

¿ES CONFIABLE LA TÉCNICA DE PAPANICOLAOU REALIZADA POR MÉDICOS DE FAMILIA?

Dras. Carla Mercante, Andrea Barragán, Maura Salicioni, Marisa Lucero

RESUMEN

Objetivo: comparar los Papanicolaou (PAP) realizados por el servicio de Medicina Familiar (MF) con los realizados por el servicio de ginecología.

Material y métodos: estudio retrospectivo comparativo por revisión de historias clínicas obtenidas a partir del listado de ingreso a patología de las muestras de PAP. Se tomó por cada PAP realizado por MF (caso), el siguiente ingresado por ginecología (control). Se llamó rendimiento satisfactorio para la evaluación cuando el extendido tenía presencia de células de metaplasia y/o endocervicales.

Resultados: se revisaron 438 historias clínicas de pacientes. Se encontró rendimiento satisfactorio en 53,8% (126) de los PAP obtenidos por MF y en 46,2% (108) de los obtenidos como control, $p=0,08$.

Conclusión: las muestras de PAP obtenidas por médicos de familia, son confiables para la lectura de sus resultados, en esta institución.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de células escamosas de cuello uterino es la tercera enfermedad ginecológica maligna más frecuente y una de las primeras causas de muerte por cáncer en la mujer. La tasa de mortalidad por carcinoma de cérvix en Estados Unidos ha disminuido 63% a lo largo de 30 años (1960-1990), pero se ha elevado recientemente en las mujeres de menos de 50 años¹. A pesar de la disminución de las tasas de carcinoma invasor de cuello, las lesiones preinvasoras del cuello uterino siguen siendo una de las principales causas de morbilidad en las mujeres jóvenes.

Los principales factores de riesgo del carcinoma cervical son: antecedentes previos o actuales de alteraciones citológicas, múltiples parejas sexuales², inicio precoz de las relaciones sexuales, antecedentes de enfermedad de transmisión sexual (ETS)³⁻⁷, consumo de tabaco^{8,9}, consumo de anticonceptivos (ACO)¹⁰.

Aunque el PAP no es una herramienta diagnóstica sino un método de *screening*¹¹, sigue siendo el primer escalón en la evaluación del carcinoma de cérvix y es una práctica esencial de atención primaria de la salud (APS)¹².

Las recomendaciones sobre el *screening* del cáncer de cérvix de la segunda edición de los grupos de tareas sobre servicios preventivos de los Estados Unidos¹³ son:

1) PAP a todas las mujeres con vida sexual actual o en el pasado. Si la historia sexual es poco confiable, comenzar la toma de PAP a los 18 años.

2) Suspender la toma de PAP en las mujeres mayores de 65 años si el rendimiento de las muestras previas es satisfactorio y el resultado previo ha sido siempre normal.

3) Frecuencia del *screening*: PAP anual en mujeres sexualmente activas a partir de los 18 años; si el rendimiento de las muestras es satisfactorio, y el resultado es negativo por 2 años consecutivos discontinuar la toma de PAP por 3 años.

4) En caso de que las mujeres sean consideradas de alto riesgo (parejas sexuales múltiples, presencia de papilomavirus) la toma de PAP será anual.

5) En las pacientes mayores de 65 años que no tuviesen ningún PAP previo o el último haya sido tomado a más de 3 años del momento del control, realizar una nueva toma de citología cervical.

Siendo el PAP una herramienta de APS y debido a que el resultado de dicho estudio marca las posteriores conductas de *screening* poblacional, es que cobra interés el rendimiento de las muestras de PAP obtenidas por los MF.

Son objetivos de este trabajo analizar los PAP realizados por MF en cuanto a rendimiento de las muestras, resultado y frecuencia de realización y comparar estos resultados con los realizados por el servicio de ginecología, tomado como control.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo comparativo por revisión de historias clínicas obtenidas a partir del listado de ingreso a patología de las muestras de PAP durante los meses de enero-marzo, mayo-julio de 1997, se tomó por cada Papanicolaou hecho por un médico de familia (caso), otro ingresado consecutivo, hecho por un ginecólogo (control).

En cada historia clínica se revisó el PAP actual en cuanto a resultado y rendimiento, la historia de la paciente en cuanto a edad, momento en el ciclo biológico (premenopausia, perimenopausia o menopausia)¹⁶, uso de medicación hormonal (ACO, terapia de reemplazo hormonal (TRH)), presencia de dispositivo intrauterino (DIU), factores de riesgo (promiscuidad, papilomavirus, cáncer de cuello previo, CIN I-III previo, herpes tipo II, tabaquismo) y *screening* con PAP previo (antes del año, de 1 a 3 años, más de 3 años)¹⁴.

Tabla 1. Características de la población estudiada.

	Total	Medicina Familiar	Ginecología	valor <i>p</i>
Pacientes	438	219	219	
Edad	47,9 (DS 16,18)	48,12 (DS 16,8)	47,72 (DS 15,58)	
Premenopausia	194 (44,3%)	93 (42,5%)	101 (46,1%)	0,44
Perimenopausia	37 (8,4%)	16 (7,3%)	21 (9,6%)	0,31
Menopausia	207 (47,3%)	110 (50,2%)	97 (44,3%)	0,21
ACO	65 (14,8%)	35 (16%)	30 (13,17%)	0,50
DIU	23 (5,3%)	8 (3,7%)	15 (6,8%)	0,13
TRH	52 (11,9%)	30 (13,7%)	22 (10%)	0,23
Factores de riesgo	83 (18,9%)	46 (21%)	37 (16,9%)	0,27
Promiscuidad	2 (0,5%)	1(0,5%)	1(0,5%)	
Tabaquismo	75 (18,5%)	44 (22,4%)	31 (15,4%)	
HPV	9 (2,3%)	1(0,5%)	8 (4%)	
Ca. Previo	8 (2%)	2 (1%)	6 (3%)	
Herpes tipo II	0			
Rendimiento Satisfactorio	234 (53,4%)	126 (53,8%)	108 (46,2%)	0,08

DEFINICIONES

Se definió promiscuidad cuando una mujer cuenta con más de dos parejas sexuales o circunstancias en que una de sus parejas sexuales también tengan más de dos parejas sexuales. Factor de riesgo documentado para el desarrollo de CIN y de cáncer cervical².

En tabaquismo se incluyó a todas las pacientes con hábito tabáquico actual o en los últimos cinco años registrado en historia clínica.

Infectados por virus herpes se consideró a las pacientes que tenían historia previa de infección por herpes simple o HPV (papilomavirus) en la historia

clínica o en PAP previos.

Se definió rendimiento satisfactorio para la evaluación cuando el extendido fue óptimo para la interpretación (presencia de células de metaplasia o endocervicales)¹⁵.

El rendimiento fue no satisfactorio para la evaluación cuando se encontraron problemas como artificios debidos al secado, escasa celularidad, mala fijación, citólisis, autólisis, inflamación o sangre excesiva que no permiten un diagnóstico autorizado y la ausencia de células de metaplasia y endocervicales.

Se consideró en menopausia a todas las mujeres que tenían amenorrea de por lo menos un año de duración, o el diagnóstico de la misma escrito en la his-

Tabla 2. Características de la población con relación al rendimiento de la muestra y al servicio.

	Rendimiento satisfactorio	Rendimiento insatisfactorio	valor <i>p</i>
Pacientes	234	204	
Edad	46,8 (DS 16,3)	49,1 (DS 15,9)	
Premenopausia	113(48,3%)	81 (39,7%)	0,07
Perimenopausia	22 (9,4%)	14 (6,9%)	0,33
Menopausia	98 (41,9%)	109 (53,4%)	0,01
ACO	39 (16,7%)	26 (12,7%)	0,25
DIU	19 (8,1%)	4 (2%)	0,003
TRH	29 (12,4%)	23 (11,3%)	0,71
Factores de riesgo	42 (17,9%)	41 (20,1%)	
Promiscuidad	1 (0,5%)	1 (0,5%)	
Tabaquismo	37 (17,2%)	38 (20,9%)	
HPV	4 (1,9%)	5 (2,7%)	
Ca. Previo	2 (0,9%)	6 (3,3%)	
Herpes tipo II	0	0	
Primer Trimestre	102 (50,5%)	100 (49,5%)	0,25
Segundo Trimestre	132 (55,9%)	104 (44,1%)	0,25

Tabla 3. Resultados diagnósticos obtenidos.

	general n (%)	MF n (%)	ginecología n (%)	valor p
negativo	424 (96,8)	214 (97,7)	210 (95,9)	0,27
neg. c/ <i>Actinomyces</i>	3 (0,7)	1 (0,5)	2 (0,9)	
neg. c/ <i>Gardnerella</i>	2 (0,5)	1 (0,5)	1 (0,5)	
neg. c/ <i>Trichomonas</i>	6 (1,4)	3 (1,4)	3 (1,4)	
HPV	2 (0,5)		2 (0,9)	

toria clínica por su médico ginecólogo o de familia.

Se consideró en perimenopausia a todas las mujeres con irregularidades menstruales, climatérico positivo y edad acorde, y a aquéllas en cuya historia clínica figuraba el diagnóstico de perimenopausia.

RESULTADOS

Se revisaron 438 historias clínicas de pacientes, tomadas del listado de PAP que ingresan al servicio de patología, se tomaron todos los PAP hechos por médicos de familia, y el PAP consecutivo hecho por un ginecólogo, para control. En la tabla 1 se pueden evaluar las características generales de la población estudiada y la comparabilidad entre los dos grupos. Allí se observa que no existen diferencias significativas en la obtención de muestras satisfactorias por parte de los MF; y en la tabla 2 se puede analizar la población en relación al rendimiento de la muestra.

En la tabla 3 se describen los resultados diagnósticos obtenidos, en la muestra global y por grupo analizado. En tabla 4 se analiza la frecuencia de toma de muestra de PAP y la toma de muestra en mayores de 65 años.

DISCUSIÓN

El cáncer invasivo de cuello uterino, que continúa cobrando vidas, es una enfermedad previsible. El éxito del *screening* poblacional está en relación directa con dos aspectos. Uno es el porcentaje de la población blanco, a la cual se aplica y el otro la confiabilidad de las muestras. El rol del médico de familia, como puerta de entrada al sistema de salud, tiene la oportunidad de influenciar sobre los dos factores. Este trabajo pretende dar crédito al segundo aspecto, la confiabilidad de las muestras por parte de los médicos de familia.

Dentro de los factores que influenciaron el rendimiento de la muestra se encontró la menopausia y el DIU, siendo éste descartado para obtener conclusiones dado la escasa cantidad de pacientes con DIU.

Si bien no se encontraron diferencias en la obtención de muestras redituables de los médicos de familia con el servicio modelo, sólo el trabajo conjunto podrá permitir acercar *screening* confiables a toda la población.

Tabla 4. Papanicolaou previo por servicio.

	general n (%)	MF n (%)	ginecología n (%)	valor p
negativo	424 (96,8)	214 (97,7)	210 (95,9)	0,27
neg. c/ <i>Actinomyces</i>	3 (0,7)	1 (0,5)	2 (0,9)	
neg. c/ <i>Gardnerella</i>	2 (0,5)	1 (0,5)	1 (0,5)	
neg. c/ <i>Trichomonas</i>	6 (1,4)	3 (1,4)	3 (1,4)	
HPV	2 (0,5)		2 (0,9)	

CONCLUSIÓN

Las muestras de papanicolaou, obtenidas por médicos de familia, en esta institución son confiables para la lectura de sus resultados.

La utilización de esta práctica de *screening*, con relación a la población y frecuencia, es equiparable a la utilización por parte del servicio referente en esta institución.

El único factor asociado con el rendimiento de la muestra fue el estado hormonal «menopausia», coincidente con la bibliografía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Parker SL, Tong T, Bolden S, Wingo PA. Cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 1996;65:5-27
2. Brinton LA, Frammeni JF. Epidemiology of uterine cervical cancer. *J Chronic Dis* 1986;39:1051-68
3. Moscicki A, Palefsky JM, Gonzalez J, et al. The association between human papillomavirus, deoxyribonucleic acid status and the results of cytologic rescreening test in young, sexually active women. *Am J Obstet Gynecol* 1991;165:67-71
4. Carmichael JA, Maskens PD. Cervical dysplasia and human papillomavirus. *Am J Obstet Gynecol* 1989;160:916-8
5. Arbor A, et al. Changes in strategies for human papillomavirus genital disease. *American Family Physician* 1997;55
6. NIH Release Consensus Statement on Cervical Cancer. *Am Fam Phys* 1996;56
7. Lungu O, Sun XW, Felix J, et al. Relationship of human papillomavirus type to grade of CIN. *JAMA* 1992;267:2493-6
8. Slattery ML, Robinson LM, Shuman RL, et al. Cigarette smoking and exposure to passive smoke are risk factors for cervical cancer. *JAMA* 1989;261:1593-8
9. Brinton LA, Schairer C, Haenszel W, et al. Cigarette smoking and invasive cervical cancer. *JAMA* 1986;255:3265-9
10. Brinton LA, Juggin GR, Lehman HF, et al. Long-term use of oral contraceptives and risk of invasive cervical cancer. *Int J Cancer* 1986;38:339-44
11. Boring CC, Squires TS, Tong T. Cancer statistics. *CA. Cancer J Clin* 1992;42:13-38
12. Branoff R, et al. At family practice residency cervical screening proyect: perceived screening barriers. *Am Fam Phys.* 1997;29:19-23
13. U.S.Preventive services Task Force 1996. Report. *Am Fam Phys* 1997
14. Shy K et al. Papanicolaou smear screening interval and risk of cervical cancer. *Am J Obstet Gynecol* 1989;74:838-42
15. Taylor RR, Guerriere JP, Nash JD et al. Atypical cervical cytology using the Bethesda system. *J Reprod Med* 1993;38:443-50
16. Hamblin JE, Broch CD, Litchfield L, et al. Papanicolaou smear adequacy: effect of different techniques in specific fertility states. *J Fam Pract* 1985;20:257-60
17. Goroll AH, May LA, Mulley AG. *Prim Care Med*.1995