

Gaceta Médica de México

Volumen
Volume **139**

Número
Number **1**

Enero-Febrero
January-February **2003**

Artículo:

Carta al editor y noticias

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Academia Nacional de Medicina de México, A.C.

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Hedigraphic.com

"Reflexiones sobre el caso Bristol y la atención en México: retos y perspectivas"

Alberto Lifshitz*

Aunque el caso fue sonado, no mucha gente en México sabe que se generó una amplísima discusión ética y legal en torno a una alta mortalidad en niños (probablemente murieron más de 100) operados del corazón en el Bristol Royal Infirmary de Inglaterra entre 1995 y 1998. De esta discusión surgieron las recomendaciones que se analizan en el artículo en cuestión, en el que se aprovecha el caso para hacer una reflexión y una crítica sobre el ejercicio actual de la medicina en México. El tono pesimista no me parece, desde luego, gratuito. Coincido con casi todos los planteamientos y es evidente que se requiere una gran reflexión colectiva sobre la profesión médica en México.

Sin embargo, no comparto con el autor la idea de lo valiosas que pueden ser las normas oficiales mexicanas para regular procesos clínicos (diabetes, hipertensión, obesidad, etc.) en la medida que restringen el criterio y no permiten la flexibilidad que las situaciones clínicas exigen. Un marco de referencia para juzgar lo adecuado de las acciones clínicas puede convertirse en un instrumento legal para sancionar cualquier desviación a la que obligó la situación particular de un paciente. Me parece

que las normas oficiales tienen su lugar para regular procesos técnicos, como la esterilización, el procesamiento de ciertos insumos, etc. Me parece mejor la idea de elaborar guías clínicas que se ajusten más a las necesidades de los médicos aunque sean difíciles de desarrollar.

En cuanto a la falta de regulación, si ésta se entiende como la elaboración de leyes, normas y reglamentos, nuestra deficiencia no es tan grande. El problema es garantizar que se cumplan. Por ejemplo, el expendio de medicamentos del grupo IV con receta está perfectamente reglamentado, lo que pasa es que hacer cumplir con la ley en este aspecto es una tarea prácticamente imposible.

El autor pondera el modelo de educación humanista de Estados Unidos, lo cita como ejemplo a seguir y lamenta que no se dé suficientemente en nuestro país. Sin embargo, los indicios no parecen mostrar que la práctica clínica en aquel país sea la apropiada en términos de relación médico-paciente. El trabajo convoca a una serie de reflexiones que otros colegas podrían completar.

"Citología vaginal: la importancia de la zona de transformación y cómo obtener una muestra adecuada"

Carlos Manuel Ortíz-Mendoza**

Sr. Editor de la Gaceta Médica de México me atrevo a enviar algunas observaciones del artículo titulado "Citología vaginal: la importancia de la zona de transformación y cómo obtener una muestra adecuada" del Dr. José de Jesús Curiel-Valdés.¹

En el citado artículo se señaló que "la citología vaginal tiene una baja sensibilidad y especificidad". Esta frase me indica que para el autor la citología cervical-vaginal (CCV) es un estudio de utilidad dudosa, dado que al tener una baja sensibilidad y especificidad no es capaz de identificar en forma confiable la presencia del carcinoma cérvico-

uterino. Sin embargo, ¿en realidad la CCV es un procedimiento de poca validez? La respuesta contundente a esta pregunta se encuentra en hechos que se pueden corroborar fehacientemente, como son que la CCV logró disminuir sensiblemente la mortalidad por carcinoma cérvico-uterino invasor (mucho antes del Sistema Bethesda y no a partir de él como aseguró el Dr. Curiel-Valdés) en los Estados Unidos de América, Islandia y Finlandia en donde es una práctica recomendada,² y cuyo uso apoya la Organización Mundial de la Salud.³ Es cierto no es un estudio perfecto, pero a nivel internacional la sensibilidad

* Académico Titular.

** Oncólogo Cirujano, Hospital General Tacuba, ISSSTE.

conocida es de 75%, con una especificidad del 95% y con una frecuencia de falsos negativos de 5 hasta 50%,⁴ lo cual dependerá de una toma correcta de la muestra, de una adecuada fijación de la misma y de una interpretación idónea, como fue señalado. Dado que no es un estudio ideal, pues no existe, se han desarrollado otras técnicas para mejorar su precisión,⁵ sin embargo, no han logrado desplazar a la CCV. No hay que olvidar que gran parte del fracaso en la disminución en la mortalidad por carcinoma cérvico-uterino en nuestro país,⁶ y en la mayoría de las naciones en desarrollo,⁷ no sólo es debida a la incorrecta ejecución de la CCV sino a la cobertura inapropiada de la población en riesgo.

También se indicó que «en nuestro país el número de muestras inadecuadas, tanto en instituciones públicas como privadas, es de hasta 64%». El único estudio que analizó la calidad de las muestras de CCV es el de Lazcano-Ponce y colaboradores⁶ efectuado sólo en instituciones públicas. No conozco un sólo artículo de revista indexada que haya examinado la calidad de las CCV en muestras tomadas en el ámbito privado, por lo que es indispensable fundamentar correctamente todas las aseveraciones realizadas.

Se comentó que "en la primera etapa el concepto era citología exfoliativa, es decir, recoger las células ya desprendidas; sólo había dos instrumentos para la toma, el hisopo y la espátula". Aquí el Dr. Curiel-Valdés olvidó la historia y la trascendencia del trabajo del Dr. George Papanicolaou⁸ que describió la toma de la citología con pipeta y una perilla de goma, como fue reconocido en México desde la década de los cuarenta.⁹

Se señaló que "sólo en un artículo se aplican algunas estrategias para corregir las deficiencias en la realización de la CCV" y que "en la mayor parte de los estudios no se hace suficiente énfasis en que el objetivo, en una CCV, es obtener la muestra de la zona de transformación". A este respecto es indispensable hacer una búsqueda exhaustiva en las fuentes de información nacionales e internacionales para poder afirmar lo anterior. Téllez-Márquez,¹⁰ Olivas-Mendoza¹¹ y Montes-Sánchez,¹² en nuestro país, han publicado recomendaciones para la ejecución, el tipo de bio-colector necesario para toma de la CCV y la importancia de la zona de transformación. En la literatura internacional existen múltiples recomendaciones en la ejecución de la CCV en las que se toma cuidado, espacio y tiempo en realzar la trascendencia de la correcta ejecución y enfatizan la importancia de la zona de transformación.¹³⁻²⁴

En el artículo se hizo hincapié en que "en nuestro país la mayor parte de los estudios citológicos, tanto privados como institucionales, son tomados por personal no médico (técnicos de laboratorio, enfermeras químicos)". Con lo que se da a entender que sólo el personal médico es el idóneo para una correcta toma de la CCV. En el trabajo de

Arillo-Santillán y colaboradores²⁵ realizado en un grupo de profesionales de la salud de nuestro país, entre ellos médicos, se hace constancia que los conocimientos de dicho personal sobre el tamiz del cáncer cérvico-uterino se encuentra por abajo de lo que se considera básico. Lo que es verdaderamente trascendente en la toma de la CCV es la experiencia del personal que lo efectúa, consecuencia de que ha sido correctamente entrenado en el procedimiento y en la anatomía del cérvix, sin importar si es enfermera o médico como lo demostraron Montes-Sánchez¹² en nuestro país y diversos autores a nivel internacional.^{5,13,18,20,23,24} En México en donde el carcinoma cérvico-uterino es aún la primera causa de muerte por neoplasias en mujeres²⁶ es deseable que todos los médicos sean expertos en la toma de la CCV, sin embargo, solo será un hecho mediante la educación continua tanto en pregrado como en postgrado.

En el cuadro I se refirió al trabajo de Matsua, y en el cuadro II al trabajo de Olivas, sin embargo, ambos autores no se encuentran dentro del listado de referencias bibliográficas.

En las referencias del artículo evaluado se encuentra una observación personal del autor, la número 22; en la número 8 no se mencionó la revista que aceptó el trabajo en prensa, y la referencia número 21 en ninguna parte del texto es señalada según la reunión de Vancouver, y las instrucciones para los autores de múltiples revistas nacionales, las comunicaciones y observaciones personales no deben ser referencias bibliográficas. También es indispensable señalar que dentro de las instrucciones para los autores de la Gaceta Médica de México se indica a la letra que: se recomienda para los artículos de revisión que el número de referencias no sea menor a 50 citas.

Ensuma, a pesar de que el trabajo del Dr. Curiel-Valdés es un esfuerzo loable para mejorar la calidad en la ejecución de la CCV, que ilustra la importancia de la zona de transformación, y describe la utilidad de los bio-colectores más importantes no realizó una búsqueda profunda de la información acerca de cómo se debe efectuar la CCV, sus referencias son escasas, en algunos casos inapropiadas, y sus conclusiones aunque correctas no son una novedad.

Referencias

1. Curiel-Valdés JJ. Citología vaginal: la importancia de la zona de transformación y cómo obtener una muestra adecuada Gac Med Mex:2002;138:259-65.
2. Rimer BK, Schildkraut J, Hiatt RA. Cancer screening. In: DeVita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA, editors: cancer. Principles and practice of oncology. 6th. edition Lippincott Williams and Wilkins 2001:627-40.
3. World Health Organization Control of cancer of the cervix uteri. Bull WHO 1986;64:607-618.
4. Fahey MT, Irwig L, MacCaskill P. Meta-analysis of Pap test accuracy. Am J Epidemiol 1995;141:680-9.

5. **Spitzer M.** Cervical screening adjuncts: recent advances. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179:544-56.
6. **Lazcano-Ponce E, Alonso de Ruiz P, López CL Hernández AM.** Quality control study on negative gynecological citology in Mexico. *Diag Cytopathol* 1994;10:10-14.
7. **Eluf-Neto J, Ramalho NCM.** Cervical cancer in Latin America. *Semin Oncol* 2001;28:188-97.
8. **Papanicolaou G, Traut HF.** The diagnostic value of vaginal smears in carcinoma of the uterus. *Am J Obstet Gynecol* 1941;42:193-206. Reimpreso: *Arch Pathol Lib Med* 1997;121: 211-24.
9. **Arzac JP.** Valor de la citología de descamación vaginal en el diagnóstico de la fisiología ovárica y del cáncer uterino. *Ginec Obst Mex* 1946;2:107-16. Reimpreso: *Ginec Obst Mex* 2001;69:453-60.
10. **Téllez-Márquez A.** Citología cervicovaginal. *Rev Mex Patol Clin* 2000;47:117-9.
11. **Montes-Sánchez G, Sierra-López L, Mejía-Mejía J, Camon-na-González E.** Eficacia del cepillo cervical en obtención de muestra endocervical en comparación con el abatelenguas. *Ginec Obst Mex* 1997;65:305-9.
12. **Olivas-Mendoza G, Aldana-Bustamante A, Delgado-Morales M, Gándara-Acosta V.** Citología cervical: hallazgos dependientes del biocolector. *Ginec Obst Mex*: 1997;65:515-9.
13. **Koss LG.** The Papanicolaou test for cervical cancer detection: a triumph and a tragedy. *JAMA* 1989;261:737-43.
14. Institute for clinical system integration. Cervical cancer screening. *Postgrad Med* 1997;102:185-94.
15. **Sawaya GF, Brown AD, Washington AE, Garber AM.** Current approaches to cervical cancer screening. *N Engl J Med* 2001;344:1603-7.
16. Canadian Society of Cytology. The adequacy of the Papanicolaou smear. *CMAJ* 1994;150:25-6.
17. **Martin-Hirsch P, Lilford R, Jarvis G, Kitchener.** Efficacy of cervical-smear collection devices: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 1999;354:1763-70.
18. **Stack PS.** Pap smears: still a reliable screening tool for cervical cancer. *Postgrad Med* 1997;101:207-14.
19. **Grohs DH.** Challenges in cervical cancer screening: what clinicians, patients and the general public need to know. *Acta Cytol* 1996;40:133-7.
20. **McGoogan E, Colgan TJ, Ramzy I y cols.** Cell preparation methods and criteria for sample adequacy: IAC task force summary. *Acta Cytol* 1998;42:25-32.
21. **Woodman CBJ, Yates M, Ward K y cols.** Indicators of effective cytological sampling of the uterine cervix. *Lancet* 1989;2:88-90.
22. **Austin RM, McLendon WW.** The Papanicolaou smear: medicine's most successful cancer screening procedure is threatened *JAMA* 1997;277:75-5.
23. **Greer BE.** The gynecologist's perspective of liability and quality issues with the Papanicolaou smear. *Arch Pathol Lib Med* 1997;121:246-9.
24. **Cannistra S, Niloff JM.** Cancer of the uterine cervix. *N Engl J Med* 1996;334:1030-8.
25. **Arillo-Santillán E, Lazcano-Ponce E, Peric M y cols.** El conocimiento de profesionales de la salud sobre la prevención del cáncer cervical: alternativas de educación médica. *Salud Pub Mex* 2000;42:34-42.
26. **De la Garza JG, Ramírez LJ, Solorza G, Juárez P, Aguilar JL, Mota A.** Cáncer cérvico-uterino. *Gac Méd Méx* 2000;136 (Supl 3):s65-8.

