



4226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
E INVESTIGACION

58

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

UNIDAD ACADEMICA

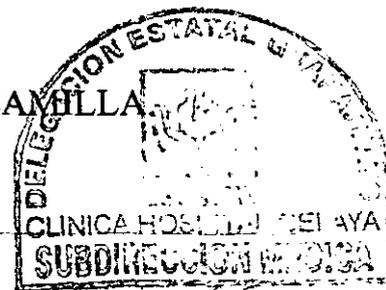
CLINICA HOSPITAL ISSSTE CELAYA GUANAJUATO .

**INFLUENCIA DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS
PARA LA APARICION DE DISPLASIAS EN LA CLINICA
HOSPITAL ISSSTE CELAYA GTO.
ENERO-JUNIO 1994.**

TRABAJO DE INVESTIGACION
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR.
PRESENTA:

ANA MARCELA GONZALEZ ESCAMILLA

703893



CELAYA, GTO.

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**INFLUENCIA DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA APARICION DE
DISPLASIAS EN LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE CELAYA GTO.
ENERO-JUNIO 1994**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PRESENTA:**

ANA MARCELA GONZALEZ ESCAMILLA

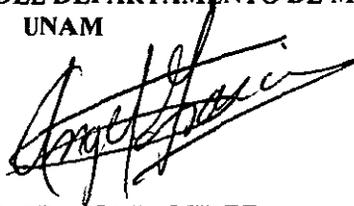
AUTORIZACIONES:



**~~DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA~~
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.
UNAM.**



**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA .
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.
UNAM**



**DR. ANGEL GRACIA RAMIREZ
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
UNAM.**

**TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILAR.**

PRESENTA:

ANA MARCELA GONZALEZ ESCAMILLA.

**INFLUENCIA DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA APARICION DE DISPLASIAS
EN LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE CELAYA GTO.
ENERO - JUNIO 1994.**

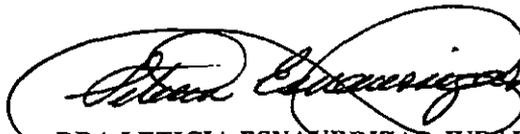


DR RAUL RAMIREZ PALOMARES.

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MEDICOS GENERALES EN CELAYA GUANAJUATO.
ASESOR DE TESIS.**

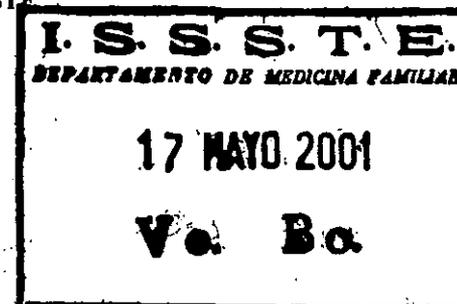


**DR PEDRO DORANTES BARRIOS
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR UNAM.
ASESOR DE TESIS.**



**DRA LETICIA ESNAURRIZAR JURADO.
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL ISSSTE**

CELAYA GUANAJUATO, OCTUBRE. 1996.



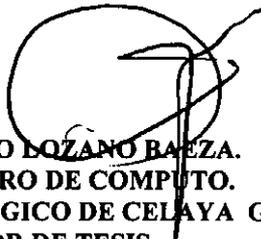
**INFLUENCIA DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS PARA LA APARICION DE DISPLASIA
EN LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE CELAYA GTO.
ENERO-JUNIO 1994**

PRESENTA:

ANA MARCELA GONZALEZ ESCAMILLA



**DR MARCO ANTONIO FARIAS SOLIS
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA CLINICA HOSPITAL ISSSTE CELAYA
GUANAJUATO**



**ING. ALEJANDRO LOZANO BAEZA.
JEFE DEL CENTRO DE COMPUTO.
INSTITUTO TECNOLOGICO DE CELAYA GTO.
CO-ASESOR DE TESIS.**

INDICE

CAPITULO I	MARCO TEORICO	1
CAPITULO II	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
CAPITULO III	JUSTIFICACION	15
CAPITULO IV	OBJETIVOS	16
CAPITULO V	METODOLOGIA	17
CAPITULO VI	CAPTACION DE INFORMACION	20
CAPITULO VII	RESULTADOS	22
CAPITULO VIII	TABLAS Y GRAFICAS	27
CAPITULO IX	DISCUSION	41
CAPITULO X	CONCLUSIONES	43
CAPITULO XI	ANEXO	45
CAPITULO XII	REFERENCIAS	46

CAPITULO I.

MARCO TEORICO.

INFLUENCIA DE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LA APARICION DE DISPLASIAS.

Durante las últimas décadas el concepto de displasia ha evolucionado. Se trata de una serie ininterrumpida de cambios preinvasores que tienen su origen en el epitelio escamoso de la zona de transformación .

Cuando fueron observados por primera vez cambios malignos intraepiteliales, cerca del carcinoma invasor de células escamosas del cervix (Rubin 1910), algunos investigadores creyeron que ésta asociación reflejaba una extensión intraepitelial de la lesión invasora y un modo de diseminación de la enfermedad.

Sin embargo, en aquella época aún no se relacionaba la aparición de displasia con factores predisponentes agresivos para el tejido epitelial, como el uso de anticonceptivos ya que tampoco se encontraban presentes en esa década . Hasta 1929 cuando Schiller hizo una contribución importante al diagnóstico temprano de éstas lesiones .

Con el advenimiento del frotis de Papanicolaou en 1943 fue posible descubrir la existencia de Carcinoma in situ, así como atipias celulares pero no lo suficientemente graves para establecer un diagnóstico. El hecho de que el grado máximo de displasia varía directamente con la edad sugirió la idea de una progresión de la enfermedad con el tiempo y a la cual con el paso de los años y con los adelantos en la investigación se ha correlacionado con otros factores teniendo sus inicios la sospecha de éstos factores en la década de los 50`s. Durante mucho tiempo, se ha planteado la pregunta de si existe relación con los métodos de planificación familiar para la aparición de displasias o carcinoma in situ.. El estudio de Papanicolaou es determinante para detectar éste de tipo de lesiones premalignas o malignas y en conjunto con el interrogatorio determinar si existe dicha relación.

El frotis de Papanicolau, se prepara de una muestra de células tomadas de la porción inferior del aparato genital y contiene aportaciones importantes del cuello uterino, vagina, y región endocervical, con

poblaciones menores de células del ovario, trompas de falopio, cavidad peritoneal, vulva e incluso de vejiga.

La finalidad del examen es descubrir células neoplásicas, al identificar el número generalmente grande de células normales y anormales que sufren dicha modificación por factores externos o internos..

Cuando una célula recibe un estímulo carcinogénico, posee resistencia a los mecanismos de control celulares normales, particularmente el factor difusible y su progenie poseerá una resistencia similar o una relativa no reactividad.

La aportación principal de Richart, con éste estudio fué sin duda la observación de que la neoplasia cervical preinvasora integró una serie continua de cambios progresivos desde displasia leve o carcinoma in situ, donde el tamaño de la lesión tendía a aumentar en superficie a medida que progresaba la gravedad.

Datos epidemiológicos concluyentes que se manifiestan a través de las décadas como factores predisponentes para la aparición de displasias, incluyen mujeres sexualmente activas que utilizan algún tipo de método anticonceptivo, mujeres con compañeros sexuales diversos, gestaciones múltiples , primer embarazo y primer matrimonio a edad temprana.

El grado en que el epitelio normal es reemplazado por células indiferenciadas, facilita la posibilidad de exfoliación y su identificación en frotis . La correlación con la clasificación tradicional a la displasia como leve y moderada, NIC I y NIC II respectivamente , y la displasia severa y el carcinoma in situ como NIC III. La conclusión de la última década del siglo, confirma la importancia de los progestágenos en cuanto a los riesgos asociados con el uso de las dosis de 50 gamma estradiol y etinil estradiol o más, la cual está en vigor en éste tipo de método anticonceptivo.

Estas nuevas combinaciones limita muy considerablemente los efectos indeseables observados en el pasado con respecto al hidrato de carbono y el metabolismo de los lípidos, siendo satisfactorio para enfermedades de tipo cardiovascular. Acerca de la carcinogénesis, existe efecto protector a largo plazo

contra carcinomas del endometrio y ovario hasta ahora, mientras estudios de cáncer del pecho no son unánimes en su consideración así mismo se aplica al riesgo de hepatocarcinoma.

La regulación de ciclos es satisfactoria y la flora vaginal se observa discreta a moderadamente afectada y fibrosa, estable con hiperplasia de la mucosa, pero parece controlarse bien. En el embarazo, particularmente es raro, o no influye de manera desfavorable, y en la lactancia el efecto parece estar nulo. Sin embargo, supervisa, se asegura y se respetan las contraindicaciones. La edad no parece ser en lo absoluto un factor limitante para su uso salvo el riesgo concomitante de fumadoras y sedentarismo. (1).

Es importante conocer los diferentes conceptos de diferenciación celular a nivel uterino, que generan inquietud en las mujeres que utilizan métodos contraceptivos.

CANCER: Pérdida del control del crecimiento y división de las células, dando como resultado la formación de un tumor maligno en general.

CARCINOMA IN SITU: Se define como un patrón microscópico en el que el grosor del epitelio plano cervical es reemplazado por completo por células anormales indiferenciadas, morfológicamente indistinguibles del cáncer, a los cambios intraepiteliales se les conoce como displasia.

DISPLASIA: Consiste en que las células de la capa basal y parabasal pierden su ordenación se hacen desiguales, con núcleos impercptomáticos y desiguales con mitosis abundantes y en suma con los rasgos de un desorden celular y proliferativo

MADURACION: Adelgazamiento del espesor total del epitelio y aceleración de la maduración por lo general hacia la superficie.

La expresión de la displasia en el frotis vaginal es la Discariosis. La edad de aparición de displasias, por lo general es un hallazgo en mujeres jóvenes, supuestamente sanas se encontró una prevalencia del 2.5% aproximadamente. Al parecer las mujeres que toman un contraceptivo oral conteniendo progestágenos tienen mayor prevalencia. (2), (3).

Factores relacionados con el coito pueden originar anomalías celulares, que en algún tiempo tal vez resulten en el desarrollo de displasia de las células escamosas o cáncer.

Hay grados variables de displasia, definidas por el grado de atipia celular. No es posible predecir el potencial maligno de una lesión específica. Algunas permanecen estables por largos periodos, algunos regresan y otras más avanzan. (4).

El diagnóstico citológico se clasifica de acuerdo al grado de severidad del caso, como ya se había mencionado anteriormente de la siguiente manera:

Displasia leve _____ NIC* I.

Displasia Moderada _____ NIC II.

Displasia Grave _____ NIC III.

Epidermoide in situ _____ NIC III.

Epidermoide Invasor

*Células normales o Proceso inflamatorio.(5)

Las lesiones de la NIC por lo general son asintomáticas, no producen ulceración del cervix ni existen anomalías de hemorragia uterina, sin embargo en algunas mujeres la lesión causa fragilidad suficiente a nivel epitelial presentando una discreta hemorragia posterior al coito o a las duchas vaginales.(6).

A pesar de su uso general por más de 30 años hay controversia continua dentro de la comunidad médica y la prensa laica acerca del seguridad de anticonceptivos orales o píldoras (OCPs). Cáncer cervical y cáncer del pecho, continúan dominando como emisiones polémicas. Actualmente, muchos expertos están de acuerdo que con ese tipo de método OCPs, (píldoras anticonceptivas) aceleraría el crecimiento de cáncer del pecho tempranamente pero no el del cuello de la matriz, en el subgrupo de mujeres más jóvenes, con iniciación a una edad temprana, y antes del primer embarazo, y cuando su uso fue por tiempo prolongado. No están de acuerdo en el perfil de la mujer de riesgo , este riesgo continúa con mujeres de edad avanzada, y si el riesgo es de tal importancia, con toda seguridad es un subgrupo de mujeres que no deben tomar OCPs. La

Resolución de emisiones acerca de riesgos de displasia y cáncer invasivo cervical , serán difíciles a causa de las muchas variables que contribuyen con la causalidad.

Además de ser un problema en diversas áreas del mundo donde la rutina del Papanicolaou no son disponibles. La controversia continúa acerca con el nuevo progestágeno Gestodene que ofrece las más grandes ventajas a usuarios de contraceptivos orales por su microdosis. Sólo más allá en las investigación elucidará tales preguntas. Hay discordancia significativa acerca de cual es la raíz del alto índice de fracaso del usuario con contraceptivos orales y cómo remediar estos. Unos expertos creen que la fabricación de OCPs como regla disponible apartada y sin vigilancia directa médica es la manera de proceder para el desarrollo de displasia aunque otros fuertemente discrepan, y citan la necesidad de requerir Papanicolaou y regular y conjuntamente con los chequeos de enfermedades de transmisión sexual (7).

Un estudio que comenzó en el mes de mayo de 1993 , con una muestra de 2.436 pacientes tratadas por 10 ginecólogos de la región de Bruselas Además del análisis del estudio citológico, y una prueba adicional para el virus del papiloma humano, se realizó una historia clínica.

El estudio citológico que se reportó como benigno, el virus prevaleció 2 veces más en pacientes que tomaron anticonceptivos orales en un tiempo promedio de 6 meses, que en cada uno de los otro grupos de mujeres que utilizaron diafragma o condón masculino o ningún método anticonceptivo o en edad de menopausia Es extraño hallar que el predominio del virus varió según la marca comercial de la píldora pero no según el volumen del nivel hormonal de la misma En contraste la infección viral no se aumentó y el predominio de lesiones de cáncer en el grupo de pacientes que tomaba anticonceptivos orales, fue de lesiones de tipo intraepitelial escamoso, pero dos veces menor en mujeres que toman la píldora sin infección. Durante un seguimiento de 223 mujeres, con genotipo para el virus de papiloma persistieron las lesiones, pero desapareció dentro de 4 a 8 semanas en 68% de las lesiones cervicales. De cualquier modo la proporción de mujeres con virus persistente quedó casi constante, e indica que éste subgrupo, estaría menos hábil para desarrollar una defensa contra la infección, y que directamente las píldoras anticonceptivas no eran causantes de modificaciones cervicales, si no que existía un factor agregado, como era el virus del papiloma humano. (8).

Se desarrollaron los métodos anticonceptivos actuales de manera gradual en 1950 y 1960.

De manera colectiva estos métodos pueden limitar el crecimiento de la población, aunque su aceptabilidad en niveles marginados permanece inaceptable.

El número de abortos ha subido progresivamente de < 130.000 en 1980 a > 170.000 en 1990, y más personas han buscado esterilización. En términos globales la población continúa aumentando en la balanza de la historia humana. Más de 800 millones de personas, igual a la población presente de América del Norte, Europa y Japón, aumentará la población del mundo de 5400 millones aproximadamente para el año 2000, con 95% de incremento localizado en regiones frágiles del Sur.

Mundial, en estos 8 años, aproximadamente 500 millones de abortos se ejecutará (> 40% por métodos inseguros), aproximadamente 80 millones de niños debajo de 1 año de edad morirá, y aproximadamente 5 millones de mujeres pierden sus productos por causas relacionadas al embarazo. Por arriba de los 100 millones de personas, principalmente en África, América Latina, India y Sureste de Asia, habrá llegado a ser infectado con virus del inmunodeficiencia adquirida. Presiones religiosas, comerciales y políticas continúan reprimiendo el desarrollo y distribución de productos anticonceptivos aunque algunos han cambiado su punto de vista. Los métodos anticonceptivos han ampliado el contexto de cuidado neonatal y salud materna. Nuevas oportunidades científicas son también evidentes, con potenciales avances en anticonceptivos a pasos agigantados.

Tres generaciones de anticonceptivos esteroideos, antiesteroideos, de liberación esteroidea, preparaciones inyectables de esteroides para hombres, diafragmas vaginales, están todos bajo ensayo clínico. Desarrollándose en términos más amplios, podría depender su especificidad por la manipulación y regulación de péptidos. Se investigan agonistas, antagonistas y unión a proteínas de la hormona GnRH y gonadotropinas en un intento de regular el eje pituitario gonadal de manera más precisa.

Inhibición de este eje requeriría la provisión de un reemplazo de esteroides de bajo nivel indicados de manera apropiada para proveer de manera positiva los cuidados de salud en el contexto de ciclo menstrual, cáncer del pecho y osteoporosis. Se hacen identificar esfuerzos e interceptar los signos muy específicos de embarazo, ovulación y ciclo menstrual con un enfoque clínico en la inmunoneutralización de betagonadotropina coriónica humana. Blancos más específicos y más aceptables incluyen a los péptidos de la zona de adherencia espermática, y activación del espermatozoide y espermatozoide.

La intercepción de estos signos prevendría fertilización, implantación o ambos y sin alteración del perfil hormonal del ciclo menstrual inalterado.(9)

Cuando se evalúa si se asocia el uso de un método particular de anticonceptivo con un aumento gradual de riesgo de cáncer cervical, es importante estar informado de los factores epidemiológicos que pueden llevar a conclusiones incorrectas. Después de una consideración cuidadosa de la información, y los resultados disponibles de los exámenes efectuados, se concluye que mujeres quienes usan anticonceptivos orales, posiblemente aumente su riesgo de cáncer invasivo cervical, los usuarios de métodos de barrera probablemente tienen un riesgo menor aunque el efecto de la protección, diferirá de entre los diversos tipos de método de barrera que utilizan y si se combinan otros métodos anticonceptivos, puede disminuir o incrementar su riesgo.(10).

Depo-provera (DMPA) es uno de los métodos anticonceptivos más utilizados. Se usa extensamente como un anticonceptivo de elección por mujeres de todas partes del mundo. El papel de éste hormonal inyectable es de ser de larga duración, La participación de el mismo en la etiología del cáncer entre ginecólogos es polémico, principalmente a causa de informes que manifiestan que aumentó la incidencia de cáncer de pecho y cáncer de endometrio en animales. Los pocos estudios en humanos para demostrar desarrollo de cáncer cervical asociado en mujeres que utilizan éste tipo de anticonceptivo no pudo demostrar una asociación clara. Estos estudios fueron limitados, por tamaños de muestra pequeños y el número pequeño de usuarios de Depo-provera por tiempos prolongados. Problemas metodológicos que amenazan la validez de estos resultados incluyen un sesgo, el cual puede confundir, la influencia del anticonceptivo ya que se agregaban otros factores como conducta sexual inadecuada uso de otros anticonceptivos agregados y que

podían establecer el incremento de riesgo .Un estudio que comprendió la evaluación del uso de depo-provera con la aparición de cancer in situ y cáncer invasivo de las células escamosas, se realizó en mujeres de menos de 50 años de edad con el diagnóstico histológico de carcinoma in situ o carcinoma invasivo del cervix uterino, se incluyeron características socio-demográficas, historia clínica, historia reproductiva y sexual historia anticonceptiva, y si fumaban o no . La proporción de desigualdades de los análisis de los usuarios y no usuarios de éste método anticonceptivo no fue concluyente, ya que influían otras variables que no se tomaron en cuenta como: tendencias en duración de DMPA , desde cuando inicio su uso y por cuanto tiempo , si lo interrumpió o fue continuo, fueron variables que confundieron los resultados.(11).

Pacientes que tomaban anticonceptivos orales en un intervalo de 13 meses, no mostró ningún cambio cualitativo en ninguno de los estudios mencionados, cambios como flogosis y ectropión estuvieron presentes en pacientes que tenían problemas agregados como el papilomavirus humano. La conclusión de este estudio demostró que los anticonceptivos orales no afectan al cervix uterino, a menos que exista un factor agregado.(12)

Se analizaron datos de un estudio de la relación de caso-mando la relación entre el uso de métodos del anticonceptivos de barrera y el riesgo de neoplasia cervical se comparó un total de 367 casos de cáncer del tipo invasivo en mujeres con edad menor a los 60 agregandose factores de riesgo y se compararon 316 casos de neoplasia cervical con 258 pacientes ambulatorias y que alguna vez utilizaron métodos de barrera como condón o diafragma , solo el 6% mostró cáncer invasivo. Considerando el número de pacientes que utilizan éste método a los que nunca lo utilizan, el riesgo de cáncer invasivo cervical fue de 0.4%. determinando que el método no fue influencia en sí para la aparición de neoplasia ya que si se incluyeron otro tipo de variables (13).

Evidencias recientes en la importancia del historial sexual han informado agentes transmisibles de cáncer cervical.

Estudios demostraron que frecuentemente aumentaba el riesgo de cáncer cervical en mujeres que utilizaron contraceptivos orales, mientras que los inactivadores de espermias a nivel vaginal parecían ser

proteccionistas , debido a su actividad antiviral, el cual es un factor predisponente para la aparición de displasias o neoplasias.

Se estudió la presencia de cambios cervicales en tejido endometrial en una muestra poblacional grande de mujeres que participaron en el programa para detección de cáncer cervical, respecto a periodos de tiempo diferentes de su ciclo menstrual y al método anticonceptivo que utilizaron. En el grupo total de mujeres en estudio, las celdas del tejido endometrial presentaban cambios cervicales en un promedio de 12% del total del grupo y eran mujeres que menstruaban cíclicamente, el índice de cambios cervicales en las celdas de tejido endometrial no eran dependientes de la edad .Sólo en mujeres por encima de los 52 años presentaron un número menor de cambios endometrio- cervicales positivos las cuales se encontraban dentro de la menopausia con un porcentaje del 0.6%.

En mujeres menstruantes la frecuencia de cambios cervicales en tejido endometrial era más alto después del día cuatro, por la fase proliferativa los porcentajes de cambios cervicales marcadamente se agudizaron. Durante la fase secretoria un promedio de 2% de los cambios cervicales se presentaron, en la fase premenstrual después de día 25 los porcentajes de cambios endometriales positivos disminuyeron nuevamente tornado a su apariencia rosa característica. Cuando se relacionó al método anticonceptivo diferencias significantes en los porcentajes de cambios cervicales de tejido endometrial aparecieron. En mujeres que utilizaron anticonceptivos del tipo hormonal oral, los números promedio de cambios en tejido endometrial por ciclo entero fue satisfactorio ya que los cambios eran significativamente bajos. Este fenómeno puede ser debido a la atrofia del endometrio. En mujeres que utilizan un aparato del tipo intrauterino en todo momento la frecuencia de cambios cervicales estuvo presente y eran significativamente más alto que los valores comparativos con mujeres que utilizaron cualquier otro método anticonceptivo o no lo utilizaron. La evaluación de los cambios que se originan en el endometrio. requiere experiencia considerable, se puede hacer la identificación de cambios endometriales con más confianza cuando el citólogo está informado de la fecha exacta del ciclo menstrual y del impacto que sufre el endometrio para hacerse manifiestos estos cambios sobre todo por anticonceptivos relacionados.(14)

Lesiones Precancerosas del cervix han llegado a ser un aspecto importante en las mujeres al cuidado de la salud en años recientes. Con el creciente uso del Papanicolaou se descubren lesiones cervicales en las fases tempranas, particularmente en mujeres jóvenes sexualmente activas. Desde adolescentes, usualmente buscan cuidado sólo durante los episodios de la enfermedad ya establecida, allí se monta la preocupación que las adolescentes con lesiones no detectadas estarían en riesgo de desarrollar cáncer del cervix de tipo invasivo, concomitante a que en ésta edad es cuando más se utilizan métodos anticonceptivos sin control médico.

Las Lesiones Precancerosas se describen bajo factores que influyen y aumentan el riesgo bajo los títulos siguientes: clasificación, patología, descubrimiento y cura, epidemiológica. Dentro de los factores de riesgo personales, se encuentran factores no mencionados por las pacientes. Estos riesgos se reducen a uso de anticonceptivos de barrera, o vasectomía, Tópicos agregados en la discusión de que los factores de riesgo personales incluyen infecciones genitales del tipo virus del papiloma humano, HSV-2, el cual no lleva relación con el uso previo de anticonceptivos, Esquistosomiasis, exposiciones a químicos tipo espermaticidas (óvulos, espumas, duchas). número de cigarrillos al día aunque éste no es un factor que aumento significativamente se relacionó a las mujeres que empezaron a fumar después de los treinta años con la existencia de una alteración sinérgica entre los VPH y los componentes carcinógenicos del tabaco, anticonceptivos orales como el dietillbestrol, terapia del tipo inmunosupresiva , quimioterapia, supositorios del tipo progesterona, consumo de alcohol, hábitos sexuales (compañeros sexuales múltiples, sexo desde la edad adolescente, higiene y otro factores como el socioeconómico. Aunque las lesiones precancerosas casi siempre son curables, el diagnóstico es a menudo traumático desde el punto de vista psicológico incrementa la necesidad de desarrollar terapias para proteger adolescentes con mayor riesgo lesiones cervicales por ignorancia.(15)

Sin embargo se llevaron a cabo trabajos en 12.036 pacientes en donde se demostró que el cáncer cervical depende de varios factores como ya se ha mencionado, pero mientras estos parámetros interactúan con los anticonceptivos, también trabajan independientemente en la predisposición para la aparición de cáncer cervical. Este estudio completo un censo llevado a cabo y con toma de muestras, hay todavía mucho trabajo por hacer para mejorar el valor de tales métodos y realizarlos en grupos más grandes de la población.(16)

El papel que discute la incidencia y peculiaridades de cambios proliferativos en la mucosa cervical y uterina en mujeres que utilizan anticonceptivos intrauterinos del tipo asa de Lipps' con un periodo aproximado por abajo de 12 años. Demostró que los anticonceptivos intrauterinos no son conducentes a incrementar la frecuencia de cáncer de cervix o de lesiones precancerosas ni fue el responsable de lesiones malignas a nivel de endometrio.

El Riesgo a transformación maligna del endometrio como un resultado de administración de anticonceptivos intrauterinos por no más de 12 años , fueron evaluados por análisis de las características del ciclo mitótico y el nivel de cromatina sexual en el endometrio. Ninguna

señal de procesos proliferativos fueron pronunciados o se descubrió en el endometrio de mujeres que tomaron anticonceptivos orales o del tipo intrauterino.

.Sin embargo un leve aumento de metafases y procesos mitóticos patológicos fueron observados en mujeres que utilizaron anticonceptivos por más de 7 años. (17).

Datos en el riesgo de muerte, asociados con diversos métodos anticonceptivos es incompleto. Por eso, se analizo la tasa de mortalidad en mujeres jóvenes ciudadinas de raza negra quienes han usado cuatro métodos de anticonceptivos orales del tipo acetato de depomedroxyprogesterona, dispositivos intrauterinos , diafragmas y métodos de barrera. La muestra de 30.580 mujeres entre los 15- a 44 años quienes acudieron a una clínica de planificación familiar entre 1967 y 1972 y cuya defunción ocurrió aproximadamente en 1977.

Cuarenta por ciento de las 218 muertes fueron por accidentes y violencia., se asociaron sólo dos muertes con embarazo y parto, las usuarias de los cuatro métodos murieron por causas similares Dado este estudio los efectos más posibles que pudieran agudizar la muerte fueron infecciones o trombosis que se presentaron a largo plazo.(18).

Un estudio en 77599 mujeres de Taiwan dio por resultado el descubrimiento de que 1.012 tenían cáncer uterino. 428 pacientes a quien se preguntó acerca de si tenían conocimiento de ésta enfermedad sólo 40

(9.35%) tenía conocimiento 587 pacientes se casaron a una edad por abajo de los 20 años, 323 estaba entre los 20-24 , 64 estaba entre los 25-29 años y 50 eran más grandes e incluso hasta los 60años. Veintisiete de 508 pacientes habían tenido dos o más maridos. Ochenta tres maridos y habían tenido otro compañero sexual, y 69 su compañero había tenido fimosis .El Cáncer uterino u otros cánceres habían sido de tipo hereditario y con respecto a anticonceptivos 25,66% nunca había usado anticonceptivos, 46,21% utilizó aparatos de tipo intrauterino, y 12,85% usó píldoras orales. Con respecto a clase social (Clases I-V), 57,77% de las pacientes estaba en las clases sociales más bajas (IV y V).Los Síntomas incluyeron cambios de carácter (44.77%), lumbago (23.27%), menstruación irregular (24.18%) dolor abdominal (20.59%), y problemas vaginales asociados a prurito (12.91%).(19).

La prevención de carcinoma del cervix uterino depende de exámenes de rutina. Deben comenzar poco después la primera relación sexual y entonces se lleva a cabo una vez cada 2 años hasta la edad de 30, cada 3 años entre 40 y 55 . Después de 55 años se debe aconsejar un examen cervical cada 5 años aunque la probabilidad de descubrir un carcinoma de cervix es muy pequeño si la mujer ha respondido bien durante éstos años. De cualquier modo que, cuando hay un riesgo alto, en particular durante el control de la fertilidad con anticonceptivos orales, se deben tomar una vez al año. Este tipo de descubrimiento es más posible. El descubrimiento de carcinoma del pecho requiere auto-palpación del pecho y mamografía Se debe ejecutar una de base entre los 35 y 40 En la ausencia de un factor de riesgo, y si las muestras de mamografía son de densidad baja se realizará una cada 5 años hasta los 50 años de edad como sugerencia.

En casos de riesgo alto o si los pechos son más densos, después de los 50 años la mamografía anual es estrictamente requisito hasta la edad de 70 años. (20).

Se presentan los resultados de un estudio de 3 años diseñado a determinar si el semen depositado en el canal vaginal de mujeres casadas puede reducir la incidencia de cáncer del pecho. Los resultados indicaron que al amplio uso de métodos de barrera como condón y el coito interrumpido causaron un 4.6-5.2 más el acrecentamiento en el riesgo de desarrollar cáncer del pecho. Una hipótesis que trata de explicar estos hallazgos, sugiere que el semen humano posee algunos factores biológicamente activos que son necesarios para funciones reproductivas en ambos sexos y esa ausencia de exposición a estos factores del semen,

aumenta el riesgo de cáncer del pecho. Se concluye que éste representaría un riesgo de salud mayor en mujeres casadas en los Estados Unidos a causa del uso de estos métodos para regulación de fertilidad en edad reproductiva, atribuyendo el 80% del efecto causal de cáncer del pecho a largo plazo, el uso de condón y coito interrumpido .(21)

De acuerdo a los diversos estudios realizados no se puede asegurar que los anticonceptivos por si solos sean los agentes causales, sino que varios factores epidemiológicos influyen en la aparición de cáncer o lesiones premalignas, las cuales fueron estudiadas, por ejemplo factores postnatales, higiene vaginal a base de duchas y dietas con carencias nutricionales, así como el uso de anticonceptivos orales y condón, múltiples compañeros sexuales y asociación de virus de papiloma humano son factores predisponentes para la aparición de lesiones de éste tipo y no se pueden determinar como agentes causales aislados para la aparición del mismo. (22)

CAPITULO II.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Conocer la relación de los métodos anticonceptivos para generar cambios celulares a tal grado de producir displasias o cáncer insitu .

¿Es importante determinar la influencia que ejercen los métodos de planificación familiar por si mismos, independientemente de factores agregados que pudieran contribuir a los cambios morfológicos celulares, y sin importar que tipo de método sea el utilizado, por que periodo de tiempo y a que edad se inicio su uso? .

Uno de los principales motivos de la población que asiste al servicio de planificación familiar y que se niega a utilizar algún método o no desea continuar con el programa de planificación familiar, plantea la pregunta , de que si el método que elija condicionará lesiones malignas, inquietud que nos lleva a realizar la búsqueda de ésta influencia en mujeres mexicanas y específicamente de ésta región, y de ésta manera poder proporcionar información veraz , evitando así la información errónea o exagerada, que se maneja entre la misma población , lo que condiciona en consecuencia el aumento de población, por embarazos no planeados o no deseados, con los consecuentes problemas intrafamiliares que este genera.

A diferencia de los países desarrollados la incidencia de displasias es mayor en América latina, sin embargo que tan determinante es que el uso de anticonceptivos de cualquier tipo generen el desarrollo de éstas

México ocupa el primer lugar de mortalidad por cancer cervicouterino, y es la primera causa de muerte en la mujer mexicana a partir de los 45 años de edad.(5).

CAPITULO III.

JUSTIFICACIÓN

La explosión demográfica es uno de los principales problemas que se presentan en el sector salud, ya que conlleva al aumento de la morbilidad tanto en mujeres como en niños, así como también un importante incremento en el índice de mortalidad del binomio.

Condicionado por factores como pobreza, falta de servicios médicos en áreas marginadas, las cuales carecen de información precisa acerca de los métodos de planificación familiar, patrones culturales, y creencias religiosas, así como información viciada sobre el efecto que ejercen los métodos de planificación familiar para la aparición de displasias, nos representa un problema para que exista aceptación de los mismos, reflejándose con aumento de la población sobre todo en áreas marginadas. Como médicos es nuestra obligación aportar información verídica con respecto a esta predisposición para generar lesiones malignas.

Múltiples estudios se han realizado a nivel mundial para establecer esta relación, en base a muestreo de pacientes en edad reproductiva que utilizaban algún método de planificación familiar sin importar si existía algún otro factor de riesgo, no pudiendo afirmar aún si los métodos de planificación familiar por si mismos condicionan dichos cambios.(23)

El presente estudio se lleva a cabo con la finalidad de demostrar que tan alta es esta incidencia entre mujeres que acuden al servicio de planificación familiar en la Clínica Hospital ISSSTE de Celaya Guanajuato, y la relación de otros factores agregados que contribuyen a la aparición de displasias.

En base a los resultados obtenidos proporcionar una información mas acorde con el problema y que factores en conjunto con los métodos de planificación familiar contribuyen a este hecho, tratando de evitar el rechazo por los mismos o la deserción, e incrementar la población que utilice métodos de planificación familiar y disminuir la explosión demográfica sobre todo en áreas marginadas y concienciar sobre la importancia de la re

alización de estudio de Papanicolaou sobre todo en éste tipo de pacientes.

CAPITULO IV.

OBJETIVOS.

Objetivo General.

Conocer la relación que existe, entre los métodos de planificación familiar con la generación de displasias en mujeres en edad reproductiva y con vida sexual activa, que utilizan métodos invasivos y no invasivos de planificación familiar en estudio prospectivo a seis meses en la Ciudad de Celaya Gto.

Objetivo específico.

Conocer la incidencia de los métodos de planificación familiar invasivos y no invasivos en la aparición de displasias:

1. En una muestra poblacional de 772 pacientes
2. Grupo de edad de 20-35 años.
3. Con vida sexual activa
4. Que utilicen métodos de planificación familiar: DIU, Método del Ritmo, Hormonales, Espermaticidas.
5. Con estudio citológico Papanicolau con resultados positivos a displasia.
6. En un periodo de tiempo comprendido a 6 meses.

CAPITULO V.

METODOLOGIA

Tipo de Estudio.

Clínico o aplicado.

El trabajo de investigación está planeado para la generación de nuevos conocimientos sobre procesos patológicos que afectan al ser humano, en éste caso la influencia patológica que puede ejercer un método anticonceptivo invasivo o no invasivo , encaminado a proporcionar el bienestar del paciente proporcionando información verídica de acuerdo a ésta relación.

Tipo de Investigación .

Prospectivo: Se realizo a futuro 6 meses Enero- Junio.

Observacional: Se presenció el fenómeno a través del estudio de Papanicolaou sin modificar las variables.

Transversal : por que se examinaron las características del grupo durante un tiempo limitado a seis meses.

Comparativo: se estableció la comparación entre los diversos métodos de planificación familiar y el que mayor incidencia tuvo para la generación de displasias .

Abierto: Se presentaron varias condiciones que podían modificar las variables en el estudio.

Universo de estudio:

El estudio se llevó a cabo en la Clínica Hospital ISSSTE de la Ciudad de Celaya, Guanajuato, en mujeres que utilizan, algún método anticonceptivo, en edad reproductiva y con vida sexual activa, que acudieron al servicio de Medicina preventiva para realizar estudio de Detección Oportuna de Cáncer, a través de examen de Papanicolaou.

Tipo y Características de la Muestra:

La muestra poblacional, de 772 pacientes que acudieron en un tiempo establecido de 6 meses iniciando en el mes de Enero y terminando en el mes de Junio de 1994 y las cuales deberían reunir los criterios de inclusión, exclusión, y eliminación.

Criterios de Inclusión:

Estar en edad reproductiva entre los 20 y 35 años de edad, utilizar cualquier método de planificación familiar o combinados, sin importar el tiempo que llevan usandolo, tener vida sexual activa sin importar edad de inicio, y acudir al servicio de medicina preventiva para realización de Papanicolaou, sin tomar en cuenta su condición socioeconómica, hábitos sexuales y si acudían de puestos periféricos.

Criterios de Exclusión:

Se excluyeron las pacientes que sobrepasaban la edad de 35 años, las pacientes hysterectomizadas, climatéricas y en menopausia, así como las que estaban lactando o que tenían alguna patología agregada que pudiera modificar el resultado histopatológico.

Criterios de Eliminación:

Se eliminaron las pacientes que durante el curso del estudio se embarazaron o desertaron del método anticonceptivo planeado, y en los casos que se presentó enfermedad concomitante.

Variables de Estudio:

Las variables fueron agrupadas por método anticonceptivo utilizado, con representación gráfica en porcentaje y resultado obtenido en cuanto a estudio citológico manifestándose como NI, (negativo I) para aquellas pacientes que no tuvieron modificaciones a nivel de cuello o endometrio o fueron escasas. NII, (negativo II) para las pacientes que presentaron modificaciones leves a moderadas, DI-IV (displasia grado I-IV), para las que presentaron cambios considerables y PI-IV (positivo I-IV) para cáncer in situ expresado también en porcentaje.

CAPITULO VI.

CAPTACION DE LA INFORMACION

Los procedimientos para la captación de información, se inicio por interrogatorio directo a las pacientes cuestionando, que tipo de método anticonceptivo usaban, cuanto tiempo lo ha usado , edad, estado civil, inicio de vida sexual activa, si deseaba seguir usando el método y por cuanto tiempo, y si padecía alguna enfermedad agregada. Posteriormente en el servicio de medicina preventiva se realizó el estudio citológico, por medio de toma de muestra colposcópica para cada paciente y análisis posterior del tejido en estudio. Los resultados se recolectaron en la libreta de registro del servicio de Medicina Preventiva, donde se incluían los siguientes parámetros:

1.- Fecha del estudio:

2.- Número progresivo de identificación de laminilla con los dos últimos dígitos del año en el que se realizó dicho estudio.

3.- Nombre de la paciente y número de cédula de su expediente, dirección y teléfono.

4.- Tipo de método de planificación familiar.

5.- Menarca, inicio de vida sexual activa , historia obstétrica, y resultado del estudio realizado impreso en el margen superior izquierdo.

(Se anexa ejemplo de formato)

Dentro de los recursos humanos que participaron para la realización de dicho estudio, se contó con la colaboración del personal del servicio de medicina preventiva, que incluye personal de enfermería y médico capacitado para la realización del estudio de Papanicolaou, una trabajadora social, quien se encarga de la

captación de datos estadísticos , o recabar los estudios realizados. Jefe del Servicio de Medicina Preventiva quién autorizó la realización del estudio y proporcionó las facilidades para el mismo.

Se contó con los recursos materiales, con los cuenta el Servicio de Medicina Preventiva para la toma de muestra de Papanicolaou como son:

Mesa de exploración con piñeras, equipo para toma de muestra citológica donde se incluye espejo vaginal estéril, isópos estériles, pinza de anillos y pinza Phosi , juego de laminillas estériles, guantes desechables . y lápiz con punta diamante para identificación de la muestra, libreta de registro de datos, laca fijadora, microscopio para la captación de células malignas.

Los recursos económicos, en vista que el estudio se realizó a nivel institucional, no fueron cuantificados.

CAPITULO VII.

RESULTADOS.

Los datos estadísticos sometidos a la prueba CHI- cuadrada, no reportó diferencias significativas.

Los datos se desglosan por mes y se agrupan de acuerdo al método anticonceptivo referido por las pacientes, graficándose por porcentajes los más y menos utilizados, así como las omisiones de las pacientes que no quisieron referir que tipo de planificación familiar utilizaban .

El resultado citológico se expresa también en porcentajes , manifestando la incidencia de lesiones premalignas o malignas y el tipo de método que utilizaban éstas pacientes.

En el mes de Enero, Tabla I nos representa una muestra de 103 pacientes que acudieron en éste mes, y de las cuales el 28% tenían salpingoclasia bilateral, 7% utilizaban hormonales inyectables u orales, 6% se controlaba por método del ritmo, 5% con óvulos y 1% su pareja tenía vasectomía , DIU se presentó con un 9%, y el 42% de las pacientes que acudieron al servicio no quisieron manifestar el tipo de método que utilizaban .

Los resultados citológicos reportaron:

- 37% de negativoI.
- 63% Negativo-II
- 0% sopechosos
- 0% displasias.

La Tabla II muestra 144 pacientes que acudieron durante el mes de Febrero el porcentaje de métodos anticonceptivos se desglosa como sigue:

- Salpingoclasia bilateral 23%.

- Ritmo 10%.
- Ovulos 7%
- Vasectomía 8%
- Preservativo 5%
- DIU 8%
- Hormonales 6%
- Coito Interrumpido 1%.

El examen citológico en la tabla 8 muestra que de 144 pacientes 72 fueron NI., 69 N II sospechoso 2 de las cuales una utilizaba DIU y otra ritmo. Se reporto una displasia grado I la paciente utilizaba DIU.

La distribución de los métodos anticonceptivos en el mes de marzo reporto:

salpingoclasia bilateral 33%,

- Hormonales 10%,
- Ritmo 16% ,
- óvulos 1%,
- Vasectomía 1%,
- Preservativo 7%,
- DIU 6%
- 27% omisiones.

En relación a la citología 47% resulto NII, 50% NI, sospechoso 1% , displasia 1.% , positivo I 1%.

La paciente con resultado de positivo I utilizaba como método de planificación familiar el ritmo. Las pacientes con displasia una utilizaba hormonales tipo oral y la segunda paciente ritmo. Las pacientes con resultados sospechosos sus métodos de planificación familiar fueron vasectomía y ritmo.

En el mes de Abril la figura 4 nos representa el porcentaje de métodos de planificación más utilizados durante ese mes con una muestra poblacional de 122 pacientes.

- Salpingoclasia bilateral con 29%,
- ritmo 25%,
- Hormonales 5%
- óvulos 1%,
- vasectomía 2%,
- preservativo 2%,
- DIU 7%,
- 29% de omisiones.

Los resultados citológicos representan el porcentaje de NI 45%, NII 54% , Positivo I 1%, no se reportaron displasias durante este mes ni casos sospechosos.

La paciente con resultado positivo a cáncer de tipo epidermoide utilizaba como método de planificación familiar DIU por espacio de 2 años y medio.

En el mes de mayo los resultados fueron los siguientes

- salpingoclasia 29%,
- ritmo 6%,
- óvulos 1%,
- preservativos 3%
- DIU 7%,
- Hormonales 3%
- 51 % de omisiones.

El examen citológico reportó las siguientes incidencias NII 52%, NI 47 % Positivo I 1% en una muestra poblacional de 116 pacientes que acudieron en este mes.

En el mes de Junio la muestra poblacional fue de 153 pacientes

salpingocalsia 26%,

- Ritmo 7%,
- óvulos 5% ,
- preservativos 3% ,
- DIU 10% ,
- Hormonales 1%,
- Omisión 45%.

El resultado citológico reporta 33% NI, 66% NII , positivo I 1% en donde la paciente presentaba salpingoclasia bilateral de hace 5 años.

Los resultados finales se resumen de la siguiente manera:

Muestra: 772 pacientes.

- NI 326 pacientes
- NII 435 pacientes
- Positivos 4 pacientes
- Displasias 3 pacientes
- Sospechoso 4 pacientes.

De 61 pacientes en general que utilizaban como método de planificación familiar DIU resulto :

- 1 displasia
- 1 sospechoso.

De 41 pacientes que utilizaban hormonales resultado:

- 1 displasia.

De 91 pacientes que se controlan por ritmo resultado:

- 1 displasia.
- 2 cáncer in situ.
- 2 sospechosos.

De 7 pacientes cuya pareja se realizó vasectomía resultado:

- 1 sospechoso

De 226 pacientes con salpingoclasia bilateral resultado.

- 1 positivo.

CAPITULO VIII
TABLAS Y GRAFICAS.

Gráfica No 1

Distribución del método anticonceptivo de los pacientes del mes de :

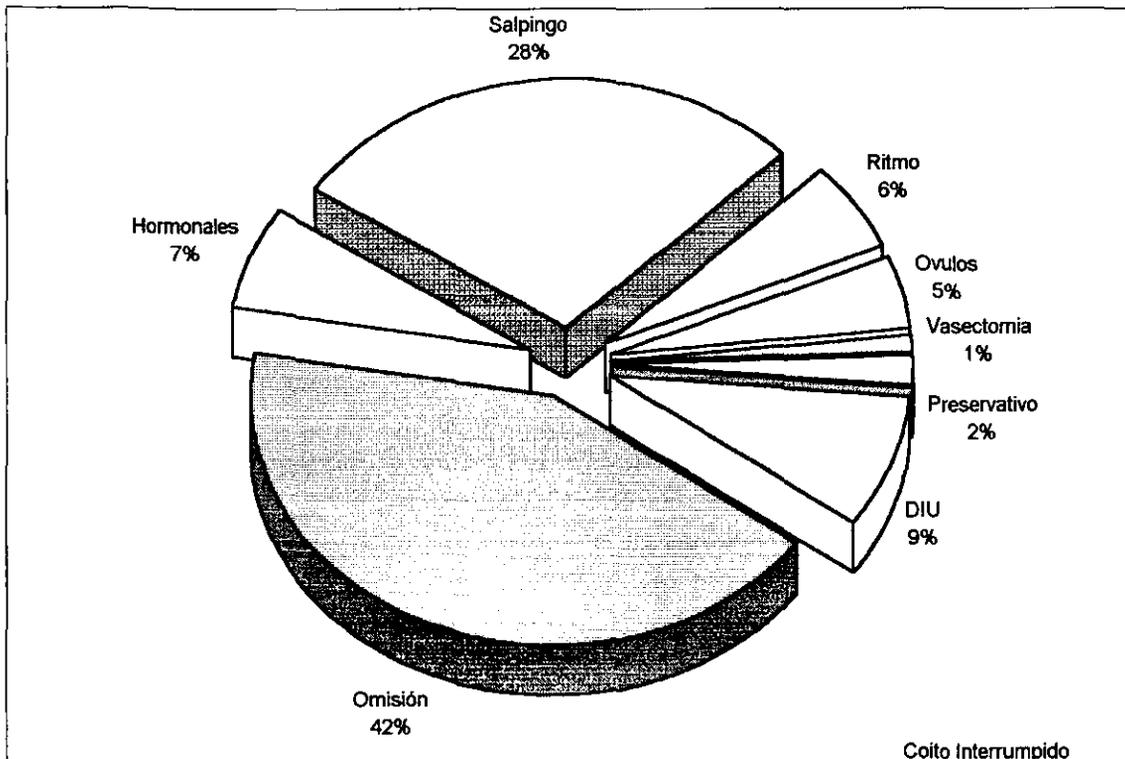
ENERO

figura 1. representación gráfica de los métodos anticonceptivos en una muestra de 103 pacientes de la Clínica Hospital ISSSTE Celaya Gto.

Metodo:	Pacientes
Hormonales	7
Salpingo	29
Ritmo	6
Ovulos	5
Vasectomia	1
Preservativo	2
Coito Interrumpido	0
DIU	9
Omisión	44
Total de pacientes:	103

Tabla 1. Distribución de la muestra de anticonceptivos más utilizados en el mes de Enero.

Resultados Obtenidos del Estudio de Papanicolaou a las Pacientes que Utilizaron los Métodos Anticonceptivos Descritos, en el mes de: Enero.

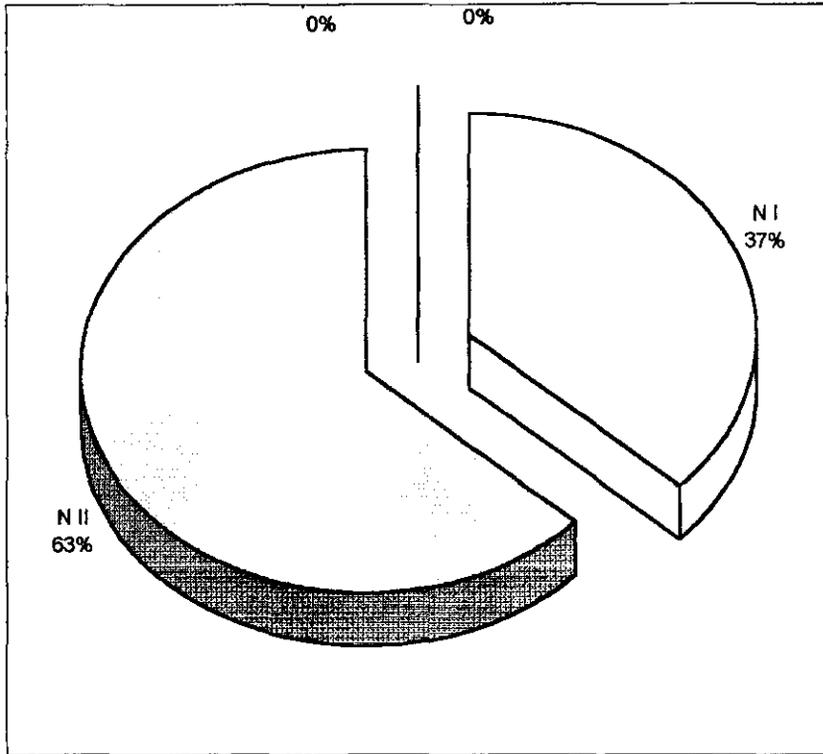


Fig. 7 Representación del Índice de Displasias de la Clínica Hospital ISSSTE Celaya Gto.

Resultados	Pacientes
N I	38
N II	65
D I-IV	0
Sospechoso	0
Total:	103

Tabla 7. Resultados Del Exámen Papanicolaou realizados a pacientes de la clínica Hospital ISSSTE Celaya gto en el mes de Enero

Gráfica No 3

Distribución del método anticonceptivo de los pacientes del mes de: FEBRERO

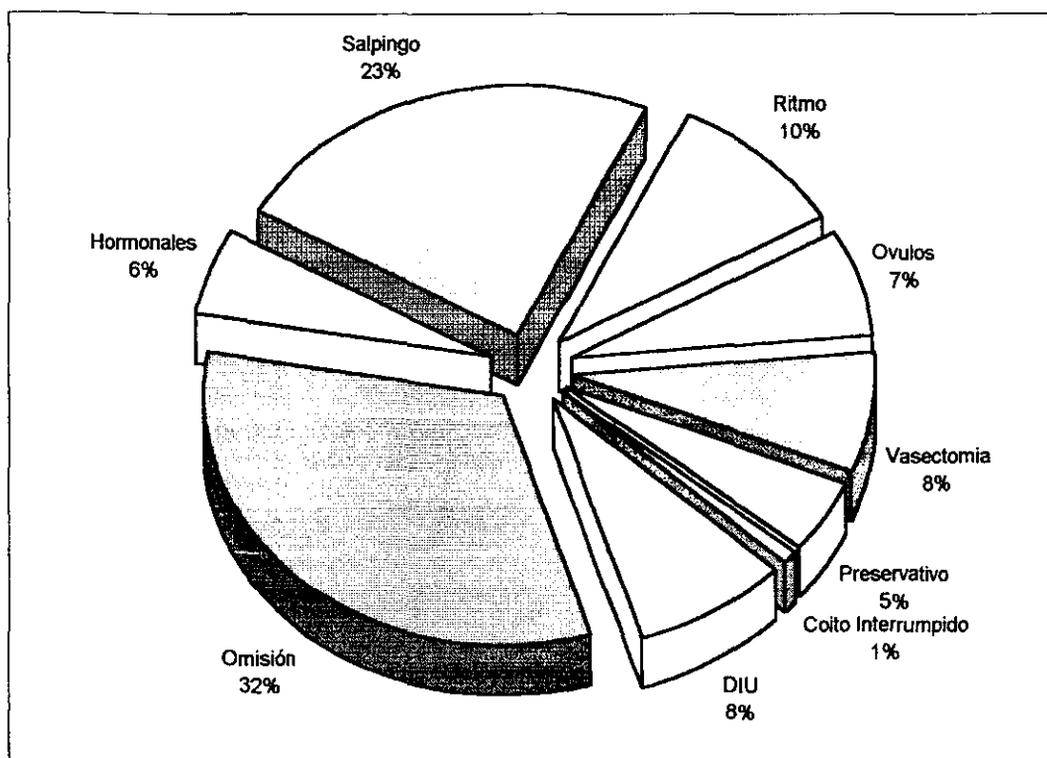


figura 2. representación gráfica de los metodos anticonceptivos en una muestra de 144 pacientes De la Clínica Hospital ISSSTE Celaya Gto. En el mes de Febrero.

Metodo:	Pacientes
Hormonales	8
Salpingo	34
Ritmo	14
Ovulos	10
Vasectomia	11
Preservativo	7
Coito Interrumpido	1
DIU	12
Omisión	47
Total de pacientes:	144

Tabla 2. Distribución de la muestra de los métodos anticonceptivos mas utilizados en el mes de febrero

Resultados Obtenidos del Estudio de Papanicolaou a las Pacientes que Utilizaron los Métodos Anticonceptivos Descritos, en el mes de: Febrero

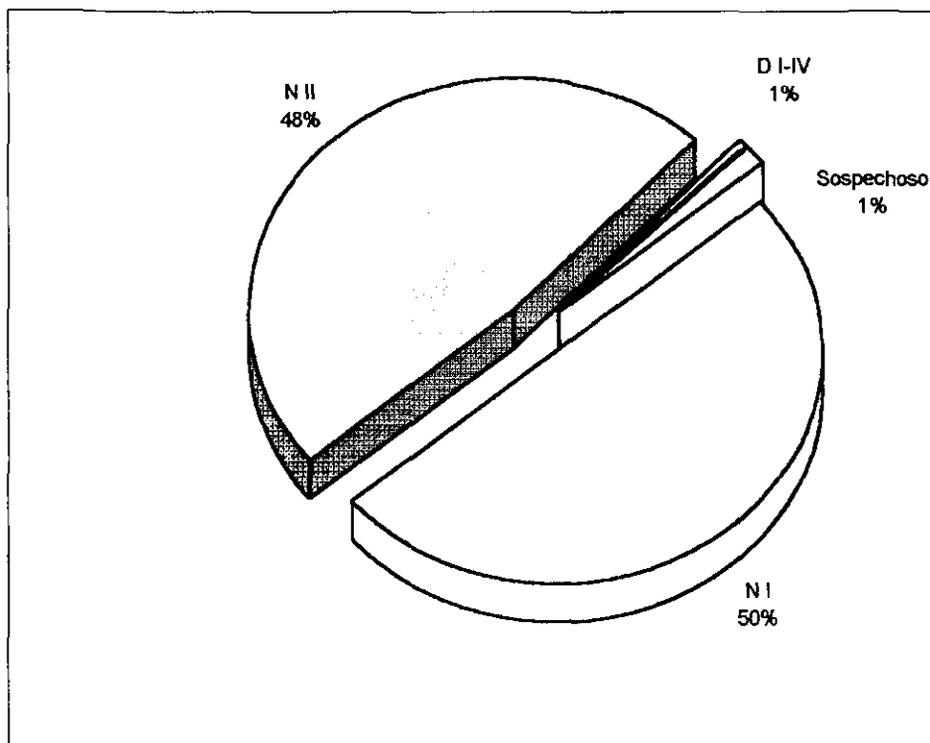


Fig.8 Representación del Índice de Displasias de la Clínica Hospital ISSSTE Celaya Gto.

Resultados	Pacientes
N I	72
N II	69
D I-IV	1
Sospechoso	2
Total:	144

Tabla 8. Resultados Del Exámen Papanicolaou realizados a pacientes de la clínica Hospital ISSSTE Celaya Gto en el mes de Febrero

Gráfica No 5

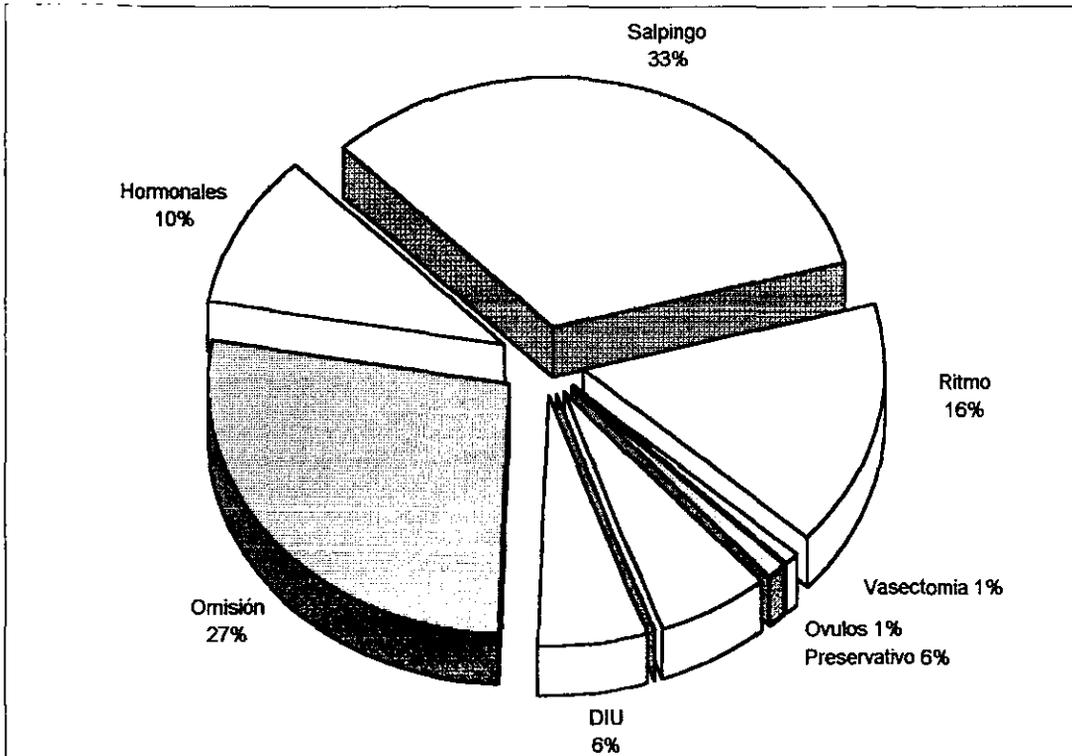
Distribución del método anticonceptivo de los pacientes del mes de: **MARZO**

figura 3. representación gráfica de los métodos anticonceptivos en una muestra de 151 pacientes de la Clínica Hospital ISSSTE Celaya Gto.

Metodo:	Pacientes
Homonales	15
Salpingo	50
Ritmo	24
Ovulos	1
Vasectomia	2
Preservativo	9
Coito Interrumpido	0
DIU	9
Omisión	41
Total de pacientes:	151

Tabla 3. Distribución de la muestra de los métodos anticonceptivos más utilizados en el mes de marzo.

Resultados Obtenidos del Estudio de Papanicolaou a las Pacientes que Utilizaron los Métodos Anticonceptivos Descritos, en el mes de: Marzo

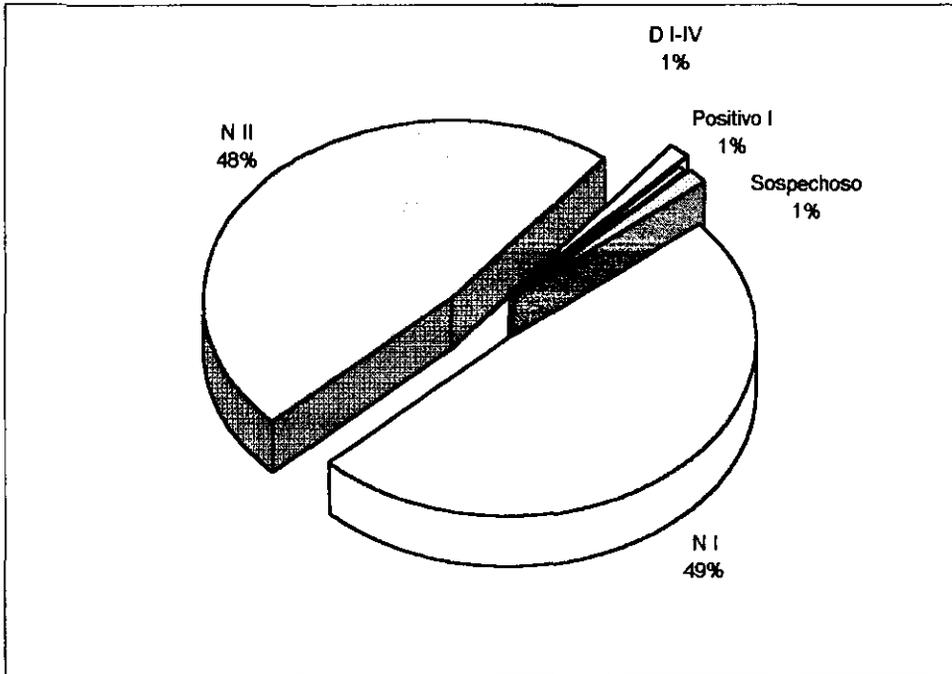


Fig. 9 Representación del Índice de Displasias de la Clínica Hospital ISSSTE de Celaya Gto.

Resultados	Pacientes
N I	74
N II	72
D I-IV	2
Positivo I	1
Sospechoso	2
Total:	151

Tabla 9. Resultados Del Exámen Papanicolaou realizados a pacientes de la Clínica Hospital ISSSTE de Celaya Gto. En el mes de Marzo

Gráfica No 7

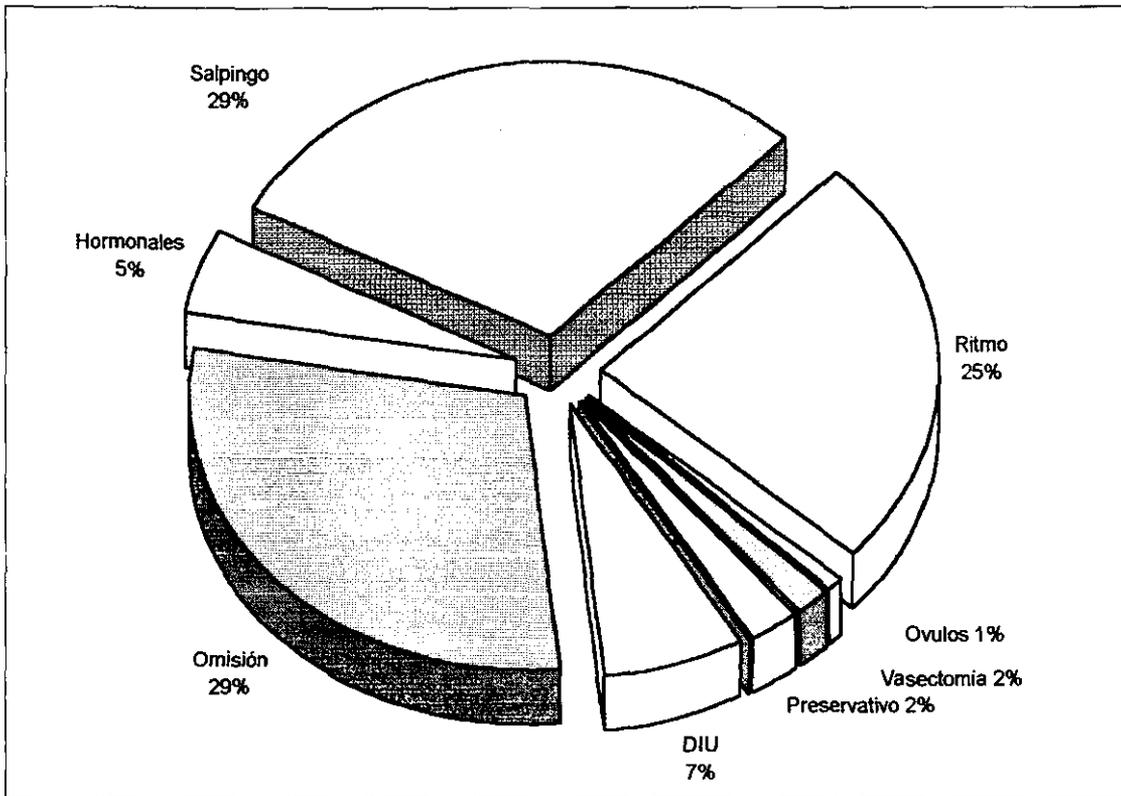
Distribución del método anticonceptivo de los pacientes del mes de: **ABRIL**

figura 4. representación gráfica de los métodos anticonceptivos en una muestra de 122 pacientes de la Clínica hospital ISSSTE Celaya Gto en el mes de abril.

Metodo:	Pacientes
Hormonales	6
Salpingo	36
Ritmo	30
Ovulos	1
Vasectomia	2
Preservativo	3
Coito Interrumpido	0
DIU	8
Omisión	36
Total de pacientes:	122

Tabla 4. Distribución de la muestra de anticonceptivos más utilizados en el mes de abril.

Resultados Obtenidos del Estudio de Papanicolaou a las Pacientes que Utilizaron los Métodos Anticonceptivos Descritos, en el mes de: Abril

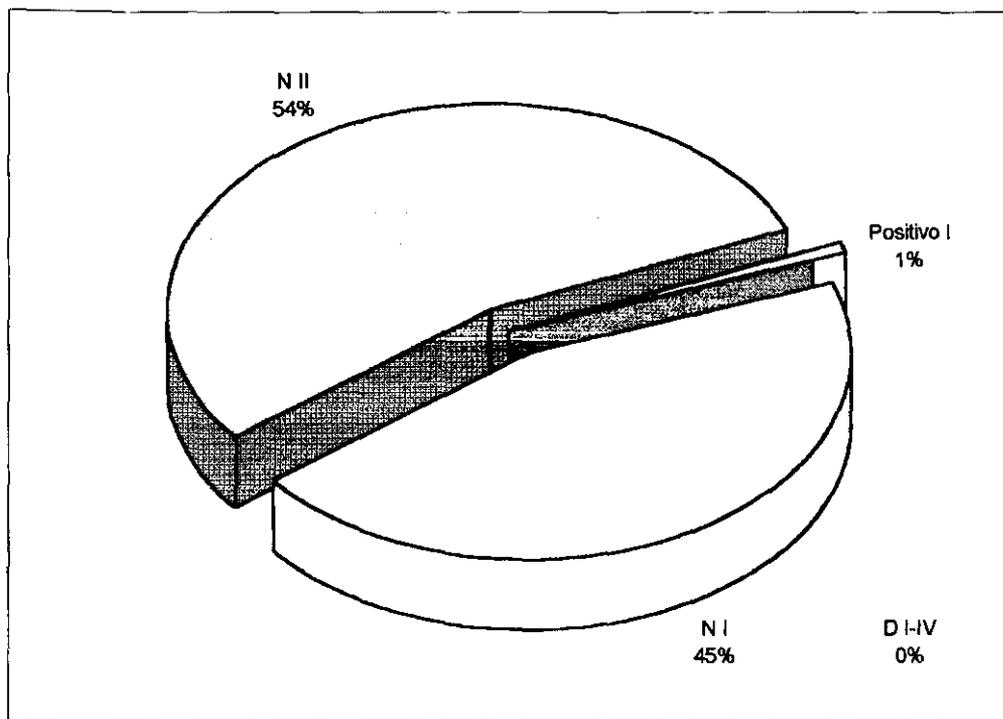


Fig. 10 Representación del Índice de Displasias de la Clínica Hospital ISSSTE Celaya Gto.

Resultados	Pacientes
N I	55
N II	66
D I-IV	0
Positivo I	1
Sospechoso	0
Total:	122

Tabla 10. Resultados Del Exámen Papanicolaou realizados a pacientes de la Clinica Hospital ISSSTE Celaya Gto en el mes de abril

Gráfica No 9

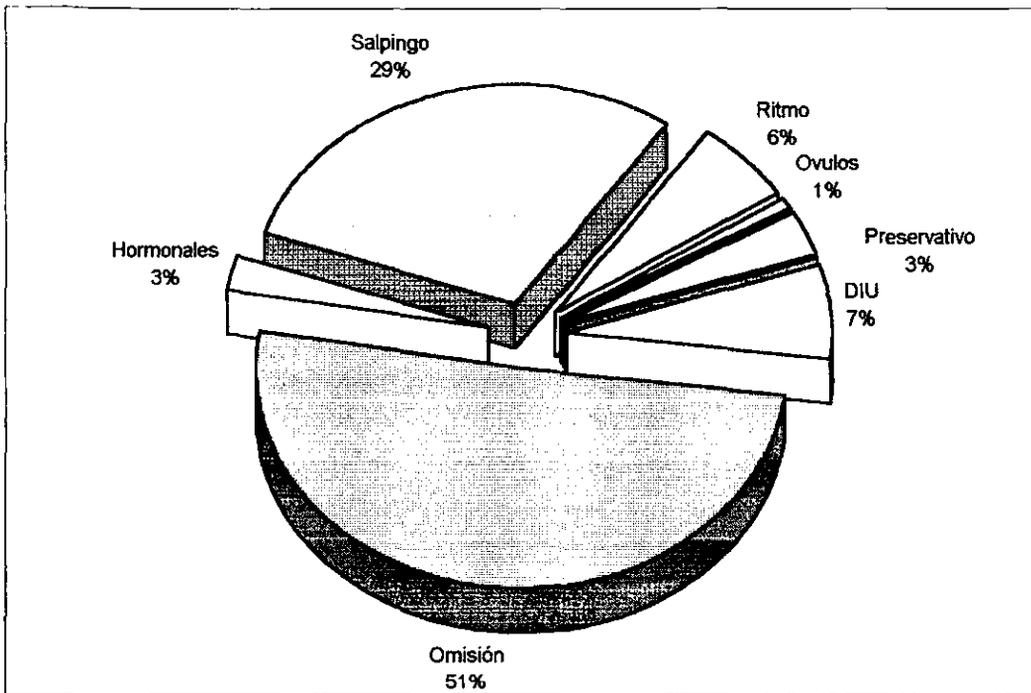
Distribución del método anticonceptivo de los pacientes del mes de: **MAYO**

figura 5. representación gráfica de los métodos anticonceptivos en una muestra de 116 pacientes de la Clínica Hospital ISSSTE Celaya gto.

Metodo:	Pacientes
Hormonales	3
Salpingo	34
Ritmo	7
Ovulos	1
Vasectomia	0
Preservativo	4
Coito Interrumpido	0
DIU	8
Omisión	59
Total de pacientes:	116

Tabla 5. Distribución de la muestra de los métodos anticonceptivos mas utilizados en el mes de Mayo.

Resultados Obtenidos del Estudio de Papanicolaou a las Pacientes que Utilizaron los Métodos Anticonceptivos Descritos, en el mes de: Mayo

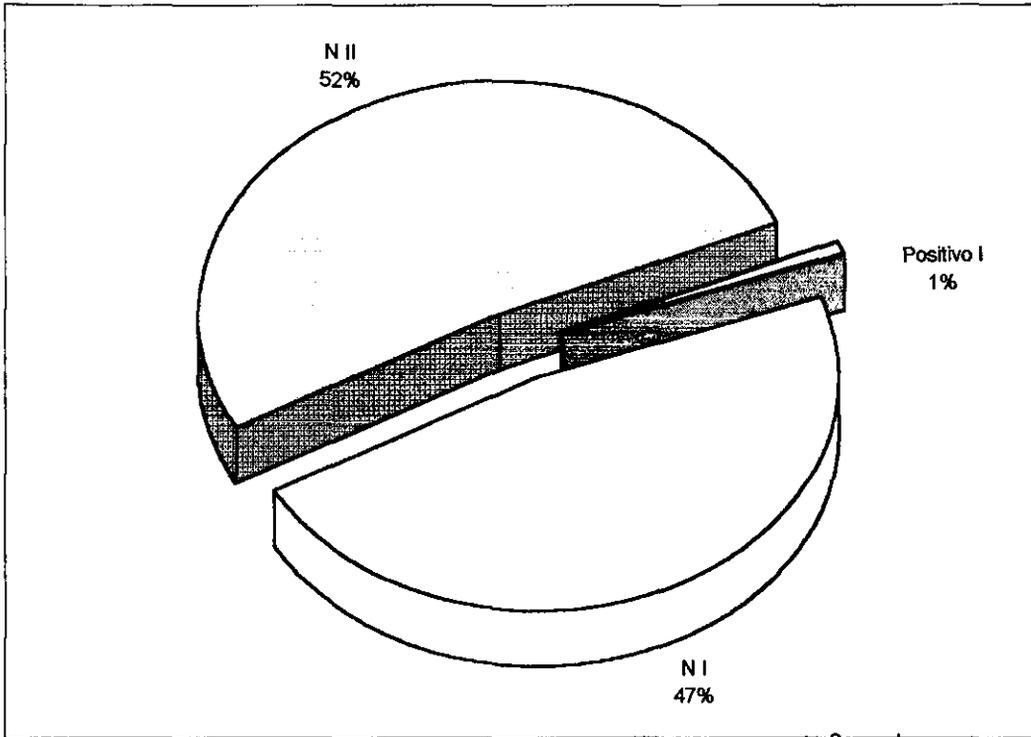


Fig. 11 Representación del Índice de Displasias de la Clínica Hospital ISSSTE Celaya Gto.

Resultados	Pacientes
N I	55
N II	60
D I-IV	0
Positivo I	1
Sospechoso	0
Total:	116

Tabla 11. Resultados Del Exámen Papanicolaou realizados a pacientes de la clínica Hospital ISSSTE Celaya gto. En el mes de Mayo

Gráfica 11.

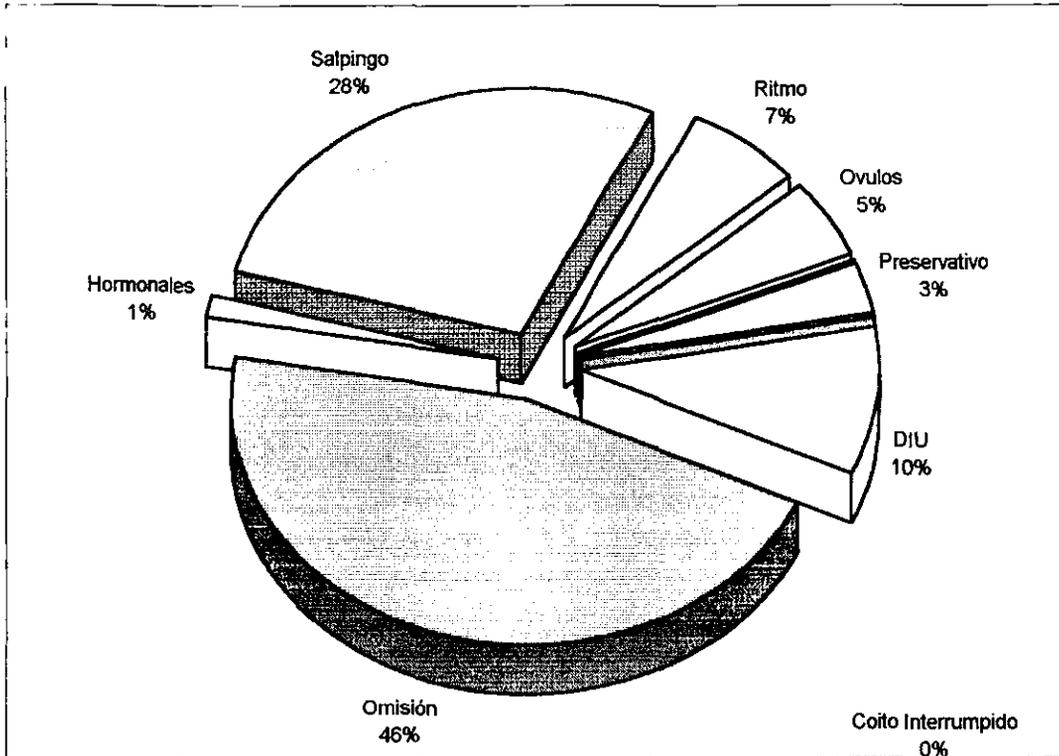
Distribución del método anticonceptivo de los pacientes del mes de: **JUNIO**

figura 6. representación gráfica de los métodos anticonceptivos en una muestra de 153 pacientes de la Clínica Hospital ISSSTE Celaya gto.

Método:	Pacientes
Hormonales	2
Salpingo	43
Ritmo	10
Ovulos	8
Vasectomia	0
Preservativo	5
Coito Interrumpido	0
DIU	15
Omisión	70
Total de pacientes:	153

Tabla 6. Distribución de la muestra de los métodos anticonceptivos más utilizados en el mes de junio.

Resultados Obtenidos del Estudio de Papanicolaou a las Pacientes que Utilizaron los Métodos Anticonceptivos Descritos, en el mes de: Junio

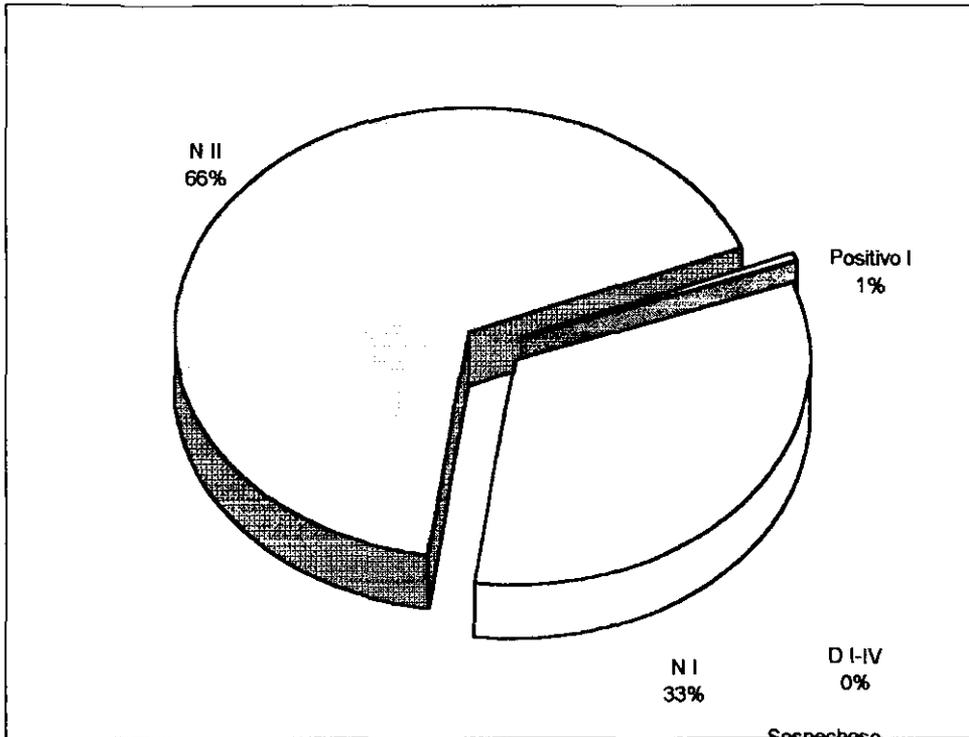


Fig. 12 Representación del Índice de Displasias de la Clínica Hospital ISSSTE Celaya Gto

Resultados	Pacientes
N I	50
N II	102
D I-IV	0
Positivo I	1
Sospechoso	0
Total:	153

Tabla 12. Resultados Del Exámen Papanicolaou del mes de Junio realizados a pacientes de la Clínica Hospital ISSSte Celaya gto.

Resultados Finales Obtenidos Por Exámen Papanicolaou

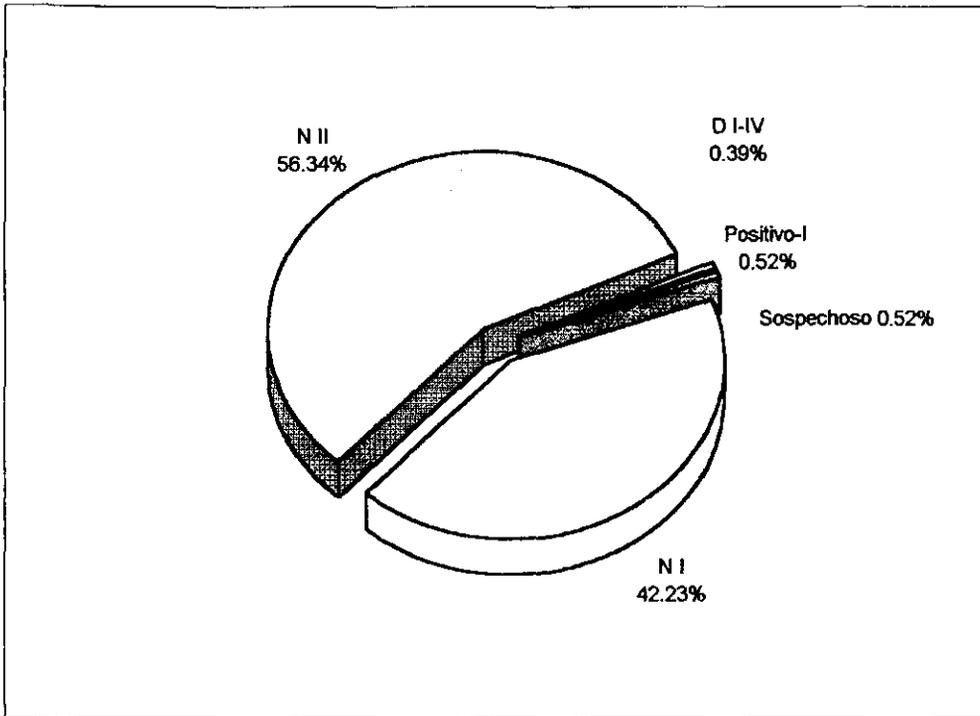


Fig.13 Distribución grafica Porcentual de los Resultados Obtenidos de la clínica hospital ISSSTE de Celaya, Gto. de Enero a Junio de 1995

Resultados	Pacientes	Porcentaje
N I	326	42.2279793
N II	435	56.3471503
Positivo I	4	0.51813472
D I-IV	3	0.38860104
Sospechoso	4	0.51813472
Total:	772	100

Tabla 13. Resultados Finales obtenidos de la clínica hospital ISSSTE de Celaya, Gto. de Enero a Junio de 1995

CAPITULO XI

DISCUSION.

Los resultados obtenidos en el presente estudio, nos permite observar la baja incidencia de displasias relacionadas con métodos de planificación familiar, en la mayoría de los casos el método de planificación familiar era de tipo no invasivo.

De 91 pacientes que utilizaron el método del ritmo, resultó:

- 1 displasia : IVSA 14 años, edad 39 años.
- 2 cancer in situ.
 1. IVSA 17 años, edad 43 años.
 2. IVSA 20 años, 4compañeros sexuales, edad 46 años.
- 2 sospechosos
 1. IVSA 15 años, 3 compañeros sexuales. edad 37 años
 2. IVSA 19 años, 5 compañeros sexuales , edad 48 años.

En relación a los hormonales orales e inyectables de 41 pacientes solo resulto:

- 1 displasia, IVSA 15 años utilizando hormonales desde ésta edad. Edad 28 años.

Lo cual en comparación con resultados de la bibliografía consultada concuerda la baja incidencia de estos como precursores en la generación de displasias.

La paciente tenia como factor agregado precursor de displasias únicamente el IVSA a edad muy temprana y el periodo prolongado de uso de hormonales.(1) (10) (11).

De acuerdo a métodos de tipo invasivo que generan cambios inflamatorios más agresivos, del tipo de dispositivo intrauterino, de 61 pacientes que utilizaban éste metodo solo se reporto:

- 1 displasia: IVSA 24 años, DIU por dos años, edad 27 años.
- 1 sospechoso: IVSA 20 años, DIU por 7 años edad 37 años

Lo que nos hace ver la baja influencia que éstos generan para el desarrollo de displasia, el caso reportado como displasia era de una mujer de bajo nivel socioeconómico, con multiples parejas sexuales, sin especificar número y malos hábitos higienicos que se consideran tambien como factores predisponentes para el desarrollo de esta enfermedad.(12)(18) (19).

Analizando los resultados nos damos cuenta, que en la mayoría de las pacientes, existen factores predisponentes intimamente relacionados para la generación de displasias, y que es muy difícil demostrar, en el presente estudio, que por si solos los métodos anticonceptivos fueran los causantes principales de los cambios celulares en dichas pacientes.(11) (12) (14).

Como Médicos Familiares es nuestro deber concientizar a la población en mejorar su nivel de calidad de vida intrafamiliar, y hacer notar que esto se logra con familias pequeñas, e incitarlos a que acudan a sollicitar información sobre los métodos de planificación familiar.

CAPITULO X

CONCLUSIONES.

Para alcanzar el objetivo de éste estudio, que es conocer la incidencia de los métodos de planificación familiar en la aparición de displasias, se observó en los datos obtenidos que no hay relación directa de los métodos anticonceptivos en la aparición de cambios morfológicos celulares en útero. Los casos reportados tenían factores agregados predisponentes para generar dichos cambios.

1.- De 772 pacientes que acudieron en el periodo comprendido de Enero-Junio 1994, se reportaron:

- 3 Displasias.
- 3 Sospechosos.
- 3 Carcinomas in situ.

2.- Los factores de riesgo agregados más frecuentes fueron:

- Inicio de vida sexual activa a edad temprana.
- Múltiples compañeros sexuales.

3.- La edad de inicio de vida sexual activa fue entre los 14-24 años.

4.- La cantidad de compañeros sexuales varió de 3-5 en cuatro pacientes y múltiples compañeros sexuales en una.

5.- Los métodos de planificación familiar utilizados fueron:

- Método del Ritmo: 1 displasia, 2 carcinomas in situ, 2 sospechosos.
- Hormonales: 1 displasia.
- Dispositivo Intrauterino : 1 displasia, 1 sospechoso.

Por lo que se concluye que el presente estudio sirvió para demostrar, que no existe una relación directa de los métodos de planificación familiar en la aparición de displasias, y que en los casos reportados existieron factores agregados que influyeron en los cambios morfológicos celulares.

De acuerdo a la muestra poblacional de 772 pacientes los reportes de malignidad fueron mínimos, por lo que no se debe considerar que los métodos de planificación familiar sean los causantes principales de altos índices en la generación de displasias .

CAPITULO XI.

ANEXO.

1-72-13

038/95 Alfaro Robles Eusebia ~~390304~~ ~~390304~~
 Azalea # 6 y Col. Vallehermoso
 M-14 USA-21 FUR-12 años
 G-VIII P-VIII A-D D.I.U!

NET I

039/95 Barcenas López Myriam del Carmen BALM-550910
 Fco. del Paso y Troncoso #121 Col. FoussSTE
 M-11 USA-17 FUR- Nov. 93
 G-VII P-V A-I
17 - Enero - 95

NET II

040/95 Servín Morales Ma. Mercedes SEMM440909
 Peral #122 Col. Girasoles 2-09-55
 M-10 USA-24 FUR-6/Enero/95
 G-IV C-IV Hormonales

NET I

18-Enero-95

041/95 ~~Camacho~~ Camacho Galvan Virginia TAGU-540504
 Trigo #41 Col. Magisterial Roque, GTO
 M-12 USA-17 FUR-10/Enero/95
 G-II P-II A-I Hormonales

NET I

19-Enero-95

042/95 Soto Arce Ma. Guadalupe MARMM-551111
 Calle Suventino Rosas #100 Yustis
 M-13 USA-16 FUR-2/I/95
 G-X P-X Subparacetamol 9 meses

NET II

043/95 Luna Martínez Amalia OGM-590429
 Guasajato #220 2-46-80
 M-13 USA-24 FUR-9/I/95
 G-III P-III P.I.U.

NET II

044/95 Arroyo Ribera Martha AORA-571226
 Calle Campeche #417 el chajingo Cortazar, GTO
 M-14 USA-27 FUR-24/Nov/95
 G-III P-III

NET II

CAPITULO XII

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- Tabaste JL; Lesourd-Pontonnier F. Current status of estrogen-progestational contraception.
Rev Fr Gynecol Obstet; 1994; 89: 7-9.
- 2.- Cisneros Teresa: Situación Actual del programa de prevención de Cáncer Cervicouterino en Mexico
Cancer Cervico Uterino y Lesiones Premalignas; 1994 11-17.
- 3.- Botella Llusia J: Lesiones Benignas y Premalignas del Cuello Uterino.
El Utero Fisiología y Patología. Botella Llusia J. Edit Diaz Santos. 1ª ed. 1992: 228-229.
- 4.- Alan J. Margolis MD; Sodja Green Wood,MD: Ginecología y Obstetricia Cervical Intraepitelial.
Diagnóstico Clínico y Tratamiento. Lawrebece M; Therney Jr; Sthepen J. MC. Ed. Manual Moderno.
29 Edicion 1994: 603-604.
- 5.- Secretaria de Salud.
Programa de Prevención y Control de Cancer Cervico Uterino y Mamario.
México 1992.
- 6.- Philips J. Canceres Cervicales.
Tratado de Ginecología y Obstetricia. Danforth Ed Interamericana Mc Graw Hill.
6ª ed. 1994; ; 1045- 1062.
- 7.-Tyrer LB: Association of Reproductive Health Professionals.
Journal Obstet Gynecol; 1994 : 25 18-25.
- 8.- Thiry L; Vokaer Rich; Detremiere Schepper. Recherche genital Cáncer, anticoncepcionismo and tabaco.
Journal Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 1993 25: 5-7.
- 9.- Lincoln . DW ; Human contraception development of new scientific opportunities.
Journal Announcment Edinburg UK. 1993: 45 38-42
- 10.- Royal College of General Practitioners: Cervical Cancer and Methods of Contraception.
Journal Announcment 1994: 24 7-10.
- 11.- Bonhome MG; Hall JS; Fortney JA: Depo-provera and the risk of cervical cancer in Jamaica
Journal Gynecol Obstet 1993: 30 26-30.
- 12.- Bianco V;lorenzin MG, Stillo A;Dynamics of the Cervical Mucosae During Hormonal Contraception by
estrogens. Journal Announcment Milan Italian. 1993: 10 1-10.
- 13.- ParazziniF; Negri E; La Vecchia C. Barrier Methods Of Contraception and The Risk of Cervical
Neoplasia. Journal gynecol Obstet Milan Italian 1994: 38 20-37.
- 14.- Celentanno DD; Klassen AC; Weisman CS: The Role of Contraceptive use in cervical cancer.
Am J. Epidemiol: 1994: 18 1-15.
- 15.- Vooijs Gp; Van Der Graaf . The Presence of Endometrial Cells in cervical Smears in relation of
the cycle menstrual and Method of contraception.
Journal Announcment Netherland. 1994: 281-24.

- 16.- Dept. of Physiological Nursing San Francisco. Precancerous Lesions of the Cervix. Personal Risk factors.
J gynecol Obstet Biol Reprod: 1995 12. 1-12.
- 17.- Herriot, Lyon, Alexis Carrel; The role Of Contraception and Socio- Occupational Class for cancer of the Cervix Uteri.
J G ynecol Obstet Biol Reprod. 15: 8-15
- 18.-Vopr Onkol; Kovaleva EA: Proliferative Mucosal Changes of the Corpus and Cervix Uteri In Women Using Intrauterine Contraceptives.
Journal Announcement Russian. 1994; 22: 12-20.
- 19.- Vopr Onkol Evaluation of the cancer Risk Of Intrauterine contraceptions on cytological Studies of the Endometrium: Journal Announcement Russian: 1994 58: 27-45.
- 20.- Lyon Cedés. Seffert P; Bremond A: Frequency of Routine Examinations In detection Of carcinoma of the Uterine Cervix and carcinoma Breast.: Journal Gynecologique French: 1995 38: 25-38.
- 21.- Gjorgov AN; Karger SN: Barrier Contraception And Breast Cancer.: 1994: 12 :1-12
- 22.- Jimenez EV; Moreno Romero J; Factores Epidemiológicos y Cáncer de cuello.
Journal Announcement Spain : 1994: 39; 25-37.
- 23.- Fructher RG; Wriqth C; Habenstreit B, Renny J.C: Screening for Cervical and Breast Cancer Among Caribbean inmigrants and contraceotion.
Journal Announcement Spain 1995; 121, 35-42