rozendaal L, et al. Human papillomavirus DNA testing for the detection of cervical intraepithelial neoplasia grade 3 and cancer: 5-year follow-up of a randomised controlled implementation trial. *Lancet*. 2007;370:1764-72.
17. Dillner J, Reboli M, Birembaut P, et al. Long term predictive values of cytology and human papillomavirus testing in cervical cancer screening: joint European cohort study. *BMJ*. 2008;337:a1754.
18. Mayrand MH, Duarte-Franco E, Rodrigues I, et al. Canadian Cervical Cancer Screening Trial Study Group Human papillomavirus DNA versus Papanicolaou screening tests for cervical cancer. *N Engl J Med*. 2007;357:1579-88.
19. Naucler P, Ryd W, Törnberg S, et al. Human papillomavirus and Papanicolaou tests to screen for cervical cancer. *N Engl J Med*. 2007;357:1589-97.
20. Castle PE, Sadorra M, Lau T, Aldrich C, Garcia FA, Kornegay J. Evaluation of a prototype real-time PCR assay for carcinogenic human papillomavirus (HPV) detection and simultaneous HPV genotype 16 (HPV16) and HPV18 genotyping. *J Clin Microbiol*. 2009;47:3344-7.
21. Donovan KA, Taliaferro LA, Alvarez EM, Jacobsen PB, Roetzheim RG, Wenham RM. Sexual health in women treated for cervical cancer: characteristics and correlates. *Gynecol Oncol*. 2007;104(2):428-34.
22. Lindau ST, Gavrilova N, Anderson D. Sexual morbidity in very long term survivors of vaginal and cervical cancer: a comparison to national norms. *Gynecol Oncol*. 2007;106(2):413-8.
23. Fosså SR, Vassilopoulou-Selvin R, Dahl A. Long term physical sequelae after adult-onset cancer. *J Cancer Survivorship*. 2008;2(1):3-11.
24. Bradley S, Rose S, Lutgendorf S, Costanzo E, Anderson B. Quality of life and mental health in cervical and endometrial cancer survivors. *Gynecol Oncol*. 2006;100(3):479-86.
25. Sánchez-Barriga JJ. Tendencias de mortalidad por cáncer cervicouterino en las siete regiones socioeconómicas y en las 32 entidades federativas de México en los años 2000-2008. *Gaceta Médica de México*. 2012;148:42-51.
26. Kamath R, Mahajan KS, Ashok L, Sanal TS. A study on risk factors of breast cancer among patients attending the tertiary care hospital, in udupi district. *Indian J Community Med*. 2013;28(2):95-9.
27. Paolino M, Arrossi S. Analysis of the reasons for abandoning the follow-up and treatment process in women with pre-cancerous cervical lesions in the province of Jujuy: implications for health management. *Salud colectiva*. 2012;8(3):247-61.