

11217

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

87

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

I.S.S.S.T.E.

**EPIDEMIOLOGIA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN LA
POBLACION ADSCRITA AL HOSPITAL REGIONAL
GENERAL IGNACIO ZARAGOZA EN EL PERIODO
DEL 1º. DE JULIO DE 1997 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1998.**

200420

T E S I S P R O F E S I O N A L

PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE :

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

DR. CARLOS MORALES GARCIA.

**DIRECTOR DE TESIS DR. DIONISIO PARRA ROLDAN
ASESOR DE TESIS DR JUAN MIRANDA MURILLO**

México, D.F. 

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



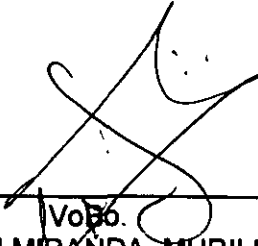
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

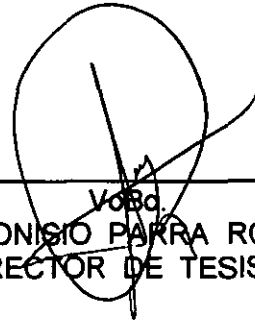
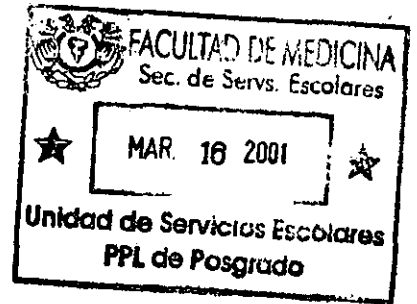
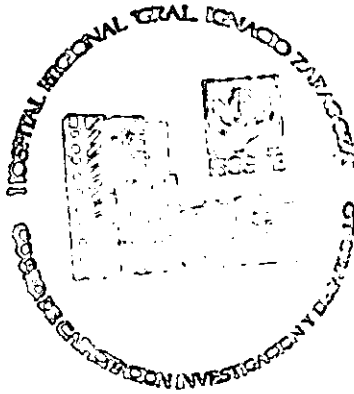
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

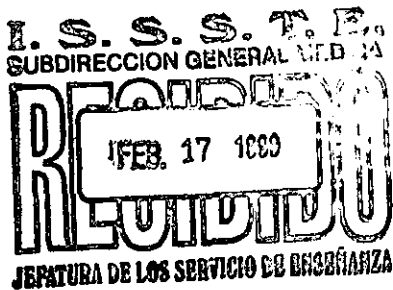
AUTORIZACIONES

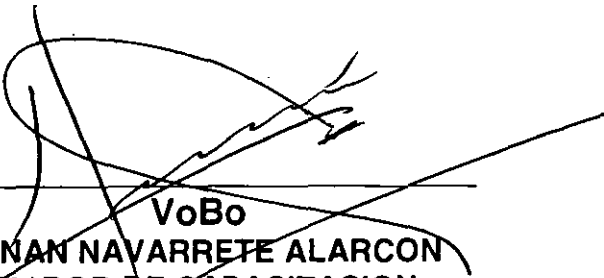


Vobd.
DR. JUAN MIRANDA MURILLO
COORDINADOR DE GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL
GENERAL IGNACIO ZARAGOZA
Y ASESOR DE TESIS.



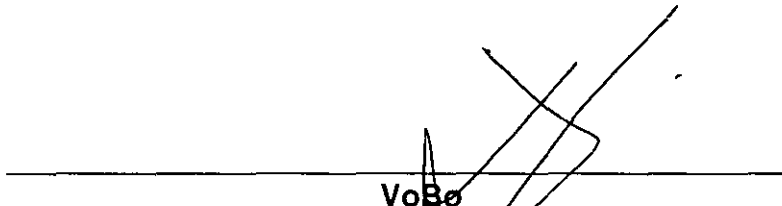
Vobd.
DR. DIONISIO PARRA ROLDAN
DIRECTOR DE TESIS.





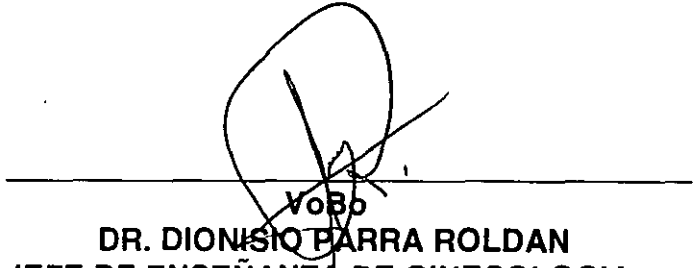
VoBo

DR. HERNAN NAVARRETE ALARCON
COORDINADOR DE CAPACITACION
INVESTIGACION Y DESARROLLO DEL
HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO
ZARAGOZA"



VoBo

DRA. MARIA DE LOURDES ROMERO HERNANDEZ
JEFE DE INVESTIGACION DEL HOSPITAL
REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"



VoBo

DR. DIONISIO PARRA ROLDAN
JEFE DE ENSEÑANZA DE GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA

INDICE

RESUMEN.....	01
INTRODUCCION.....	03
HISTORIA Y FACTORES DE RIESGO.....	04
ETAPAS DE LA INFECCION POR VPH.....	05
MANIFESTACIONES CLINICAS DEL VPH.....	06
PIRAMIDE DE EDADES DE IZTAPALAPA.....	07
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	08
HIPOTESIS.....	09
OBJETIVOS.....	10
JUSTIFICACION.....	11
MATERIAL Y METODOS.....	12
ANÁLISIS.....	28
CONCLUSIONES.....	29
COMENTARIO.....	30
PROPUESTA.....	31
BIBLIOGRAFIA.....	32

A mis profesores :

**Por su enseñanza e interés
para mi formación como especialista
en Ginecología y obstetricia.**

Gracias.

A mi Familia:

Que siempre he contado con su apoyo
en mi desarrollo personal.

A mi Hijo:

Por el tiempo que no he podido dedicarle,
en mi formación como especialista.

Gracias.

RESUMEN

El objetivo es conocer la epidemiología del virus del papiloma humano, realizando un estudio retrospectivo en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, en el periodo de julio de 1997 a diciembre de 1998.

Se revisaron por grupo etario y por clínica de envío a 19,804 citologías, se incluyeron a todas las pacientes con reporte de VPH y su asociación a otras citologías, se reportaron 567 citologías positivas a VPH.

Como fuente de información se utilizó la hoja de citología ginecológica que contiene los siguientes datos: Nombre, edad, antecedentes gineco-obstétricos, menarca, inicio de vida sexual activa, número de embarazos, uso de anticonceptivos.

De las pacientes que permanecieron en la clínica de displasias fueron 122, el grupo de riesgo en nuestra población femenina, con VPH positivo se encontró en el rango de 20 a 44 años.

La incidencia fue de 10.4 % y la prevalencia de 17.3 %, en el periodo de 1997 y en 1998 se encontró de 10.2 % y 17.0 % respectivamente.

Se enviaron 33 pacientes al servicio de Colposcopia a CMN 20 Noviembre.

En el grupo de estudio la asociación del VPH con otras patologías concomitantes que se encontraron fueron dos casos con HIV, que representó el 1.2% del total de las pacientes, los casos de CaCu fueron 4 (2 con Ca in situ y 2 con Ca epidermoide), que representó el 2.5% de las pacientes.

Se reportaron 6 casos de Chlamydia trachomatis que representó el 3.8%. Con displasia severa 2 casos representando el 1.2%.

Cumplimos los objetivos planteados y aportamos datos epidemiológicos, incluyendo una guía para la valoración de riesgo en clínica de displasias.

SUMMARY

The purpose is know the epidemiologic of human papillomavirus through retrospective study,in the General Ignacio Zaragoza Hospital during the period between July of 1997 to December of 1998.

Information from 19,804 gynecological cytologies reported was studied. We included all women with cytologies positives to VPH and the association with other lesions in the female genital tract. 567 cytologies positives to VPH was reported.

The information was collected for the gynecological cytologies test, what included: name, age, menarche, iniciaton of active sex life, number births, oral contraceptive use.

122 women was studied in the dysplasias clinic, with VPH positive, who ranged in age from 20 to 44 years.

The cumulativa HPV prevalence was 17,3% during the period of 1997 and of 17% in 1998 the incidence was 10,4% and 10,2% in the period especificied.

33 patients was referred to the colposcopy clinics at CMN 20 November.

Of the group in study and the association with other lesiones in the female genital tract, were detected 2 cases with HIV-serpositivos was 1,2% of the population, with cervical cancer confirmed 4 cases and representing 2,5% of the patients evaluated, 6 cases with Chlamydia representing 3,8%, with cervical intraepitelial neoplasia of high-grade 2 cases and representing 1,2%.

We carry the objetives in the study, we gave epidemiological information, to include one guide for the valuation risk in the dysplasias clinic.

INTRODUCCION

La infección por el virus del papiloma humano es la más frecuente de las enfermedades de transmisión sexual, debido quizá a la información actual de la patología donde la conducta sexual ha sido más explícita. Se considera que el 2% de todas las mujeres en edad fértil tienen VPH, de ellas el 30% con actividad sexual tienen el virus, del 25 a 65% de las personas que han tenido contacto sexual con personas infectadas la adquieren, del 60 a 80% de los infectados con condilomas anales, informan una relación anogenital. (16)

La edad más frecuente en que se presentan los condilomas es entre los 16 y los 25 años, con predominio en mujeres blancas en relación con negras de 2:1, en los hombres no hay diferencias. El intervalo entre la exposición y la detección de condilomas varía de 3 semanas a 8 meses con una media de 3 meses. Al parecer, los condilomas acuminados afectan a ambos sexos, en tanto que el papiloma plano rara vez da origen al condiloma florido en el hombre, la piel del pene parece menos susceptible a la aparición de la neoplasia intraepitelial, a diferencia de la zona de transformación cervical (ZT), que puede llegar a evolucionar a carcinoma.(16)

Las estadísticas actuales consideran una tasa anual de 100 por 100,000 personas infectadas, la incidencia de las verrugas genitales es por que su frecuencia se compara con dos neoplasias malignas: el cáncer mamario femenino y el cáncer pulmonar masculino. Tal grado de incidencia puede traducirse en un riesgo acumulativo de toda la vida que llega a 10%. El ritmo de regresión espontánea en la mujer ocurre, 30% de tres a seis meses, una verruga raramente dura más de 5 años, por lo que se puede considerar que la historia natural de la enfermedad y el poder oncogenico del VPH son impredecibles.(20)

Actualmente los VPH han sido reconocidos como agentes implicados en la génesis de diversos cánceres en humanos, particularmente en los del cérvix, la región anogenital, algunos de la piel, las vías respiratorias altas y el tracto digestivo. El cáncer cérvico-uterino (CACU) es uno de los principales problemas de salud pública en México. La tasa de mortalidad nacional por CACU en 1993 se estimó en 9.7 por 100,000 mujeres y representaron 4,369 muertes. Cada año se registran aproximadamente 400 muertes de CACU en la Ciudad de México. (21)

HISTORIA

La primera descripción de las verrugas se encuentra en los escritos de Celso (25 DC), en 1793, Bell reconoció que no estaban relacionadas con sífilis; el origen viral de las verrugas lo postuló Ciuffo en 1907, Nahtz en 1920 hacia mención al virus y Strauss en 1949 lo identifico. La transmisión sexual de las verrugas fue afirmada en 1945 por Barret. En 1956, Hoss y Durfee acuñaron el término "atipia coilocítica". Papanicolau fue el primero en descubrir células originadas a partir de las verrugas, con el termino de "halo perinuclear" en 1960. Almeida en 1969 señalo la heterogeneidad de los tipos de VPH y Meisels postulo al coilocito en la citología exfoliativa como patognomónico de infección de VPH. En 1976; en ese año se estableció la heterogeneidad genética de los papilomas, lo que condujo a Gissman, Pfiter y Zur Hausen a identificar cuatro tipos de HPV diferentes en 1977. En 1983 ocurrió un suceso importante que relacionó al VPH con cáncer, cuando Duster identificó ácido desoxirribonucleico (DNA) de VPH en cánceres cervicales.

(16)

FACTORES DE RIESGO

Los factores asociados en forma más consistente son: el inicio de vida sexual a temprana edad, múltiples compañeros sexuales, la autoinoculación. Los pacientes en quienes se practicó el aloinjerto renal tienen un mayor riesgo de condilomas ya que sufren inmunodepresión al igual que los infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. El embarazo ejerce una inmunosupresión transitoria. El uso prolongado de anticonceptivos orales también incrementa el riesgo de verrugas genitales ya que se ha observado por su uso prolongado una mayor exposición del epitelio cervical por eversión glandular permitiendo una mayor exposición a la infección por VPH. Entre otros factores asociados se encuentra el tabaquismo y el nivel socioeconómico bajo. (20)

FASES DE LA HISTOLOGIA NATURAL DE LA INFECCION POR HPV

ETAPA DE INCUBACION

En esta fase el HPV penetra en las células del estrato basal del epitelio que se encuentra expuesto a una serie de traumatismos y llega hasta el núcleo de la célula donde se establece y produce colonizaciones. En esta etapa el HPV solo podrá ser descubierto por técnicas de hibridación. El virus permanece en las células del epitelio sin dar manifestaciones subclínicas o clínicas de infección conociéndose esta etapa como LATENTE y dura de 4 semanas a 8 meses. (19)

ETAPA SUBCLINICA

En esta etapa el VPH se encuentra en las capas superficiales del epitelio causando alteraciones de proliferación e hiperplasia epitelial así como lesiones celulares. Su detección se logra solamente con las pruebas de citología o por colposcopia. A través de la colposcopia se han detectado dos formas de HPV en el tracto genital bajo, la forma exofítica y la forma plana. Entre la forma exofítica se encuentra el condiloma acuminado, propiamente dicho o macropapilar, el espiculado o papilar y las formas acuminadas difusas o micropapilares. Las lesiones planas pueden presentar imagen de mosaico o base. Cuando se localizan en la zona de transformación, son casi siempre benignas. (19)

La infección subclínica puede permanecer de 3 a 9 meses como tal, o puede experimentar regresión espontánea en presencia de una buena respuesta inmunológica del huésped o puede avanzar hacia la infección clínica. Por influencia de cofactores puede sufrir transformación neoplásica o enfermedad persistente o recidivante. (19)

ETAPA CLINICA

Son las lesiones que aparecen a simple vista como ejemplo el condiloma acuminado y las lesiones de neoplasia cervical intraepitelial en etapas avanzadas con destrucción del epitelio cervical. Las manifestaciones clínicas del virus varían dependiendo del sitio, huésped y tipo de virus. (19)

MANIFESTACIONES CLINICAS DEL VPH.

Los tipos de papilomas son enumerados de acuerdo al orden de su descubrimiento. Los tipos comunes de provocar enfermedad son 6,11,16,18,31,33,35,39,42,43,44,45,51,52,56,58, y 61 se detectan en condilomas planos y lesiones de CIN grado 1. Los virus 6 y 11 se consideran de bajo riesgo a menudo involucionan y solo en instancias raras progresan a cáncer invasivo. (20)

Otros tipos de VPH que se han encontrado más a menudo en cáncer invasor son 16,18,31,33,35,39,45,51,52 y 56. Los virus 31 y 33 se consideran de riesgo intermedio. Ocurren atipias nucleares en todas las capas de estas displasias más graves y se observan mitosis anormales. Los virus 16 y 18 se consideran de alto riesgo. Sólo un subgrupo de estos tipos de VPH (16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58 y 61). Prevalecen en las lesiones de CIN grado 2 y 3.

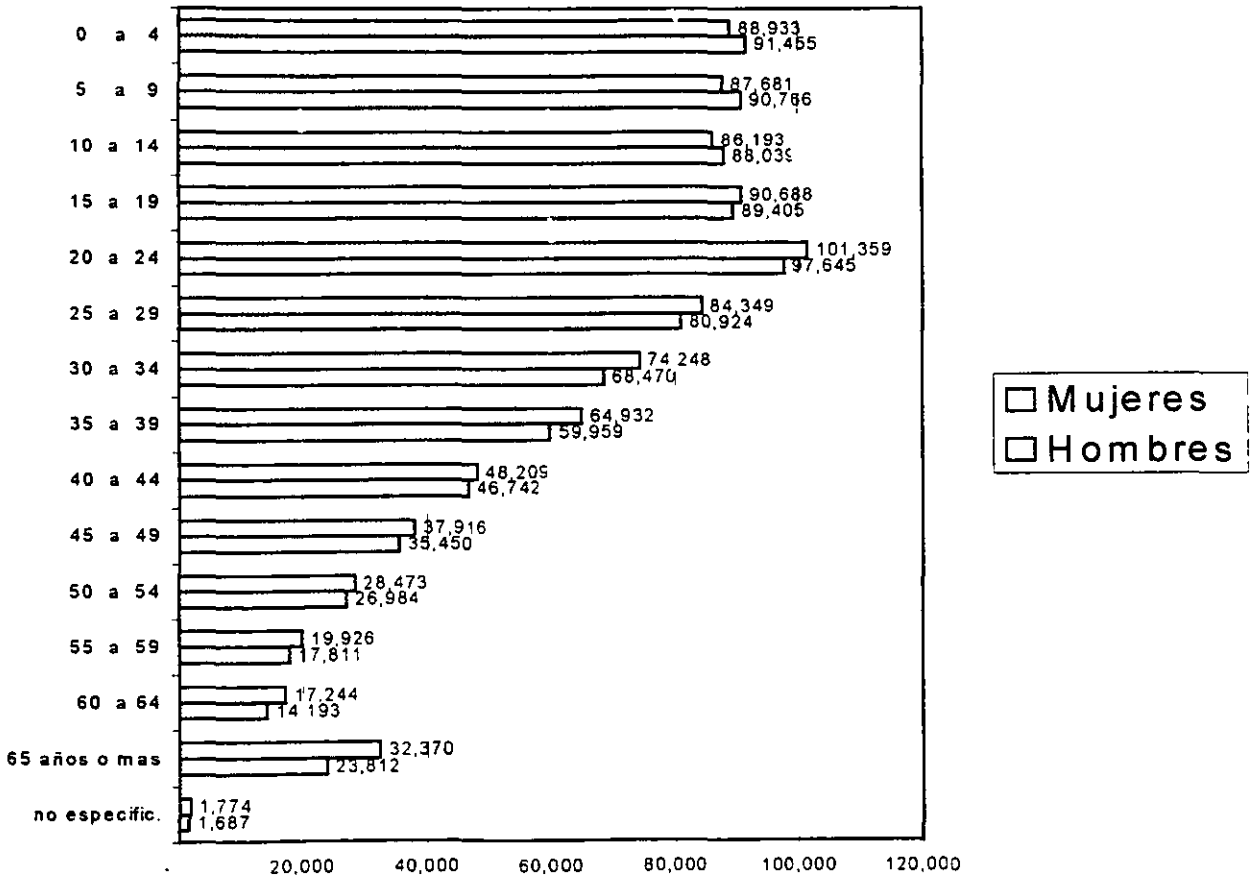
El tiempo de evolución de de las lesiones que progresan de CIN I a CIN III , y de éstas a carcinoma invasor es muy variable generalmente de 10 a 20 años,siendo la edad promedio de las mujeres que presentan CIN I y carcinoma invasor de 25 a 50 años. (20)

Es importante tener en cuenta que nuestra delegación Oriente no es una simple demarcación geográfica o administrativa, en ella se encuentran mujeres, hombres, niños y ancianos que conforman una sociedad con problemas y soluciones propias. (22)

Su población en 1995 fue de 1,696,609 habitantes, que representa el 20.0 % de la población total del D.F. (22)

En la gráfica se muestra la población de Iztapalapa dividida por sexo de 1950 a 1990 donde la proporción de mujeres es de 51% y la edad reproductiva se encuentra de los 14 a los 40 años y los hombres representan el 49%. (22)

PIRAMIDE DE EDADES DE IZTAPALAPA 1995



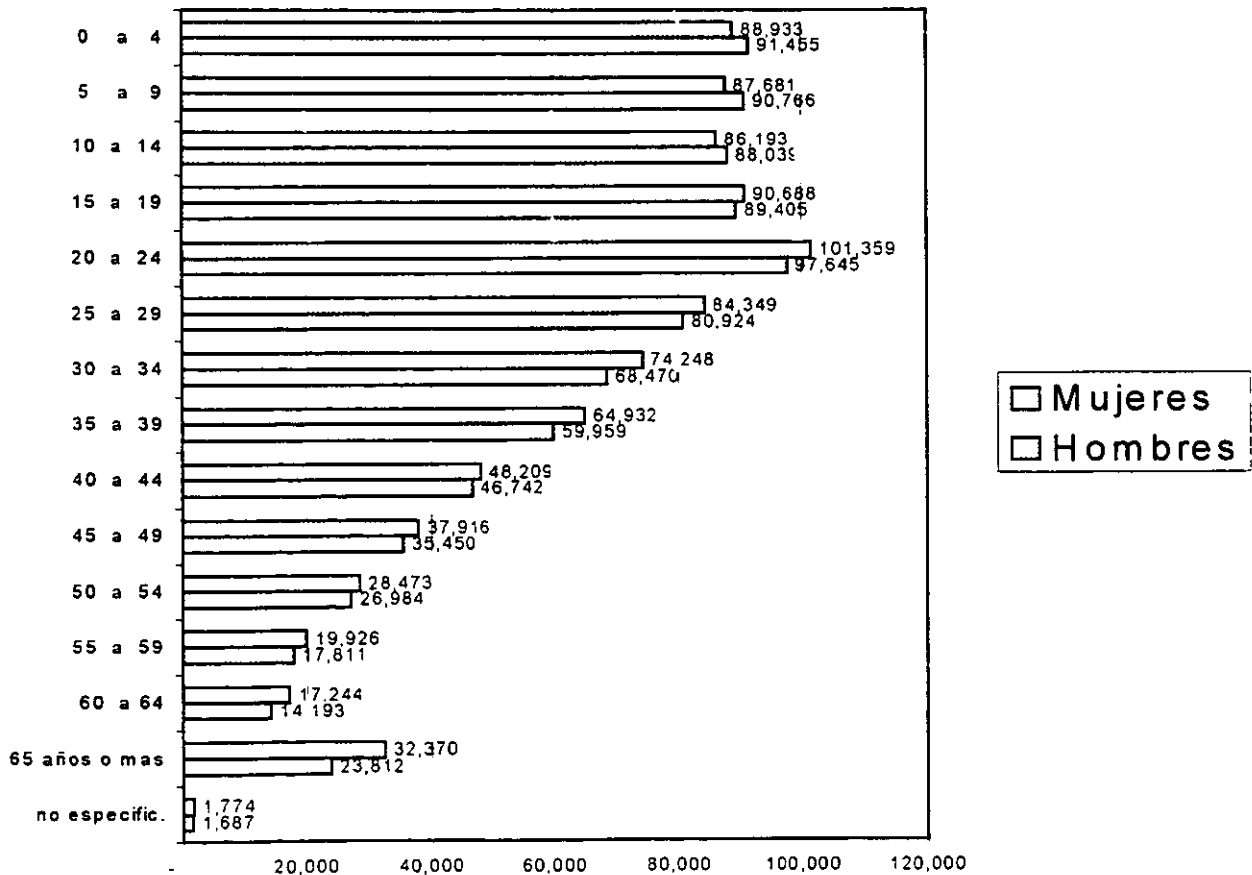
INEGI 1995

Es importante tener en cuenta que nuestra delegación Oriente no es una simple demarcación geográfica o administrativa, en ella se encuentran mujeres, hombres, niños y ancianos que conforman una sociedad con problemas y soluciones propias. (22)

Su población en 1995 fue de 1,696,609 habitantes, que representa el 20.0 % de la población total del D.F. (22)

En la gráfica se muestra la población de Iztapalapa dividida por sexo de 1950 a 1990 donde la proporción de mujeres es de 51% y la edad reproductiva se encuentra de los 14 a los 40 años y los hombres representan el 49%. (22)

PIRAMIDE DE EDADES DE IZTAPALAPA 1995



INEGI 1995

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Determinar la epidemiología de las pacientes infectadas con el virus de papiloma humano, diagnosticadas por citología cervicovaginal en la población femenina de la delegación oriente.

HIPOTESIS

El numero de citologias cervicovaginales reportadas como positivas a VPH es alto en el servicio de citología del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza.

Por lo tanto es importante conocer los determinantes a esta patología, para realizar una metodología sistematizada y establecer rutas criticas de estudio y tratamiento epidemiológico.

OBJETIVOS

Generales:

- 1. Conocer la incidencia y prevalencia del VPH en la población femenina de la delegación oriente.**
- 2. Proponer protocolo de estudio y tratamiento en las pacientes con VPH positivo**
- 3. Determinar factores de riesgo para VPH**

JUSTIFICACION

Es importante que se cuente con un protocolo de estudio en nuestra clínica de displasias, para las pacientes con virus del papiloma humano, ya que esto es un problema de salud pública y por lo tanto difundir una mejor información a la población de los factores de riesgo para disminuir su incidencia.

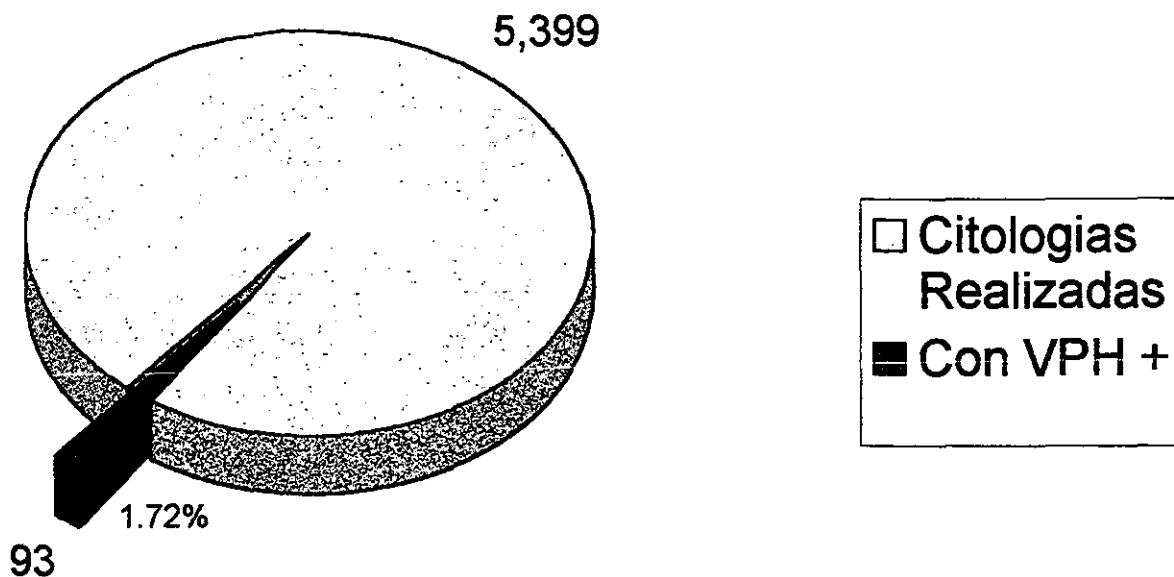
MATERIAL Y METODOS

Se realizo un estudio retrospectivo de casos positivos a VPH de las pacientes enviadas de su unidad medico familiar a la clínica de displasias del HRGIZ, así como a las pacientes enviadas al CMN 20 de Noviembre al servicio de colposcopia, durante el periodo de Julio de 1997 a Diciembre de 1998.

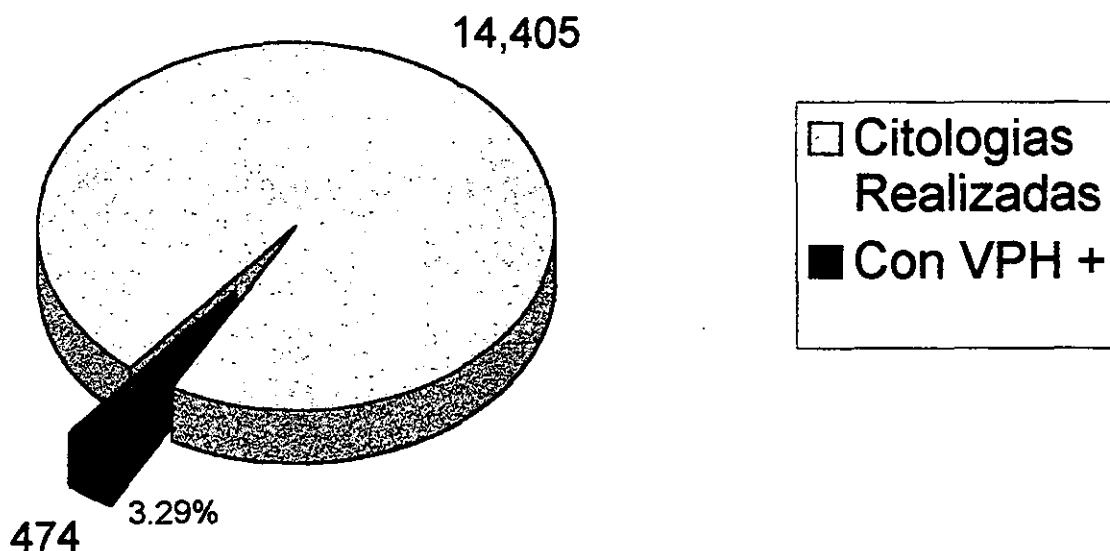
Como fuente de información se utilizó la hoja de citología ginecológica que contiene los siguientes datos: nombre, edad, antecedentes gineco-obstétricos (menarca, inicio de vida sexual activa, número de embarazos, uso de anticonceptivos). Se revisaron por grupo etario y por clínica de envío 19,804 citologías. Se incluyeron a todas las pacientes con reporte de VPH y su asociación con otras patologías, se reportaron 567 citologías positivas a VPH.

Posteriormente se acudió a archivo donde se analizaron los expedientes para obtener información. Se incluyeron las pacientes enviadas al servicio de colposcopia del CMN 20 de Nov. Se excluyeron a las pacientes que no se contaba con expediente en archivo o no se enviaron de su unidad medica a la clínica de displasias, o pacientes que en estudio posterior no se demostró VPH.

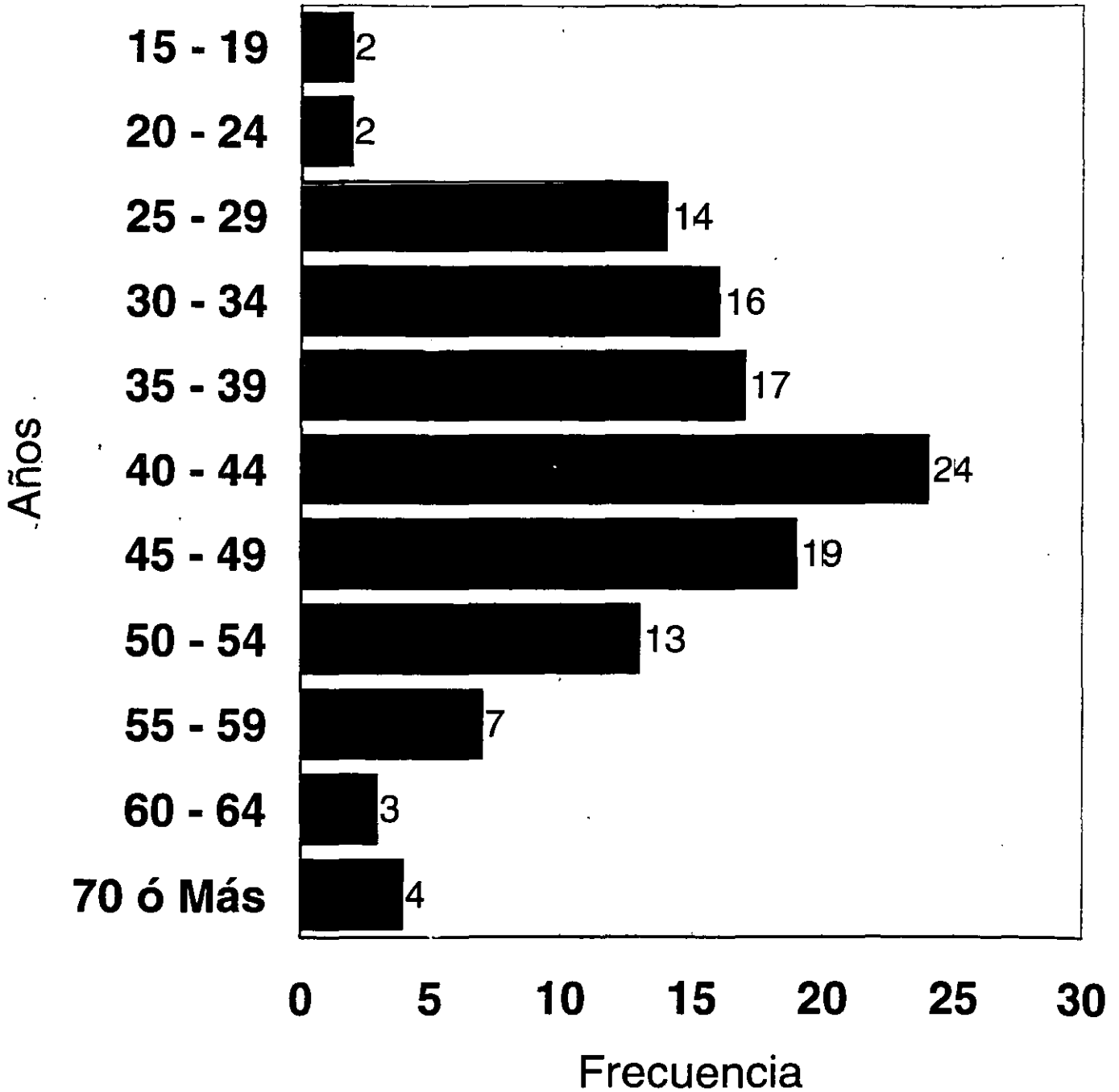
Citologías Realizadas de Jul a Dic 1997 En el Hospital regional Ignacio Zaragoza



Citologías Realizadas de Ene a Dic 1998 En el Hospital regional Ignacio Zaragoza



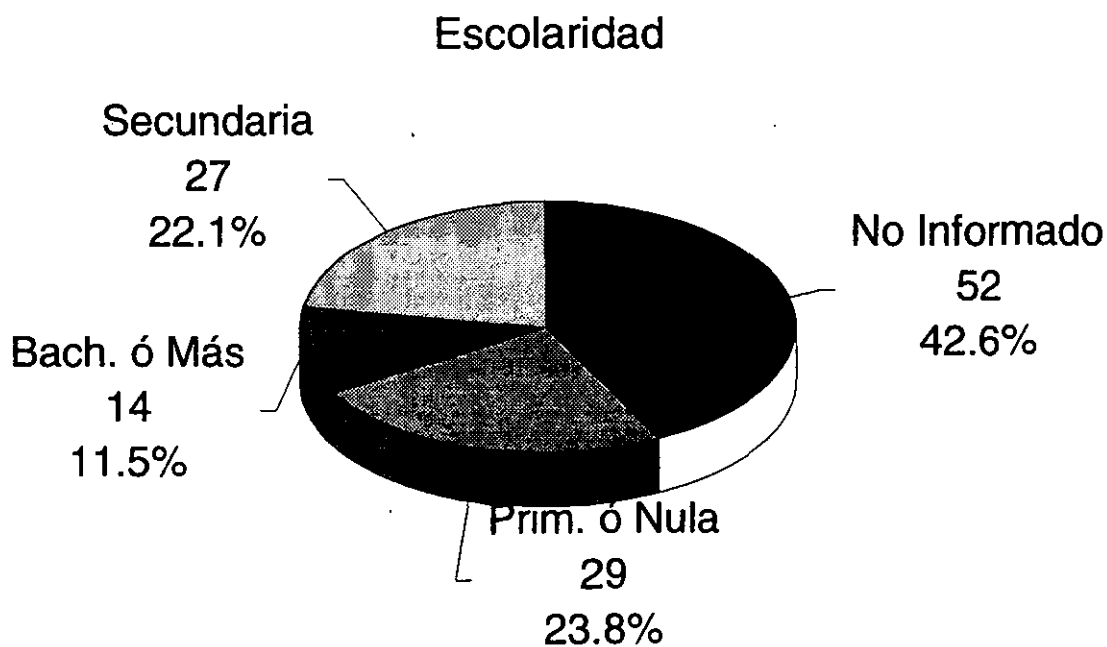
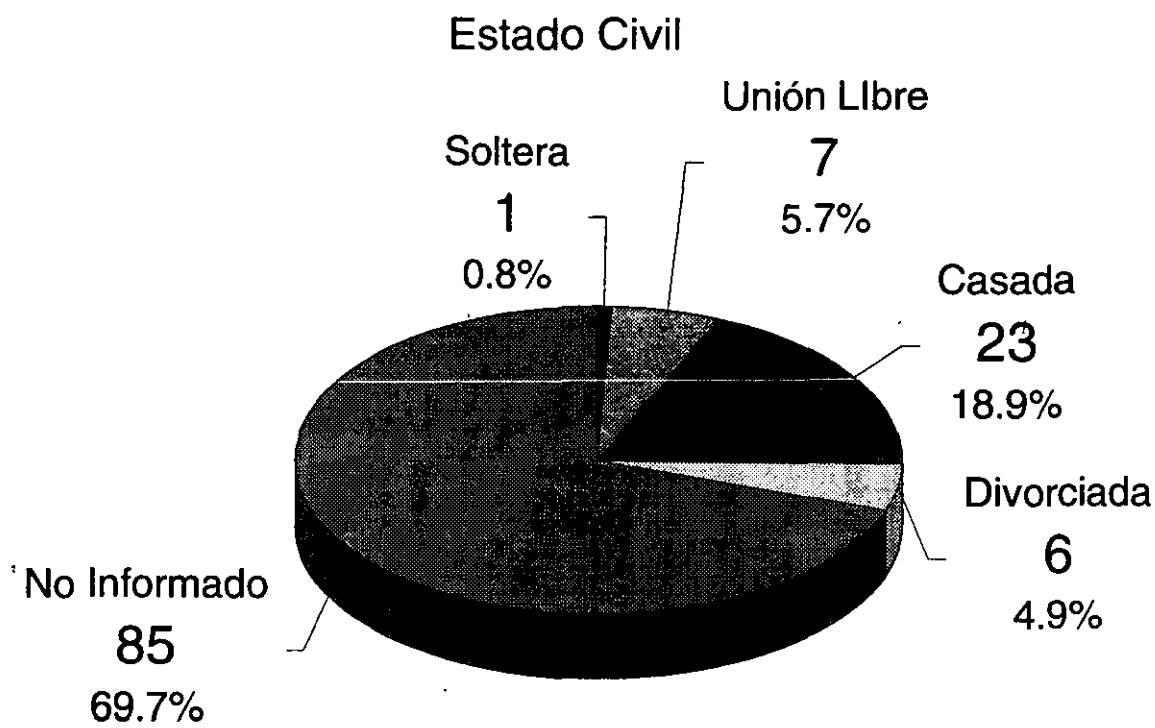
**Epidemiología del VPH
en la Población Adscrita al HR I. Zaragoza
Grupos Etarios**



Total de Casos: 122

Epidemiología del VPH en la Población Adscrita al HR I. Zaragoza

Factores de Riesgo

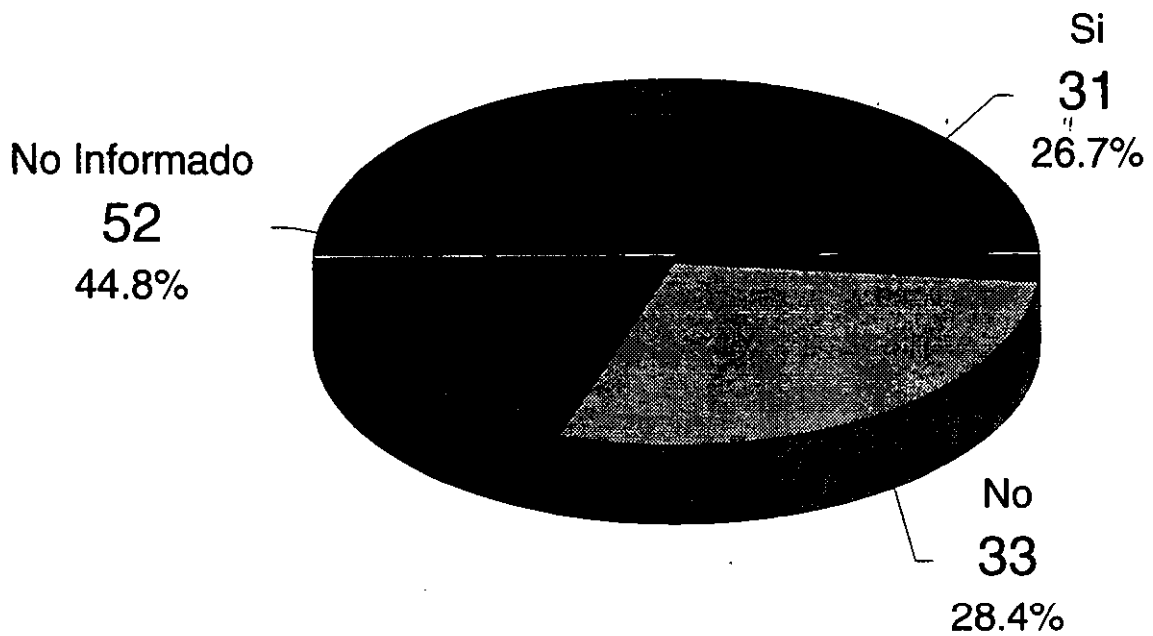


122 Pacientes

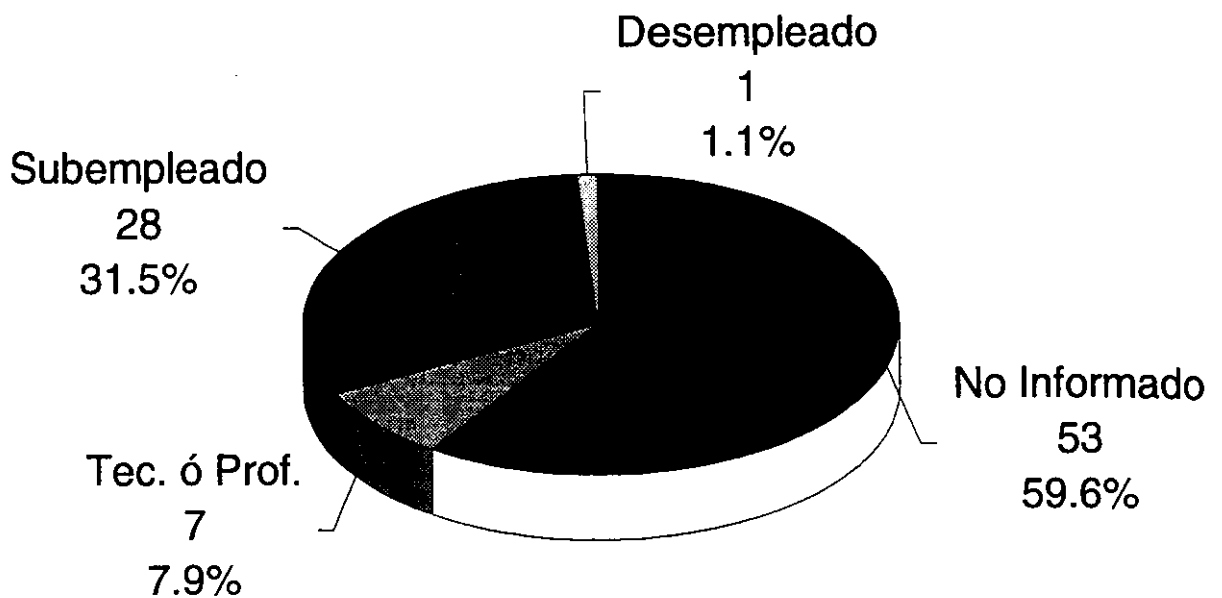
Epidemiología del VPH en la Población Adscrita al HR I. Zaragoza

Factores de Riesgo

Tabaquismo

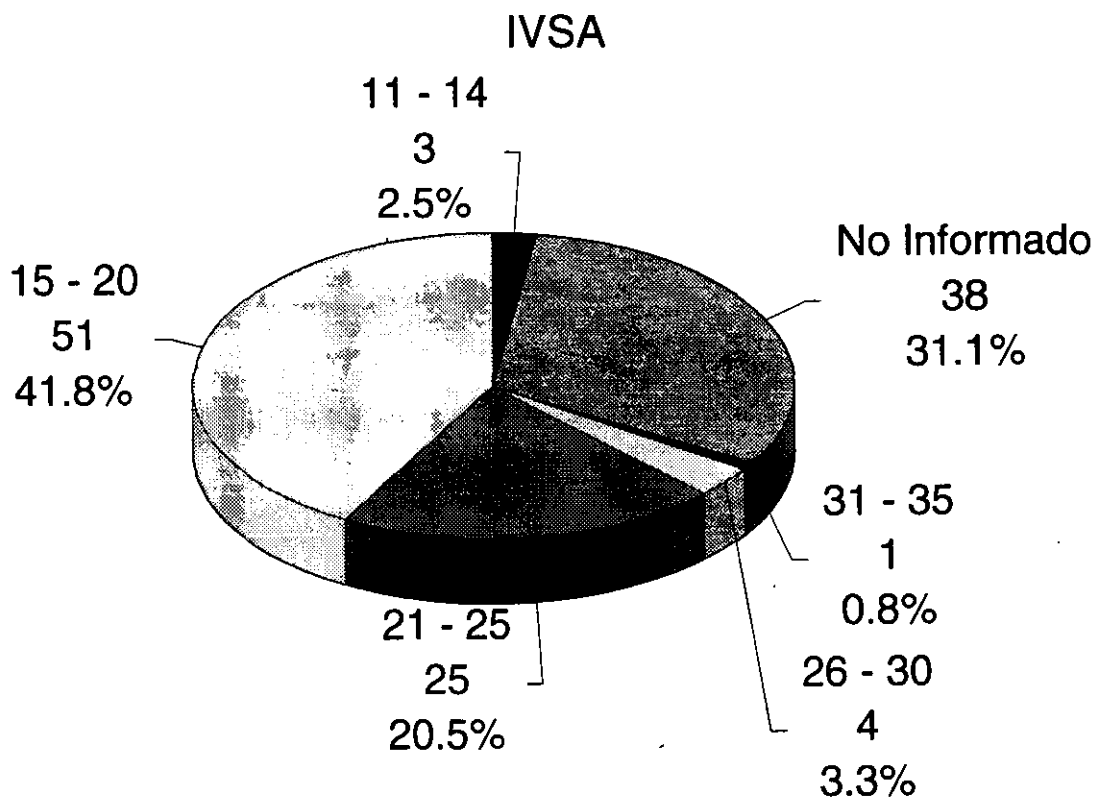
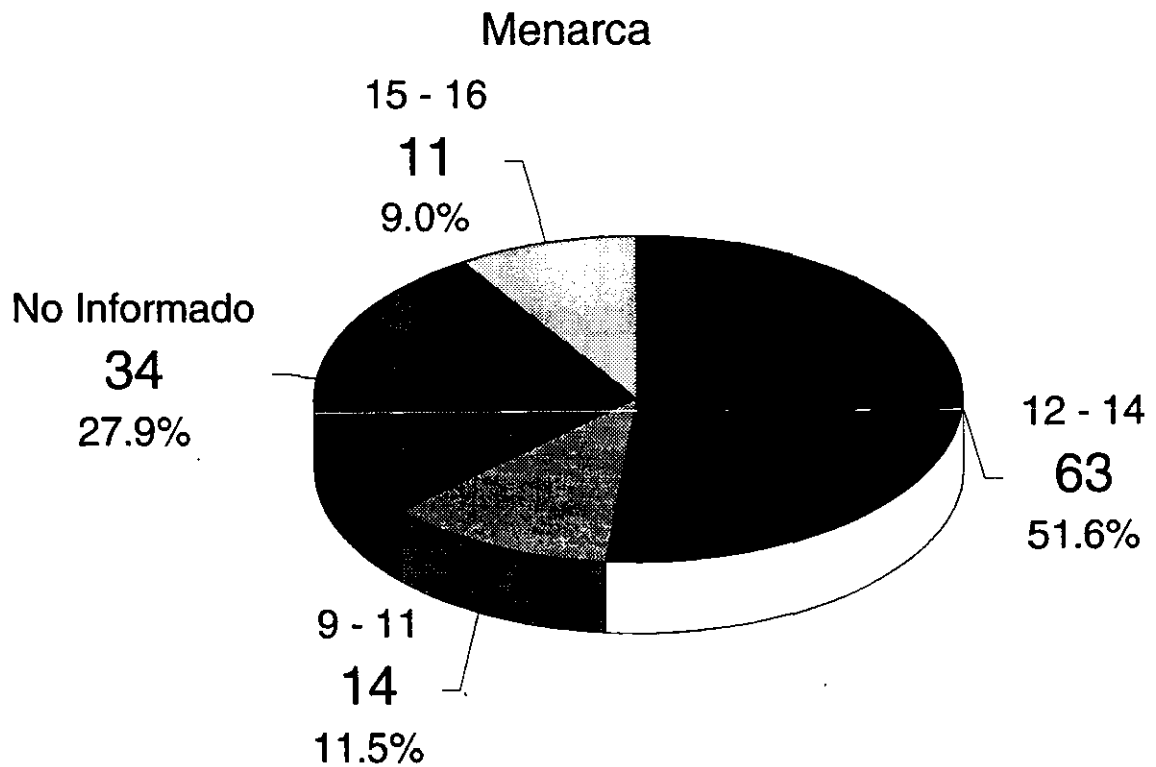


Ocupación



Epidemiología del VPH en la Población Adscrita al HR I. Zaragoza

Factores de Riesgo

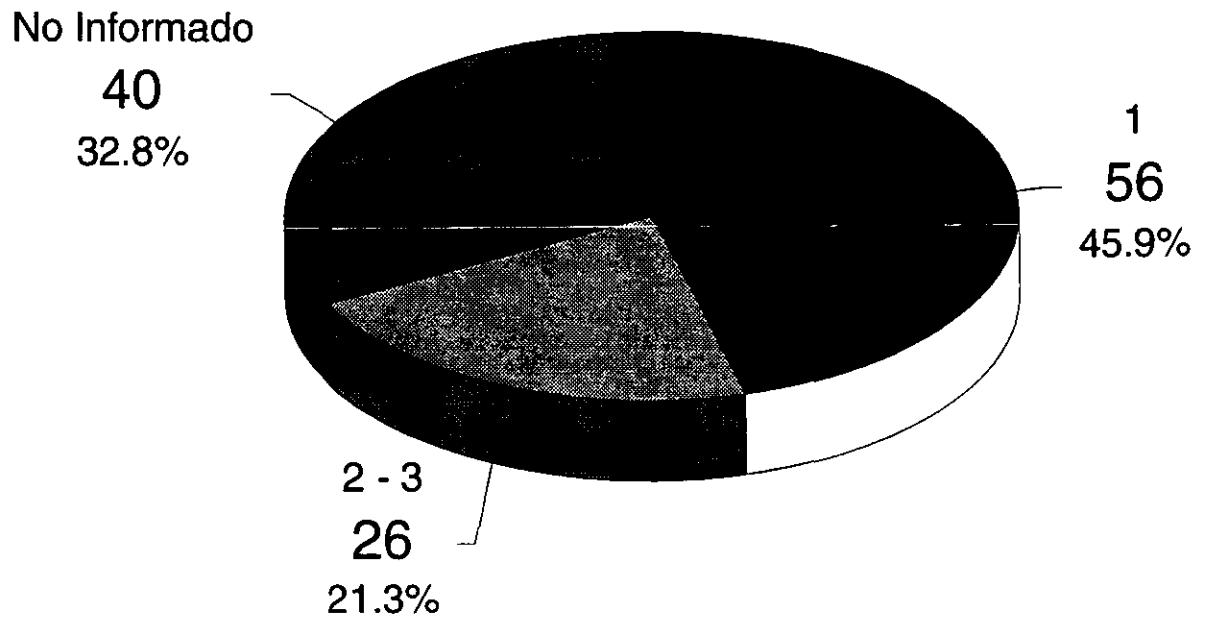


122 Pacientes

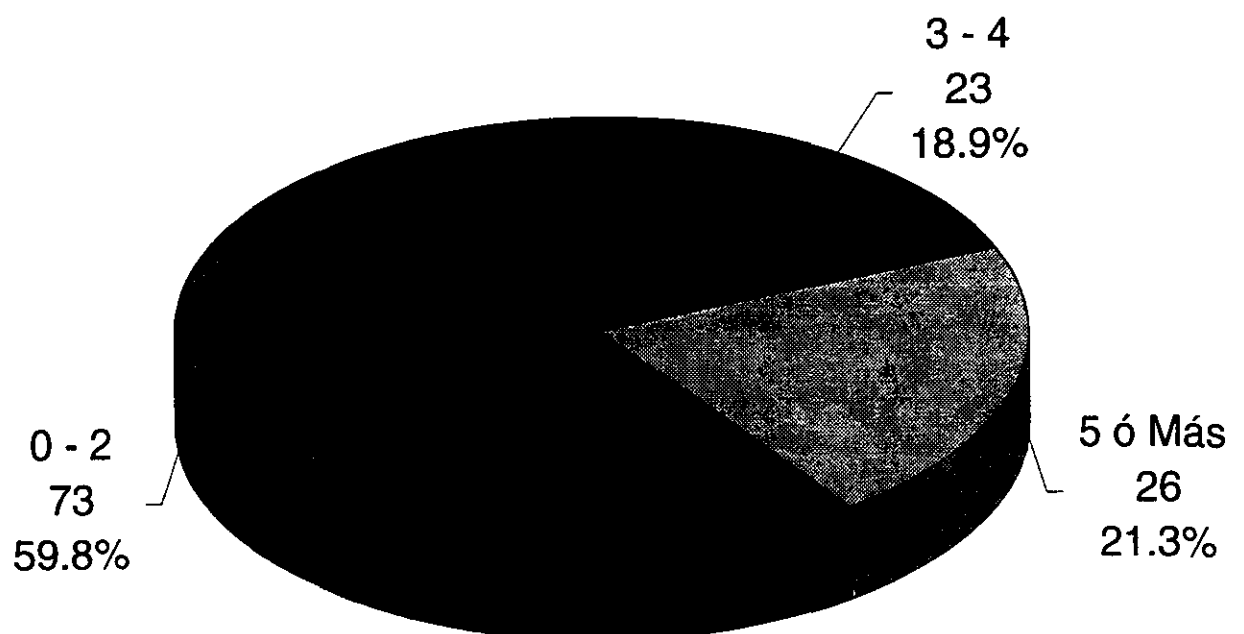
Epidemiología del VPH en la Población Adscrita al HR I. Zaragoza

Factores de Riesgo

Num Comp Sx



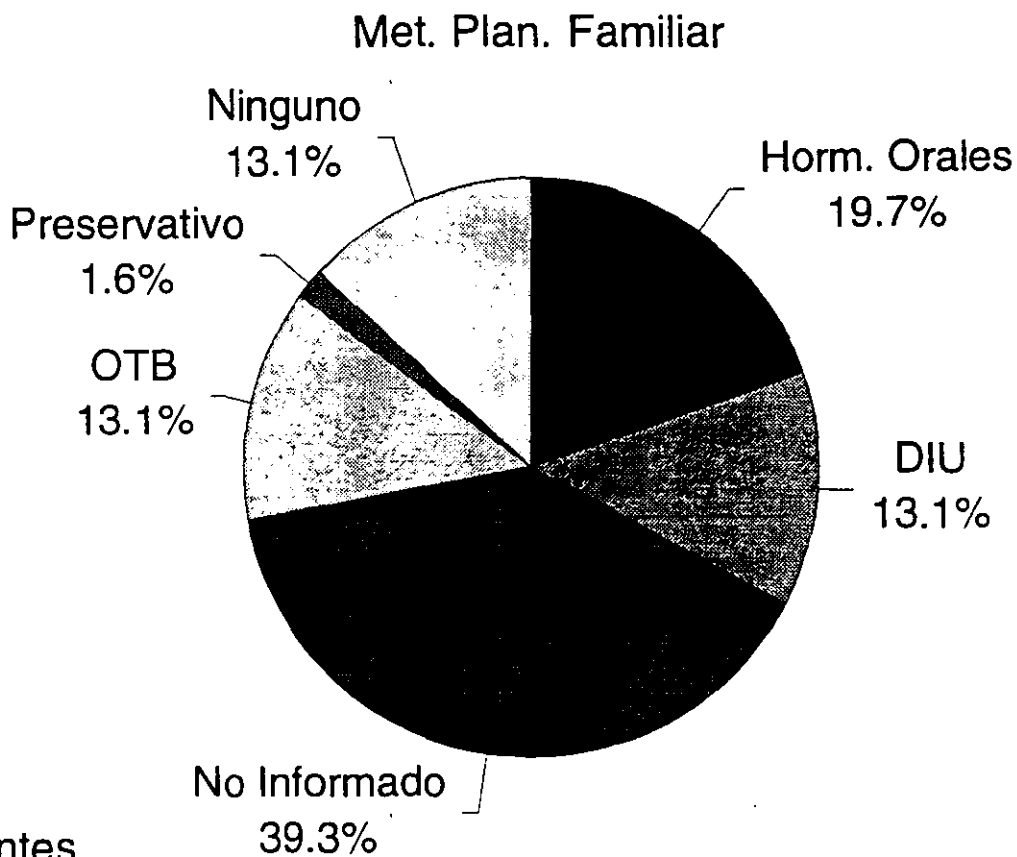
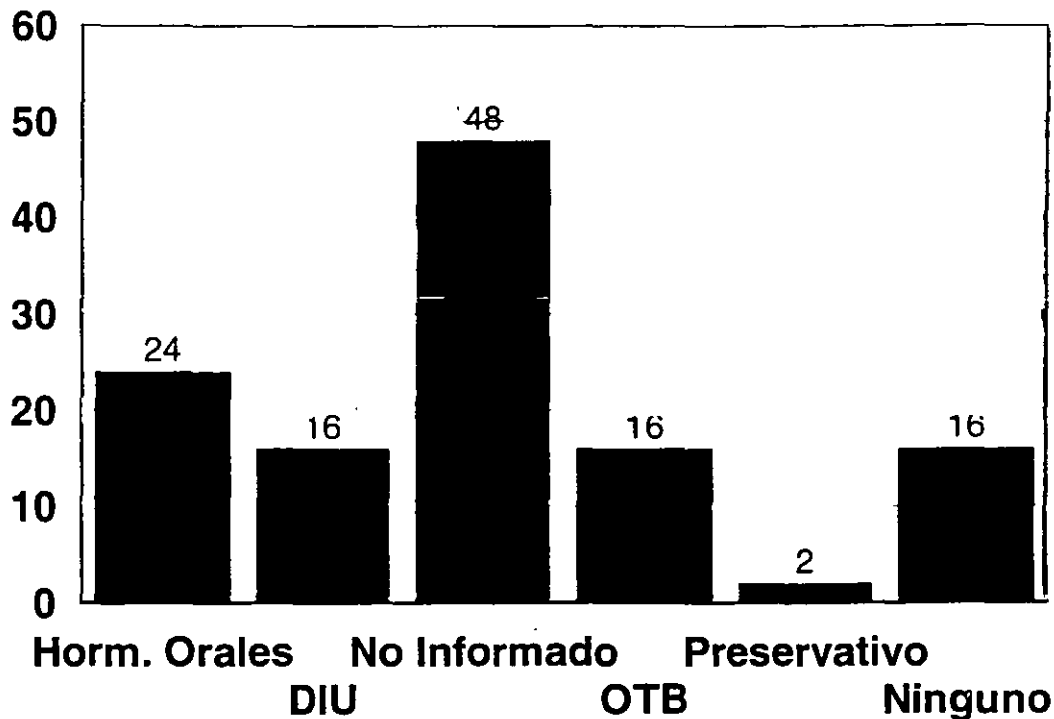
Paridad



Epidemiología del VPH en la Población Adscrita al HR I. Zaragoza

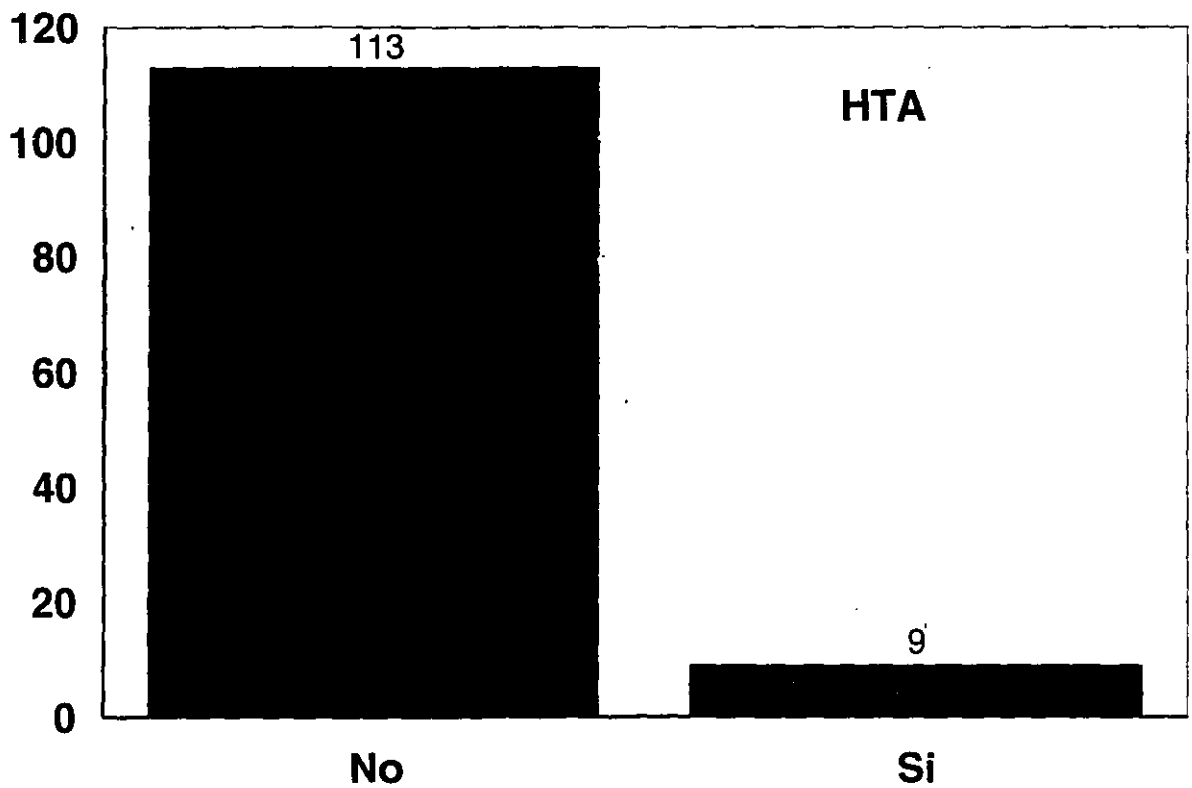
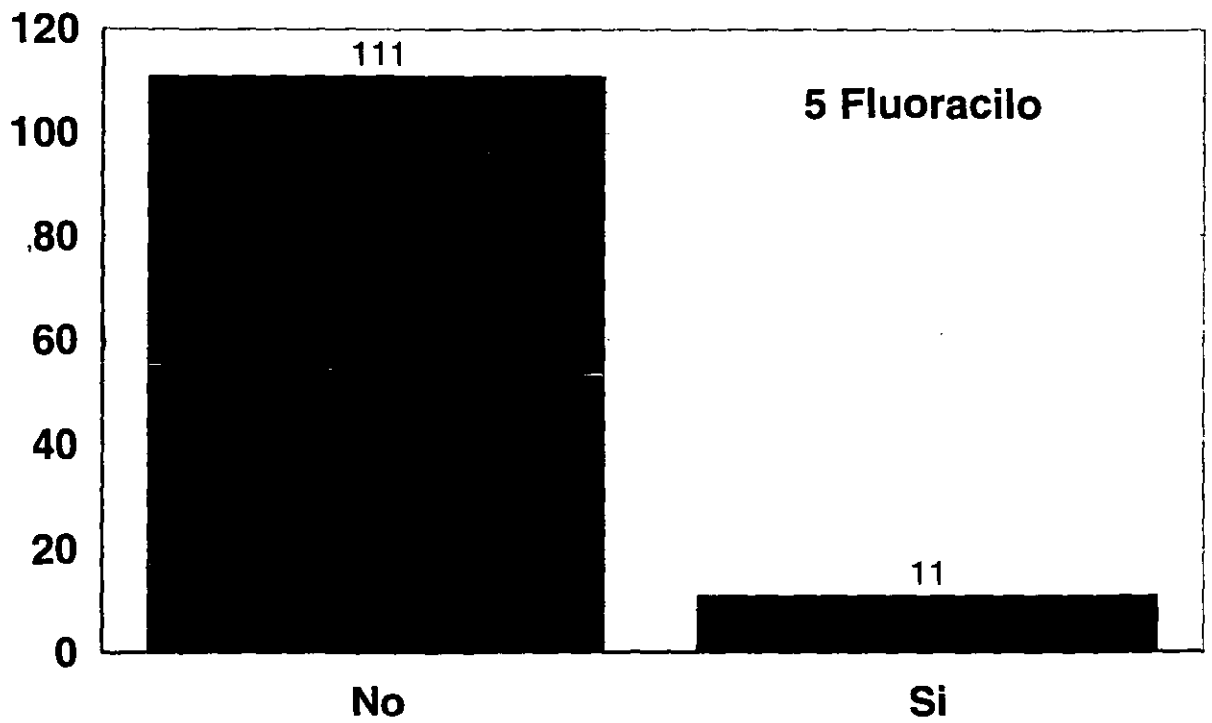
Factores de Riesgo

Metodos de Planificación Familiar



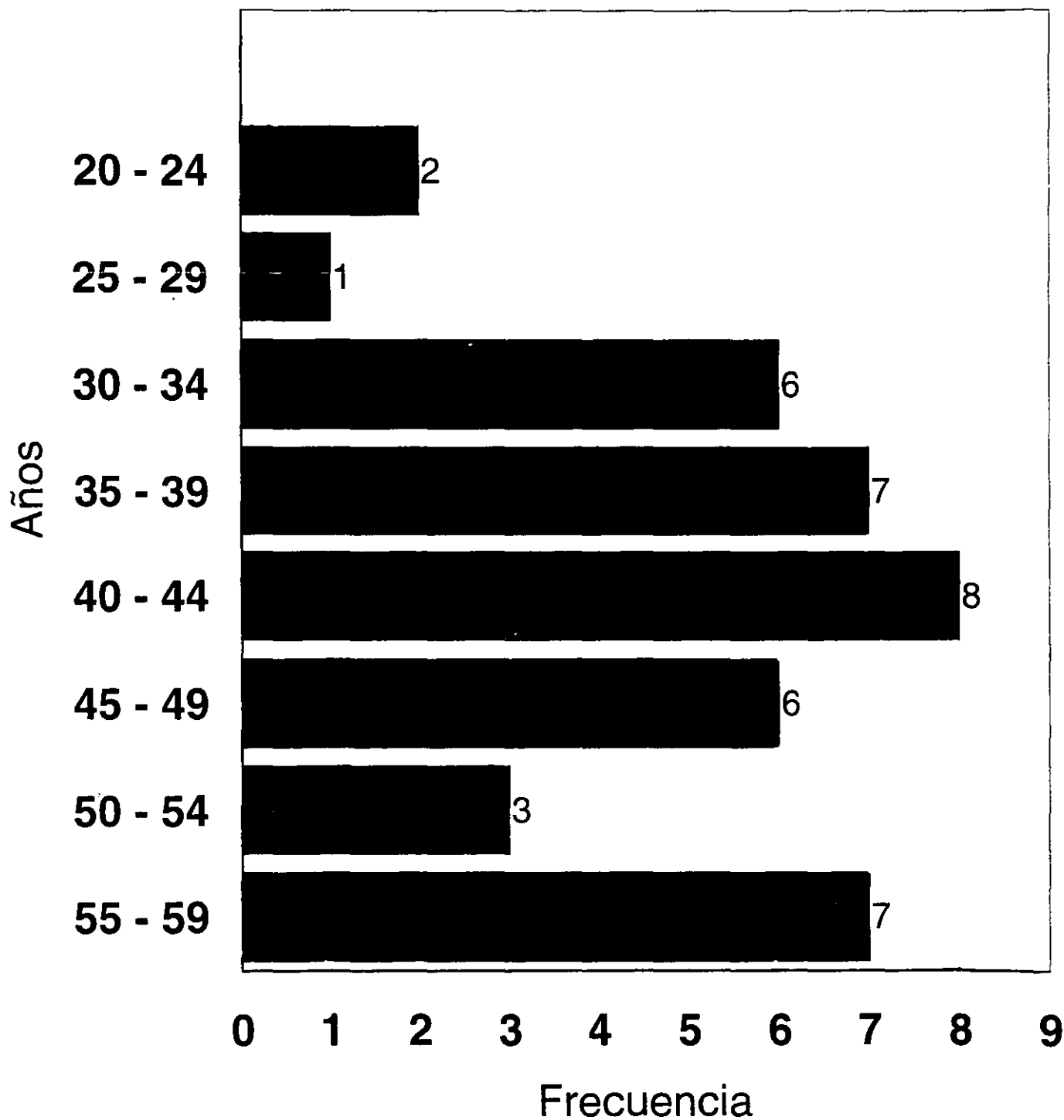
122 Pacientes

**Epidemiología del VPH
en la Población Adscrita al HR I. Zaragoza
Factores de Riesgo
Tratamientos**



122 Pacientes

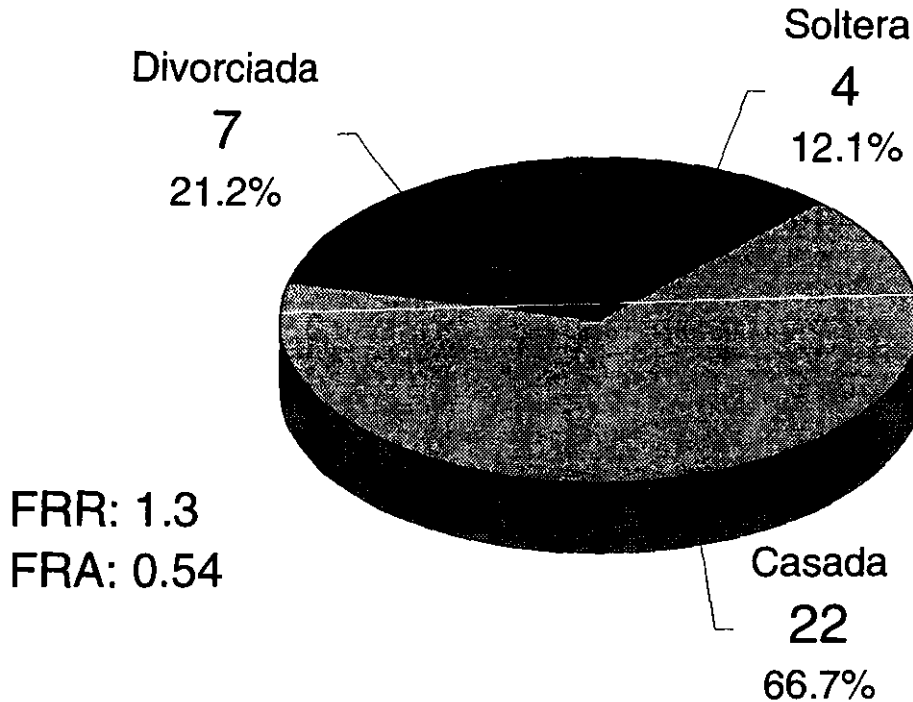
**Epidemiología del VPH
en la Población Adscrita al HR I. Zaragoza
Pacientes Enviadas al CMN 20 de Noviembre
Grupos Etarios**



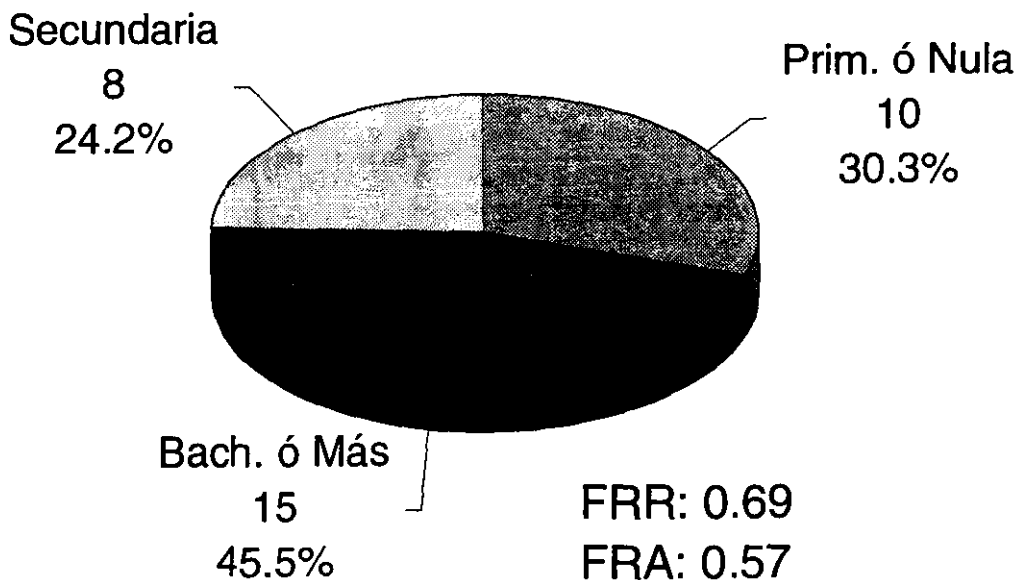
Total de Casos: 33

**Epidemiología del VPH
en la Población Adscrita al HR i. Zaragoza
Pacientes Enviadas al CMN 20 de Noviembre
Factores de Riesgo**

Estado Civil



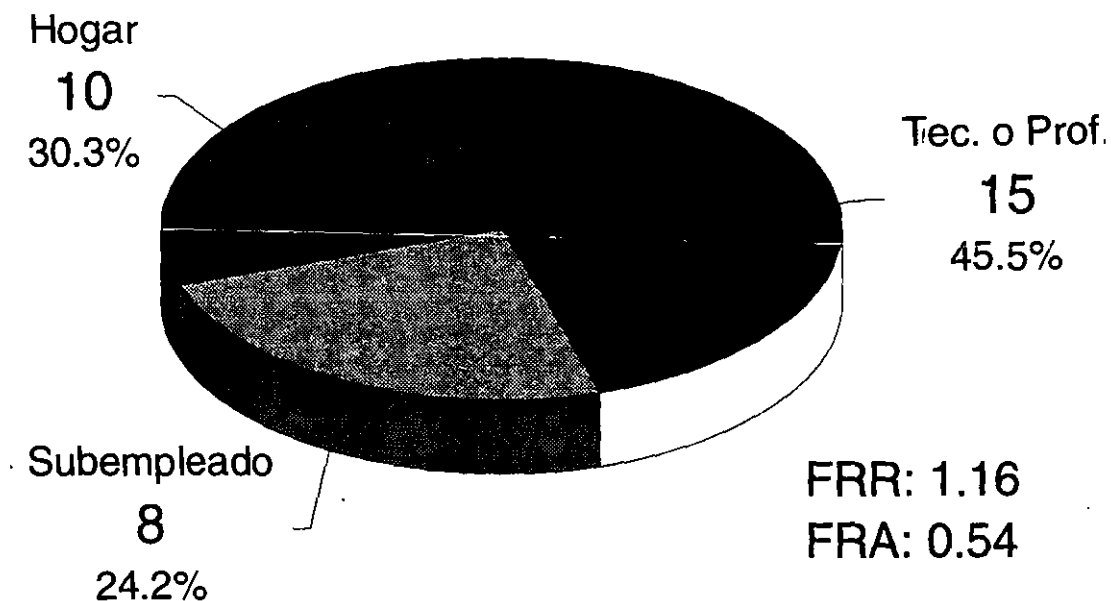
Escolaridad



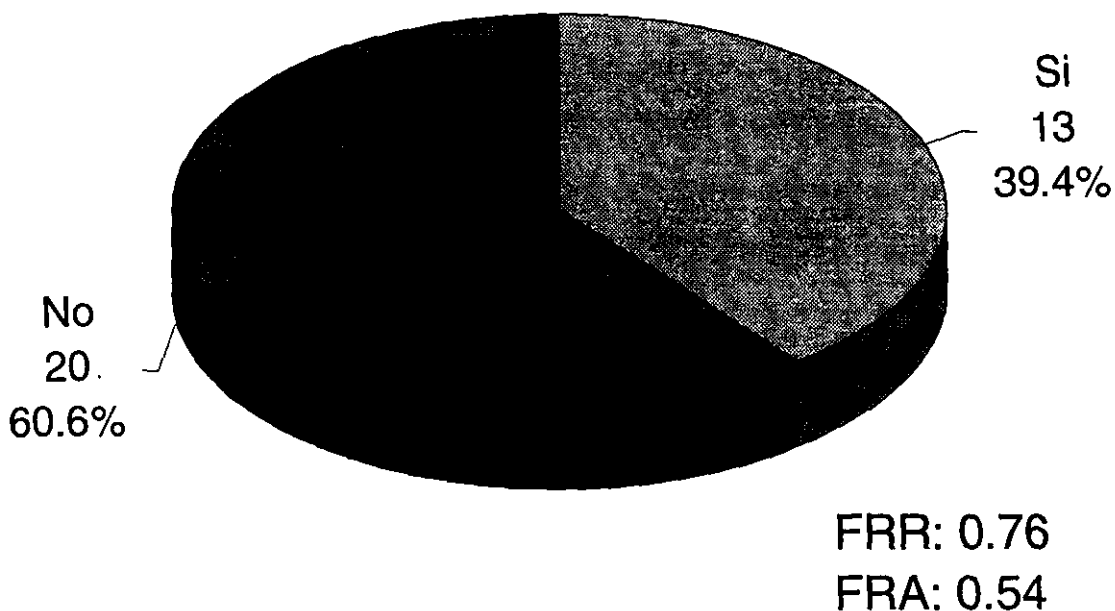
33 Pacientes

**Epidemiología del VPH
en la Población Adscrita al HR I. Zaragoza
Pacientes Enviadas al CMN 20 de Noviembre
Factores de Riesgo**

Ocupación



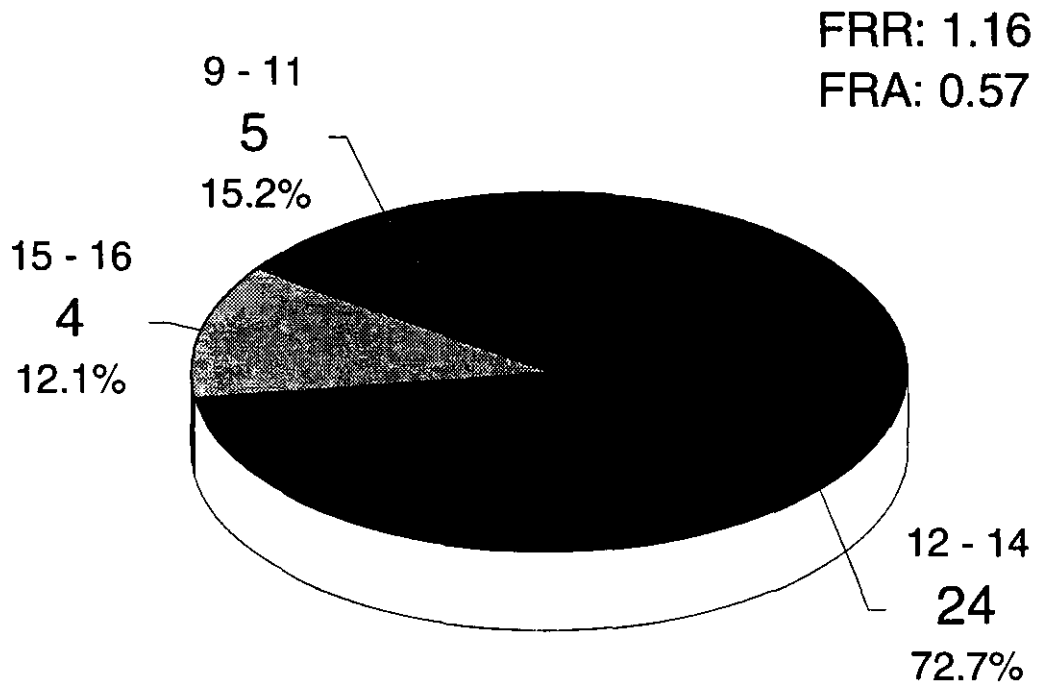
Tabaquismo



33 Pacientes

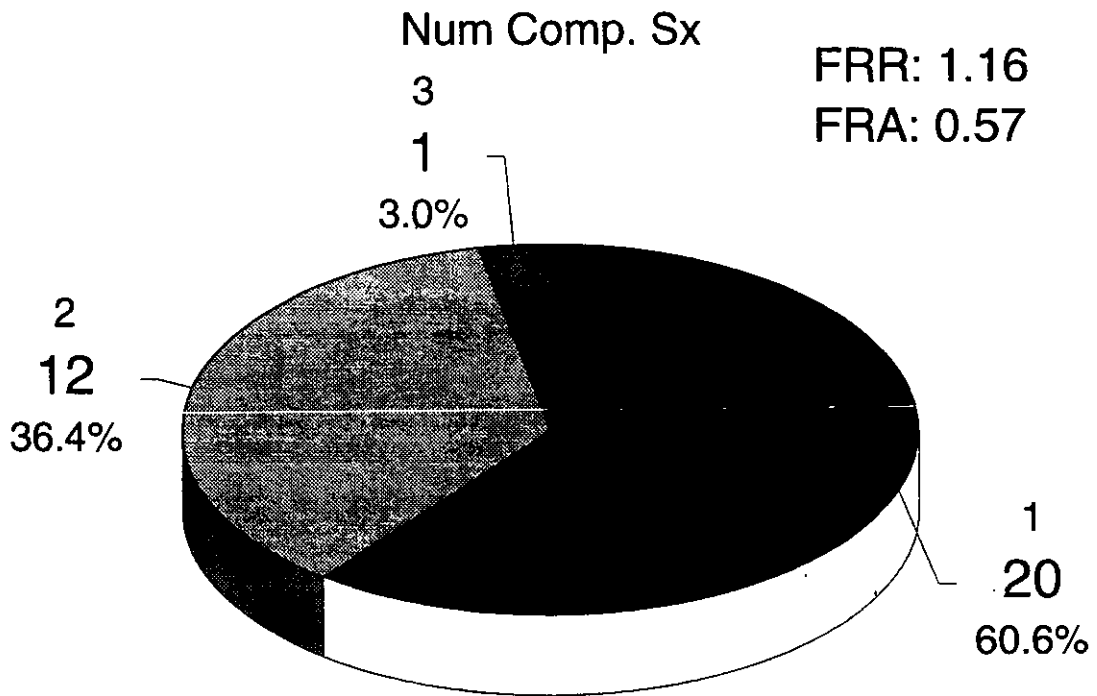
**Epidemiología del VPH
en la Población Adscrita al HR I. Zaragoza
Pacientes Enviadas al CMN 20 de Noviembre
Factores de Riesgo**

Menarca

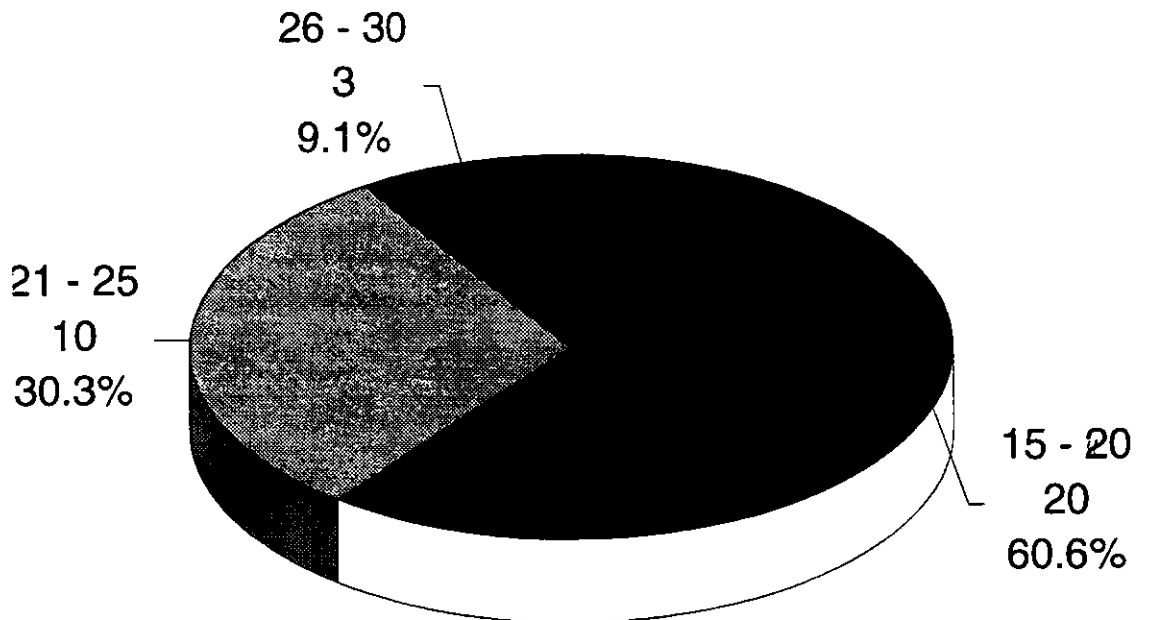


33 Pacientes

**Epidemiología del VPH
 en la Población Adscrita al HR I. Zaragoza
 Pacientes Enviadas al CMN 20 de Noviembre
 Factores de Riesgo**



IVSA



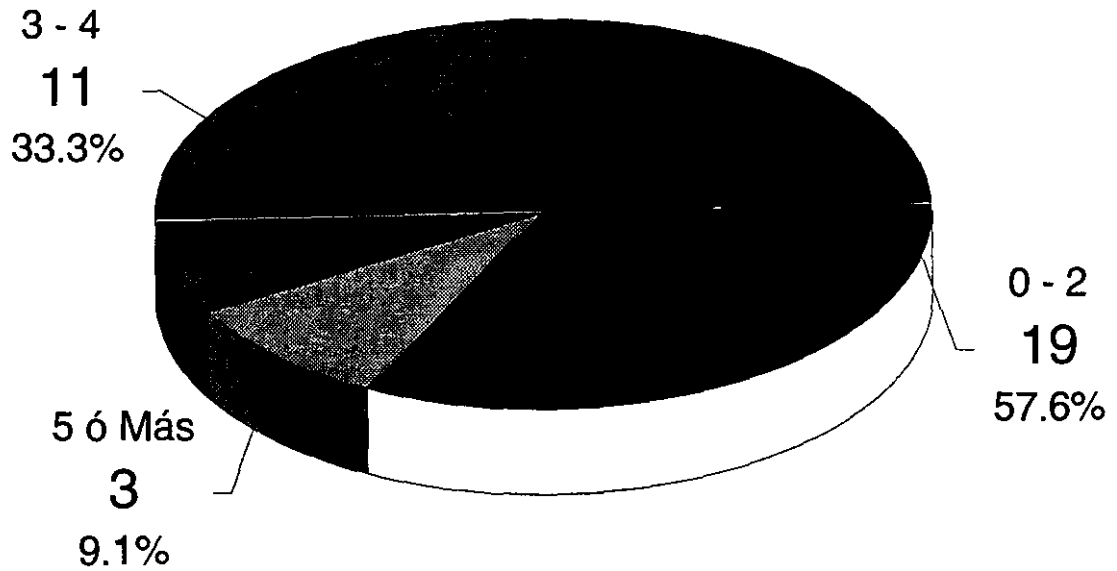
FRR: 0.76
FRA: 0.54

33 Pacientes

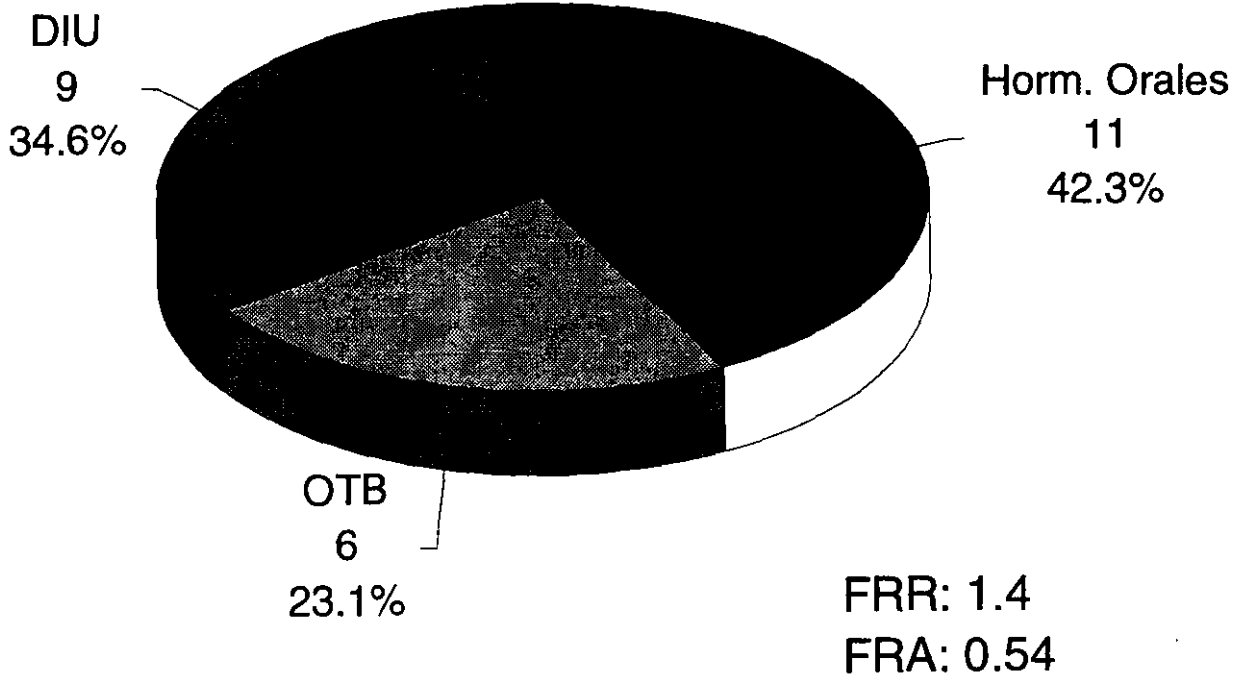
**Epidemiología del VPH
 en la Población Adscrita al HR I. Zaragoza
 Pacientes Enviadas al CMN 20 de Noviembre
 Factores de Riesgo**

Paridad

FRR: 0.89
 FRA: 0.60



Met. Plan. Familiar

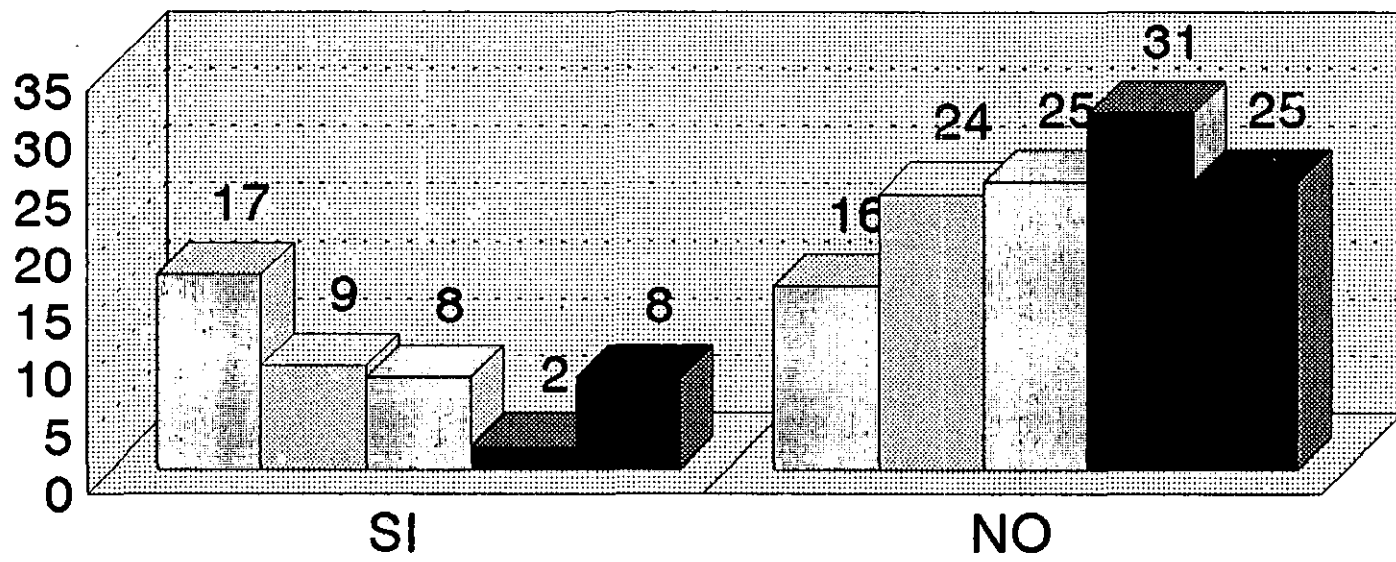


FRR: 1.4
 FRA: 0.54

33 Pacientes

EPIDEMIOLOGIA DEL VPH EN LA POBLACION ADSCRITA AL H.R. I.Z.
 PACIENTES ENVIADAS AL CMN 20 DE NOVIEMBRE
 TRATAMIENTOS

CRIOTERAPIA
 CONO ASA
 LASER
 5 FLUORACILO
 HTA



CRIOTERAPIA	17	16
CONO ASA	9	24
LASER	8	25
5 FLUORACILO	2	31
HTA	8	25

ANALISIS

De las 19,804 citologías revisadas solo se reportaron 567 positivas a VPH de estas pacientes permanecieron en control 122 en el HRGIZ de las cuales 36 enviadas de primera vez no se presentaron a la consulta, 10 pacientes después de su primer consulta no continuaron su tratamiento, 14 pacientes se encuentran en control en el servicio de Oncología, 5 pacientes en Obstetricia, 3 pacientes en Medicina interna donde en una de ellas se reporto HIV. .

Entre los factores de riesgo no interrogados y que se reportaron como no informados en nuestro estudio fueron: el estado civil, escolaridad, ocupación, tabaquismo, menarca, inicio de vida sexual activa.

El grupo de riesgo en nuestra población femenina se encontró en el rango de 20 a 44 años. La asociación del VPH con otras concomitantes que se encontraron fueron 2 casos con HIV que representó el 1.2% del total de las pacientes. Los casos de CaCu fueron 4 (2 Ca in si tu y 2 con Ca epidermoide) correspondió al 2.5% de las pacientes. La relación con Chlamydia Trachomatis fue positiva en 6 casos y representó el 4.9%. La displasia severa 2 casos con un 1.2%, la cervicitis sin asociación a VPH fueron 9 casos con un 7.4%.

En los factores de riesgo analizados se calculo el riesgo relativo y el riesgo absoluto donde se encontraron los siguientes resultados:

Factor de Riesgo	Riesgo Relativo	Riesgo Absoluto
➤ Estado Civil	1.30 %	0.54 %
➤ Tabaquismo	0.76 %	0.54 %
➤ Menarca	1.16 %	0.57 %
➤ Inicio de vida Sexual Activa	0.86 %	0.60 %
➤ Número de Compañeros sexuales	0.76 %	0.54 %
➤ Paridad	0.89 %	0.60 %
➤ Método de Planificación Familiar	1.40 %	0.54 %

CONCLUSIONES

Es importante que el servicio de Clínica de Displasias, cuente con protocolo para las pacientes con VPH.

Que se de una mejor información a las clínicas de medicina familiar y a la población de este problema, para que se tenga continuidad en su seguimiento y control.

Comprometer al compañero sexual de la paciente a estudio, para descartar VPH.

En nuestro estudio encontramos que la asociación del VPH con otras patologías concomitantes su frecuencia y porcentaje fue muy bajo, reportándose solo 6 casos de Chlamydia Trachomatis que representó el 3.8%, displasia severa 2 casos con el 1.2%, el HIV con 2 casos representando el 1.2% y 4 casos de CaCu con el 2.5% de las pacientes estudiadas.

La incidencia fue de 10.4% y la prevalencia de 17.3% en el periodo de 1997 y en 1998 se encontró de 10.2% y 17.0% respectivamente.

Los factores de riesgo analizados en nuestro estudio son iguales a los que se reportan en la literatura mundial.

De los factores de riesgo no informados se encontraron de un 50 a 60%.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

COMENTARIO

Proponemos una guía para la valoración de riesgo en la clínica de displasias.

El virus del papiloma humano tiene importancia por ser una de las infecciones más frecuentes a nivel mundial, estar asociado con cancer cervico-uterino y anogenital, de tratamiento complejo, no existe antiviral específico y muy probablemente no se erradica, lo mejor es la prevención.

Aún contando con mejores métodos de diagnostico (colposcopia) y tratamiento (crioterapia laser, cono-asa), para tratar de erradicar el problema las estadísticas a nivel mundial nos hacen ver que el Cancer Cervico Uterino en México continua siendo la primer causa de muerte en la población femenina y su tasa de mortalidad en 1993 se estimo en 9.7 por 100,000 mujeres que representaron 4,369 muertes.

Anteriormente en la hoja de reporte citológico se hacia referencia a la displasia leve, moderada y grave, actualmente por disposición de la norma oficial mexicana NOM-OSSA 1996. Esto se ha modificado se incluye en el reporte al VPH y la nueva terminología se ha tomado del sistema bethesda (1988), donde el reporte se realiza de la siguiente manera :

- > Displasia leve (NIC I) lesión intraepitelial de bajo grado**
- > Displasia moderada (NIC II) lesión intraepitelial de alto grado**
- > Displasia severa (NIC III) lesión intraepitelial de alto grado.**

HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA

ISSSTE

GUIA PARA LA VALORACION DE RIESGO EN CLINICA DE DISPLASIAS

NOMBRE _____	CEDULA _____	FECHA _____
DATOS GENERALES	RIESGO BAJO	RIESGO MEDIO
EDAD _____	<input type="checkbox"/> 19-33 AÑOS	<input type="checkbox"/> 34-44 AÑOS
ESTADO CIVIL _____	<input type="checkbox"/> CASADA	<input type="checkbox"/> DIVORCIADA
PESO _____ TALLA _____		
INDICE DE QUETELET _____	<input type="checkbox"/> 20 A 24.9	<input type="checkbox"/> 25 A 39.9
NIVEL SOCIOECONOMICO _____	<input type="checkbox"/> MEDIO	<input type="checkbox"/> BAJO
ESCOLARIDAD _____	<input type="checkbox"/> BACHILLERATO O MAS	<input type="checkbox"/> SECUNDARIA
OCCUPACION DEL COMPAÑERO _____	<input type="checkbox"/> TEC. O PROF.	<input type="checkbox"/> SUBEMPLEADO
TABAQUISMO _____	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> OCASIONAL
		RIESGO ALTO
		<input type="checkbox"/> 45 AÑOS o MAS
		<input type="checkbox"/> SOLTERA CON VSA
		<input type="checkbox"/> >40 o < 19.9
		<input type="checkbox"/> MUY BAJO
		<input type="checkbox"/> PRIMARIA O NULA
		<input type="checkbox"/> DESEMPLEADO
		<input type="checkbox"/> POSITIVO
ANTECEDENTES GINECOLOGICOS		
VSA _____	<input type="checkbox"/> > 25 AÑOS	<input type="checkbox"/> 18 A 25 AÑOS
COMPAÑEROS SEXUALES _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 A 3
DOC _____	<input type="checkbox"/> ULTIMO NORMAL	<input type="checkbox"/> CON VPH
MENARCA _____	<input type="checkbox"/> < 10 AÑOS	<input type="checkbox"/> 10 A 14 AÑOS
CERVICOVAGINITIS _____	<input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> 2 A 3 ANUAL C/TX
PREVENCIÓN REPRODUCTIVA _____	<input type="checkbox"/> OTB	<input type="checkbox"/> DIU
CONSULTA GINECOLOGICA _____	<input type="checkbox"/> ANUAL	<input type="checkbox"/> 2 A 4 AÑOS
PARIDAD _____	<input type="checkbox"/> 1 O NULIPARA	<input type="checkbox"/> 2 A 3
		<input type="checkbox"/> < 18 AÑOS
		<input type="checkbox"/> MAS DE 3
		<input type="checkbox"/> NIC II o NIC III
		<input type="checkbox"/> > 14 AÑOS
		<input type="checkbox"/> > DE 3 SIN TX
		<input type="checkbox"/> HORMONALES ORALES
		<input type="checkbox"/> > DE 5 AÑOS
		<input type="checkbox"/> 4 O MAS
ENF. SISTEMICA POR VIH _____	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADA
DIABETES MELLITUS _____	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADA
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEM. _____	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADA
LUPUS _____	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADA
ANTECEDENTE DE CA. FAMILIAR _____	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADA
OTROS ESPECIFIQUE _____		<input type="checkbox"/> CONTROLADA
		<input type="checkbox"/> ACTIVA
		<input type="checkbox"/> ACTIVA
		<input type="checkbox"/> ACTIVA
		<input type="checkbox"/> ACTIVA
		<input type="checkbox"/> ACTIVA

FECHA DE ULTIMO REPORTE DE PAP. Y DIAGNOSTICO _____

FECHA DE BIOPSIA DE CONTROL Y REPORTE _____

VALUADOR _____

RIESGO FINAL

BIBLIOGRAFIA

1. Alejandro García Carrancá, Patricio V. Gariglio "Aspectos moleculares de los papilomavirus humanos y su relación con el cáncer cérvico-uterino. Revista de investigación clínica 1993, Vol. 45 Pag. 85-92.
2. Akihiko Iwasawa, Pekka Nieminen, Matti Lehtinen, Jorma Paavonen. "Human Papillomavirus DNA in Uterine Cervix Squamous Cell Carcinoma and Adenocarcinoma Detected by Polymerase Chain Reaction. CANCER June 1 1996. Vol. 77 No.11 Pag. 2275-79.
3. Barbara R. Rose, PhD, Carol H. Thompson, PhD, Judy M. Et Al. Human papillomavirus deoxyribonucleic acid as a prognostic indicator in early-stage cervical cancer : A possible role for type 18. Am J Obstetrics Gynecology Nov.1995 Vol. 173 No. 5 Pag. 1461-67.
4. Cosette M. Wheeler, Catherine E. Greer, BS, Thomas M. Beker, MD. Et Al. Short-Term Fluctuations in the Detection of cervical Human Papillomavirus DNA. Obstetrics and Gynecology August 1996 Vol.88 No.2 Pag. 261-268.
5. Christopher K. Farley, MB. Fracp, Shujun Chen, MS. Et Al. Human Papillomavirus Infection and Its Relationship to recent and Distant Sexual Paterns. Obstetrics and Gynecology Nov.1994 Vol. 84 No.5 Pag. 755-59.
6. Eduardo César Lascano Ponce, Mauricio Hernandez Avila, Lisbeth López-Carrillo, Patricia Alonso de Ruiz Alfonso Torres, Guillermo González-Lira, Isabelle Romieu. Factores de riesgo reproductivo e historia de Vida sexual asociados a cáncer cervical en México. Revista de Investigación Clínica. Septiembre 1995 Vol. 45 No.5 Pag. 377-84.
7. Elva Mayra Toledo-Cuevas, Alejandro García-Carrancá. Revista de Investigación Clínica Enero 1996 Vol. 48 No.1 Pag.59-67.
8. Eduardo César Lascano-Ponce, MC., Rosalba Rojas-Martínez. MC., Ma. del Pilar López Acuña. CD. Lizbeth, López-Carrillo, Mauricio Hernández-Avila. Factores de Riesgo Reproductivo y Cáncer Cérvico-Uterino. En la Ciudad de México. Revista de Salud Pública en México. Enero 1993. Vol.35 No.1 Pag.65-72.
9. Gloria Y.F. Ho, Robert Bierman MD. Leah Beardsley, NP. Chee J. Chang and Robert D. Burk. MD. Natural. History of Carvicovaginal Papillomavirus Invefection in Young Women. The New England Journal of Medicine. Feb. 1998 Vol. 338 Pag. 423-7.
10. Jacques Brisson, Carol Morin, Michel Fortier, Michel Roy, Et Al. Risk Factors for Cervical Intraepithelial Neoplasia: Differences between Low-and High-grade Lesions. American Journal of Epidemiology. Jun. 1994 Vol. 140 Pag. 700-9
11. J Thomas Cox, MD. , Attila T. Lorincz, Mark H. Schiffman, MD. Et Al. Human Papillomavirus testing by hybrid capture appears to be useful in triaging women with a cytologic diagnosis of atypical squamous cells of undetermined signifivance. Am J. Obstetrics Gynecology. August 1994 Vol. 172 No. 3 Pag. 946 – 54
12. James E. Tate, MS, Murray Resnick, MD, Ellen E. Sheets, Et. Al. Absence of Papillomavirus DNA in Normal Tissue Adjacent to Most Cervical Intraepithelial Neoplasms. Obstretics and Gynecology. Nov. 1994 Vol. 84 No. 5 Pag. 755 – 59

13. Lalai Suzuk, Amy E. Noffsinger, Yun Zhong Hui. Et Al. Detection of Human Papillomavirus in Esophageal Squamous Cell Carcinoma. *CANCER* August 1996 Vol. 78 No. 4 Pag. 704- 9.
14. Raymond H. Kaufman, Ervin Adam, Jeseoph Icenogle, Et. Al. Human papillomavirus testing as triage For atypical squamous cell of undetermined significance and low-grade squamous intraepithelial lesions: Sensitivity, specificity, and cost-effectiveness. *Am J Obstetrics Gynecology*. October 1997 Vol. 177 No. 4 Pag. 930 – 36.
15. Stanley A. Gall, MD. Human papillomavirus infection and therapy with interferon. *Am J Obstetrics Gynecology*. Abril 1995 Vol. 172 No. 4 Part 2 Pag. 1354 – 1359.
16. Víctor M. Vargas-Hernández. Virus del papiloma humano. Aspectos Epidemiológicos, carcinogénicos, diagnósticos y terapéuticos. *Ginecología y Obstetricia de México*. Septiembre 1996 Vol. 64 Pag. 411 – 17.
17. World Health Statistics annual, Causes of Death, México 1993, Pag. 72- 73
18. Xiao-Wei Sun, MD, Louise Kuhn, Tedd V. Et. Al. Human Papillomavirus infection in women infected with the human immunodeficiency virus. *The new England Journal of Medicine*. Nov. 1997. Vol. 337 Pag. 1343 – 49.

LIBROS

19. Giuseppe de Palo, Colposcopia y patología del tracto genital inferior. Ed. Panamericana, 2da. Ed. 1996.
20. Clinicas de Ginecología y Obstetricia. Virus del papiloma humano, Parte 1. Vol. 23 No. 3 1996.

OTROS

21. Norma Oficial Mexicana NOM-O-SSA2-1996. Para la prevención diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cancer cervico uterino. Dic. 1996.
22. Monografía de Iztapalapa. INEGI 1996.