



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA  
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO  
CLÍNICA HOSPITAL "DR. ROBERTO NETTEL FLORES"

FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DE  
LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL EN LA POBLACIÓN  
DERECHOHABIENTE DE LA CLÍNICA HOSPITAL DR. ROBERTO  
NETTEL FLORES DEL ISSSTE EN TAPACHULA, CHIAPAS.

## TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

**DRA. MARIA TERESA AYALA ROJAS**



TAPACHULA, CHIAPAS

2008



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.

**FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DE LA  
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL EN LA POBLACION  
DERECHOHABIENTE DE LA CLINICA HOSPITAL DR. ROBERTO NETTEL  
FLORES DEL I S S T E EN TAPACHULA, CHIAPAS.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DRA. MARIA TERESA AYALA ROJAS**

**AUTORIZACIONES:**

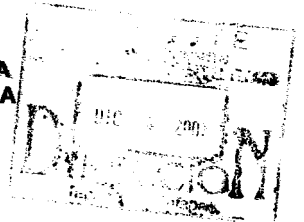
**DR. CARLOS ALBERTO MONTESINOS LÓPEZ  
DIRECTOR DE LA CLINICA HOSPITAL  
DR. ROBERTO NETTEL FLORES TAPACHULA**

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA UNAM  
DIRECTOR DE TESIS**

**DR. GERARDO RUBEN GAMBOA DE ALBA  
JEFE DE ENSEÑANZA DE LA CLINICA HOSPITAL  
DR. ROBERTO NETTEL FLORES TAPACHULA**

**DR. MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ PÉREZ  
PROFESOR ADJUNTO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR DE  
LA CLINICA HOSPITAL DR. ROBERTO NETTEL FLORES TAPACHULA**

**DR. GUSTAVO ADOLFO CASTRO HERRERA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA  
Y CAPACITACION DEL ISSSTE**



**FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DE LA  
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL EN LA POBLACION  
DERECHOHABIENTE DE LA CLINICA HOSPITAL DR. ROBERTO NETTEL  
FLORES DEL ISSSTE EN TAPACHULA, CHIAPAS.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DRA MARIA TERESA AYALA ROJAS**

**AUTORIZACIONES**

**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM**

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
UNAM**

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA UNAM**

## **DEDICATORIA**

### **A MIS PADRES**

**Que con su amor y ejemplo**

**Me guiaron por el camino de la vida.**

### **A MIS HIJOS**

**Leslie, Francisco y José  
A mis nietos; Bernardo, Josean y Javier  
Quienes son mi fuente de amor y de  
alegría me impulsan seguir adelante.**

## **AGRADECIMIENTOS**

**A DIOS**

**Por darme la GRACIA  
Y LA FORTALEZA de vivir**

**AGRADEZCO INFINITAMENTE A**

**A MI DIRECTOR DE TESIS**

**Dr. Isaías Hernández  
A mis amigos la Dra. Juanita Chirino,  
Gineco-obstetra  
Adscrita a la clínica Dr. Roberto Nettel  
Dr. Miguel Ángel Hernández y a la  
Dra. Consuelo Abarca,  
Por su tiempo y su experiencia  
profesional que me otorgaron  
para la realización de este sueño**

## ÍNDICE

MARCO TEÓRICO.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	26
JUSTIFICACIÓN.....	28
OBJETIVOS.....	29
METODOLOGÍA.....	30
RESULTADOS.....	38
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	70
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	76
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	78
ANEXOS.....	81

## **1. MARCO TEÓRICO**

En el apartado siguiente se presentan conceptos y definiciones sobre la neoplasia intraepitelial cervical.

### **1.1. NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL**

La neoplasia intraepitelial cervical (NIC), se define como lesiones escamosas intraepiteliales en proliferación que presentan maduración anormal, alargamiento nuclear, atipia (aglutinación gruesa de la cromatina y contornos nucleares irregulares), a estas lesiones se les denomina (NIC I, NIC II y NIC III). o displasia que son los términos utilizados para lesiones que no afectan todo el espesor del epitelio y presentan alteración en la diferenciación (atipia). En 1961 se definió el carcinoma in situ como todo epitelio escamoso situado sobre la superficie o en las glándulas en el que no existen signos de diferenciación y alcanzan grado de perturbación. (1,2)

El cáncer cervicouterino (CaCu) es la segunda neoplasia más frecuente en la mujer en todo el mundo. En el 2002 se ha estimado alrededor de 493.000 nuevos cánceres invasores del cuello uterino (3), sobre todo en los países en vías de desarrollo; de África, Asia y América Latina siendo Chile, México y Perú los países entre los que se encuentran con las tasas más altas. (4, 5, 6, 7, 8,9)

En México el cáncer cervicouterino es la neoplasia maligna más común por topografía y es la primera causa de muerte por neoplasia en mujeres mayores de 25 a 64 años. Para el año 2002 se registraron 4,323 muertes en mujeres por cáncer cervicouterino (CaCu) con una tasa de mortalidad de 8.6 por cada 100,000 mujeres. (4, 6, 7, 8, 9,10)

Chiapas se encuentra dentro de las diez entidades federativas con mayores tasas de mortalidad. El Instituto de Salud de Chiapas, asume que el cáncer cervicouterino representa en esta entidad un problema de salud pública y es la primera causa de muerte por neoplasias malignas en las mujeres de 25 años y más, así lo expresó el Secretario de Salud estatal al comparecer ante el Congreso del Estado en el año 2002, dando a conocer que en el año anterior ocurrieron 241 defunciones por cáncer cervicouterino en la entidad. (11,12)



El factor más importante relacionado con la reducción de la frecuencia de cáncer invasor es la perfección de una prueba eficaz de detección que permite identificar este trastorno neoplásico preinvasor en mujeres asintomáticas y se denomina frotis del Papanicolaou. (13, 14,15)

## **1.2. ANTECEDENTES INSTITUCIONALES**

En la Clínica Hospital Dr. Roberto Nettel Flores del ISSSTE en la ciudad de Tapachula, Chiapas, se otorgan servicios preventivos para la salud de la mujer con programas prioritarios como son; la prevención y control del cáncer cervicouterino mediante la prueba de Papanicolaou.

Desde 1987 se cuenta con un módulo exprofeso para la toma de citología cervicovaginal, al mismo tiempo que se realiza detección de cáncer de mama, revisión de mujeres en el puerperio fisiológico y tamizaje neonatal para detectar errores innatos del metabolismo y prevenir retraso mental en el recién nacido. Se cuenta con una médica encargada del servicio y una enfermera auxiliar capacitada.

### **Recursos materiales:**

Los recursos materiales con los que cuenta el módulo para la toma de citología vaginal son los siguientes:

- ✓ Material de promoción
- ✓ Escritorio
- ✓ Mesa de exploración
- ✓ Pierneras
- ✓ Lámpara de chicote
- ✓ Jalea lubricante
- ✓ Espejos vaginales desechables
- ✓ Guantes desechables
- ✓ Laminillas

- ✓ Cepillo cervical (citobrush)
- ✓ Espátula de Ayre
- ✓ Lápiz con punta de diamante,
- ✓ Cito spray
- ✓ Gasas y torundas

### **1.3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS**

Desde fines del siglo XIX, William en 1888, observó lesiones precursoras del cáncer cervicouterino en zonas de cambios epiteliales atípicos no invasores en muestras de tejidos adyacentes a cánceres invasores. Se introdujo el término de carcinoma in situ, para denotar que las células carcinomatosas indiferenciadas abarcaban todo el espesor del epitelio, sin interrumpir la membrana basal (Broders ,1932). Posteriormente se comunicó la asociación entre carcinoma in situ y cáncer invasor del cuello uterino. En los años cincuenta se introdujo el término de displasia para designar la atipia epitelial cervical intermedia entre el epitelio normal y el carcinoma in situ (Reagan et al., 1953). (10,15).

El ilustre mexicano Dr. Eliseo Ramírez Ulloa en 1922, describió el método para la obtención de la muestra de citología cérvico vaginal, y también describió los cambios citológicos presentes en el ciclo menstrual de la mujer. (13)

El Dr. George Papanicolaou y el ginecólogo Herbert Traut en 1943 propusieron por primera vez, la evaluación citológica de células obtenidas del cérvix y vagina como método para detectar cáncer cervical y sus precursores. (14,16)

En la actualidad el Papanicolaou también se utiliza en la detección de otros tipos de patología de origen hormonal. En 1942 y 1963, Papanicolaou describió las características morfológicas de las células exfoliadas y desarrolló una técnica de fijación y tinción de los extendidos que se mantiene hasta hoy y que permite un adecuado estudio citológico. En su honor se denomina

prácticamente en todo el mundo examen del Papanicolaou (Pap) al estudio de la citología exfoliativa diagnóstica del aparato genital femenino. (15)

En 1968, Richard defendió por primera vez el concepto de neoplasia intraepitelial cervical (NIC), para denotar la atipia celular confinada al epitelio. En 1973 fue propuesto el término de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) que en la actualidad ha terminado por imponerse, para incluir todas las formas de lesiones precursoras de cáncer cervical, incluyendo displasia y carcinoma in situ. La introducción del término neoplasia intraepitelial se basa fundamentalmente en el concepto de que entre las displasias y el carcinoma in situ existe suficiente semejanza para concluir que ambas constituyen dos estadios evolutivos de una misma entidad, a la que se ha denominado neoplasia intraepitelial. (10, 15,16)

Desde 1974 en México se hace la detección oportuna del cáncer cervicouterino mediante la prueba de Papanicolaou. (9)

En el Instituto Nacional del Cáncer de Baltimore, USA se realizó un taller en 1988 para la regularización de informes de citopatología cervicovaginal (1989; Solomon, Kurman et al.) para unificar los términos diagnósticos y facilitar la comunicación entre el clínico y el citopatólogo. El formato del sistema de Bethesda incluye un diagnóstico descriptivo y una evaluación adecuada del espécimen, “lesión intraepitelial escamosa” (LIE), con dos grados:

- a) displasia leve (NIC I) lesiones de bajo grado (L-LIE),
- b) displasia moderada y severa (NIC II, NIC III) lesiones de alto grado (H-LIE).

La clasificación combina los cambios condilomatosos planos (VPH) y la NIC de bajo grado (NIC I) en L-LIE, mientras que el H-LIE abarca NIC II Y NIC III. Éste sistema describe lesiones no invasoras de biología indeterminada, cuyo tratamiento suele ser efectivo, por lo cual, se recomienda la utilización de la terminología NIC. (6, 10,15)

## 1.4. EPIDEMIOLOGÍA

Muchos factores epidemiológicos que tienen significado etiológico posible en la neoplasia cervical temprana, han establecido la importancia del Virus del Papiloma Humano, como un agente infeccioso de transmisión sexual.

Se ha señalado un incremento de la NIC en mujeres muy jóvenes, incluso antes de los 20 años (Feldman y cols.1978, Kaufman y cols.1970). (17)

En nuestro país el perfil epidemiológico muestra incremento en la incidencia de cáncer cervicouterino, se considera un problema de salud pública, por lo que es necesario buscar estrategias, para afrontar este padecimiento con mayor compromiso, eficiencia y eficacia.

El costo familiar e institucional que representa la atención del cáncer cervicouterino esta determinado por la oportunidad en su detección y prevención, este se reduce significativamente cuanto más temprano es la intervención.

El sustrato social determinado por la pobreza, la inequidad de género y el escaso acceso a la información entre otros factores mantiene a grandes sectores de la población femenina en condiciones de alta vulnerabilidad y riesgo de enfermar, o morir por ésta y otras causas, los grupos más afectados son las mujeres de 45 años y más. (18)

En los países que tienen campañas de detección adecuada con el estudio citológico cervical, se ha observado una importante disminución de la incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino, atribuible a la detección de las lesiones precursoras y preinvasoras, displasias o neoplasias intraepiteliales cervicales. El diagnóstico oportuno ofrece la posibilidad de tratamiento exitoso a un menor costo.

En nuestro país no se ha logrado mantener el programa de tamizaje, como en los países desarrollados que si han logrado disminuir la mortalidad por cáncer cervicouterino. (9)

## **1.5. FACTORES DE RIESGO:**

### **Factores socioculturales:**

- ✓ Se encuentran todas las mujeres que no acuden a una revisión por negligencia, desconocimiento, o que no regresan a recoger el resultado.
- ✓ También se encuentran aquellas mujeres que dejan pasar más de tres años sin someterse a la prueba de detección oportuna del cáncer. (19)
- ✓ Hábito de fumar. Holly y otros, en 1986, identificaron en el moco cervical de las fumadoras, una sustancia mutágena proveniente del humo de los cigarrillos. (2)
- ✓ Mujeres de mayor edad, son las que frecuentemente no utilizan el servicio de detección oportuna de cáncer cervicouterino.
- ✓ Diferencias por característica racial, las mujeres blancas de los USA, y las mujeres judías son las que tienen menor riesgo de aparición de la neoplasia cervical.
- ✓ Analfabetismo, tener nulos conocimientos acerca de los beneficios de la prueba de Papanicolaou, representa mayor riesgo.
- ✓ Deficiencias nutricionales, la carencia de un régimen de micronutrientes y régimen alimentario de pocas frutas y verduras que condiciona la falta de folatos y vitaminas A, C y D. (4,7,8)

### **Factores inherentes a los servicios de salud:**

- ✓ Tiempo de espera prolongado para la toma de la muestra.
- ✓ Trato no adecuado del personal de salud.
- ✓ Escasez de recursos humanos y materiales.
- ✓ Poca información acerca del cáncer cervicouterino.
- ✓ Retardo en la entrega de resultados. (4,19)

**Factores de riesgo socioeconómicos:**

- ✓ Ubicación geográfica distante.
- ✓ Numero de integrantes de familia.
- ✓ Costos en el transporte.

**Factores gineco-obstétricos:**

- ✓ Edad temprana del primer embarazo.
- ✓ Aborto.
- ✓ Multiparidad.
- ✓ Cervicitis crónica.
- ✓ Uso de anticonceptivo oral.

**Factores relacionados con el comportamiento sexual:**

- ✓ Inicio temprano de las relaciones sexuales antes de los 20 años.
- ✓ Múltiples parejas sexuales.
- ✓ Promiscuidad sexual.
- ✓ Falta de higiene sexual.
- ✓ Conducta sexual de la pareja masculino relaciones con homosexuales.
- ✓ Relaciones heterosexuales extramaritales.
- ✓ Antecedente de haber tenido pareja sexual con cáncer cervicouterino.

(7,15,20)

**Estado inmunológico de la mujer.** Secundario a padecimientos crónicos como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, y otros que comprometan el sistema inmunológico. (21)

**Infecciones cérvico vaginales de transmisión sexual:** Relacionadas con:

- ✓ Chlamydia trachomatis.
- ✓ Virus del herpes simple (VHS).
- ✓ Virus del papiloma humano (VPH).
- ✓ Citomegalovirus.
- ✓ Trichomonas. (3,10)

### **El Virus del Papiloma Humano**

En los años 60 y 70 estudios epidemiológicos sugerían que el cáncer cervicouterino era transmitido a través de la actividad sexual (3), en el año de 1995 la Organización Mundial de la Salud declaró al virus del papiloma humano como carcinógeno para el humano. (22)

El virus del papiloma humano pertenece a la familia del papovaviridae que infectan muchas especies de animales incluyendo al hombre, son virus que contienen DNA, estos virus pueden causar verrugas genitales. (10) Esta infección se presenta generalmente en mujeres jóvenes entre 18 y 29 años de edad, debido a que es de las enfermedades que se transmiten por la actividad sexual, ésta aumenta con el número de parejas sexuales. (21) La infección persistente del virus del papiloma humano (VPH) casi considerado una vía hacia el carcinoma cervicouterino invasor, ningún otro virus tiene relación con el cáncer. (3) Se conocen más de 75 sero-tipos de virus del papiloma humano (VPH) de acuerdo a su potencial oncógeno se clasifican:

- ✓ Bajo riesgo 6, 11, 41, 42, 43, 44, algunos tipos son benignos 6 y 11 generalmente causan condilomas o verrugas genitales.
- ✓ Riesgo medio 31, 33, 35, 39, 51, 52, generalmente estos se encuentran asociados a neoplasia intraepitelial cervical.
- ✓ Alto riesgo 16, 18, 45, 46, se han relacionado con el cáncer cervicouterino invasor. (2)

Se considera que el 40 o 60 % de las mujeres probablemente tienen virus del papiloma humano, (VPH). Menos del 5% de las mujeres infectadas desarrollarán cáncer cervicouterino por el virus del papiloma humano (VHP).  
(9,23)

## **1.6. HISTORIA NATURAL**

La unión escamocolumnar es el sitio donde se juntan el epitelio columnar primario del endocérvix y el epitelio escamoso del ectocérvix; con el paso de los años y en la etapa reproductiva el epitelio columnar se “transforma” y se reemplaza por epitelio escamoso, esto ocurre en la zona de unión escamocolumnar “original” a la que se ha llamado zona de transformación o sea la zona del cuello uterino donde el epitelio cilíndrico ha sido reemplazado o se está reemplazando con el nuevo epitelio metaplásico; en esta región ocurren continuos cambios metaplásicos que son más activos en la etapa embrionaria, durante la pubertad y en el primer embarazo. Posteriormente declinan en la menopausia y el mayor riesgo para desarrollar una neoplasia maligna coincide con los mayores períodos de actividad metaplásica. La neoplasia intraepitelial del cérvix (NIC) se define como lesiones escamosas intraepiteliales en proliferación, que presentan maduración anormal alargamiento nuclear y atipia, (aglutinación gruesa de la cromatina y contornos nucleares irregulares, estas lesiones se llaman NIC (I-II-III) o displasia leve, moderada y severa. El SISTEMA BETHESDA, separa a la NIC I y al condiloma como lesiones escamosas de bajo grado, la NIC II, III, como lesiones de alto grado. Los virus del papiloma humano (VPH) 6 y 11, se asocian con lesiones de bajo grado, el contenido de DNA, puede orientarnos sobre la posibilidad de progresión o regresión, de las NIC, las lesiones que contienen DNA diploide o poliploide corresponden a las que tienen atipias más leves y la mayoría de ellas corresponden a procesos inflamatorios.

En contraste con las lesiones de alto grado que contienen DNA aneuploide se relacionan con los virus del papiloma humano (VPH), 16, 18, 30, 31, y 45, tiene tendencia a persistir o progresar y son precursoras del cáncer invasor del cuello uterino. (20)



## **1.7. PROGRESIÓN**

Estudios clínicos prospectivos han demostrado que las displasias dejadas evolucionar espontáneamente sin tratamiento, se transforman en carcinoma in situ en cierto porcentaje, y que, a su vez, el carcinoma in situ, si no se trata, se transforma en un elevado número de casos de carcinoma invasor. La historia natural implica la progresión gradual por etapas NIC I, II, III, o carcinoma in situ, las edades para la prevalencia es entre 15 y 30 años para la NIC I. de 30 a 34 para la NIC II, y de 35 a 49 para la NIC III. (24)

La mayoría de las lesiones de bajo grado presentan regresión, en cambio es más probable que las lesiones de alto grado evolucionen a cáncer in situ o cáncer invasor en un intervalo que va de 10 a 20 años. (10)

La tasa de progresión de la neoplasia intraepitelial cervical se encuentra entre el 6% y el 34%, lo cual se explica por las diferencias existentes entre los distintos países con diferentes estrategias de detección oportuna, debido a las diferencias socioculturales y condiciones sanitarias de un país a otro. (24)

Según diferentes estudios la NIC I, regresa en un 70%, la NIC II, muestra tasa de progresión a CA INSITU, o a neoplasia más severa en cerca del 25%, la NIC III, puede tener tasa de regresión del 32%, o progresar a carcinoma invasor hasta en un 70%. (24)

## **1.8. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICO DE LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC)**

No existen síntomas específicos ni características clínicas de la NIC, igual sucede con la inspección del cuello uterino mediante el espéculo ya que la NIC no muestra caracteres diferenciales macroscópicos, muchas de estas lesiones pueden aparecer blancas, tras aplicar ácido acético al 3 - 5% y ser yodo negativas después de aplicar lugol. (2,10)

Actualmente se dispone de tres métodos diagnósticos de probada eficacia para la detección de la NIC, puede ser por: examen microscópico de

las células cervicales en un frotis teñido por la técnica de Papanicolaou, colposcopia, y biopsia o conización cervical. (10)

### **Obtención de la muestra de Papanicolaou**

El examen del Papanicolaou diagnóstico, es una prueba que detecta a las mujeres que pueden tener lesiones cérvico vaginales y también para las que no tienen las cuales son la mayoría.

Para esta prueba se deben de cumplir ciertos lineamientos: instruir a la paciente de cómo debe presentarse a la muestra, no usar duchas vaginales, no tener coito 24 horas antes de la obtención de la muestra, dejar pasar diez días después del último día de la menstruación, no estar usando antibióticos y antimicóticos por vía vaginal. En posición ginecológica se introduce un espéculo y se expone el cuello cervical y se retira cualquier secreción excesiva con un hisopo de algodón humedecido con solución salina, con una espátula de madera tipo Ayre o de plástico debe ser rotada 160°, dos veces con presión a manera que raspe el exocérvix, posteriormente se introduce un cepillo citológico rotarlo 180° y retirarlo, las células obtenidas de ambos métodos serán extendidos en una laminilla (porta objeto) inmediatamente deben ser fijadas y etiquetadas con el nombre de la paciente, cuando se sospeche que hay displasia se deben tomar dos muestras por separado en dos laminillas a fin de permitir una mejor interpretación diagnóstica. El citopatólogo debe estar informado de cualquier dato clínico, que favorezca el diagnóstico. Se deben incluir todos los factores de riesgo; edad, método anticonceptivo, fecha de la última menstruación o si es peri o post menopáusica, con histerectomía, si lleva algún tratamiento médico, antecedente de quimioterapia y radioterapia. (15)

Origen de las células exfoliadas: las células basales se dividen y se maduran para formar las siguientes capas celulares, llamadas parabasales, estas células siguen diferenciándose hasta construir capas y al seguir madurando forman las capas superficiales. En términos generales de la capa basal a la superficie las células aumentan su tamaño mientras reducen el de su núcleo. (10)

La muestra citológica en la práctica ginecológica habitual, se obtiene del cuello uterino de la unión escamocolumnar y del fondo de saco posterior de la vagina para diagnóstico oncológico y de la cara lateral de la vagina para diagnóstico hormonal. El frotis citológico se tiñe generalmente con el método de Papanicolaou, éste método utiliza hematoxilina para teñir el núcleo de color azul oscuro o violeta oscuro y un conjunto de sustancias para colorear el citoplasma en forma diferente según la maduración celular.

### **Rasgos morfológicos esenciales de los componentes de la citología cérvico vaginal.**

Células exfoliadas del epitelio pavimentoso estratificado, el epitelio que reviste la vagina y porción vaginal del cuello uterino de la mujer sexualmente activa es un epitelio pavimentoso estratificado, llamado también epitelio escamoso esta formado por estratos histológicamente bien identificados:

- ✓ Estrato basal está formado por una sola capa de células de tipo cilíndrico sobre la membrana basal.
- ✓ Estrato parabasal esta compuesto por varias capas de células redondeadas o poliédricas con núcleo central y citoplasma grueso, con puentes intercelulares.
- ✓ Estrato intermedio también presenta puente intercelular formado por numerosas capas de células aplanadas, con citoplasma rico en glucógeno.
- ✓ Estrato superficial consta de varias capas de células aplanadas grandes, con citoplasma delgado y claro, sin puentes intercelulares y con núcleo picnótico central.

### **Células exfoliadas del epitelio endocervical**

La mucosa endocervical está revestida por epitelio cilíndrico simple muco secretor, y estas pueden descamarse en grupos o aisladamente.

Durante el embarazo, postparto, menopausia y en los procesos inflamatorios pueden observarse histiocitos gigantes multinucleados.

Los leucocitos polimorfonucleares pueden encontrarse en el frotis normal, tiene citoplasma poco definido y a menudo transparente. En los procesos inflamatorios pueden llegar a ser tan abundantes que impiden ver las células epiteliales, los linfocitos se observan en las inflamaciones crónicas cérvico vaginales. Frecuentemente se observan eritrocitos en ocasiones tan abundantes que impiden el diagnóstico citológico, se consideran componentes anormales. (15)

### **Citología anormal**

Existen varios términos que se pueden utilizar para describir resultados anormales.

Displasia, utilizado para describir células anormales en el microscopio, pero no invaden tejidos sanos del derredor, existen cuatro grados: leve moderado, grave y carcinoma in situ que significa que el cáncer está presente sólo en la capa de células de la superficie del cérvix.

**Lesión intraepitelial escamosa (SIL)**, término que describe células anormales de la superficie del cérvix son células planas y delgadas y presentan cambios en el tamaño, forma y número.

**Displasia leve, Neoplasia intraepitelial cervical 1 (NIC I), lesión escamosa intraepitelial de bajo grado, (LEI BG)**, son células con mínimas anomalías nucleares con pocas figuras mitóticas, indiferenciadas que se encuentran en las capas profundas del tercio inferior del epitelio, pueden tener cambios citopáticos en todo el espesor del epitelio debido a la infección del virus del papiloma humano (VPH). (15)

Cabe esquematizar las anomalías del epitelio en los siguientes puntos:

- ✓ Ausencia de estratificación.
- ✓ Pérdida de polaridad.
- ✓ Las células escamosas tienen diferentes tamaños y formas y está aumentada la relación núcleo-citoplasma.
- ✓ Alteraciones en el núcleo, hiperchromatismo e irregular distribución de la cromatina nuclear.
- ✓ Aumento del número de mitosis e incluso mitosis anormales. (15)

En las capas superficiales e intermedias puede observarse la atipia coilocítica, que se caracteriza por la presencia de un halo claro, que rodea al núcleo picnótico.

**Displasia moderada, Neoplasia intraepitelial cervical (NIC II), Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEI AG)**, corresponden en general a células intermedias profundas con anomalías marcadas algunas son poligonales u ovaladas, con figuras mitóticas, Las alteraciones del epitelio son semejantes a las descritas anteriormente, pero las lesiones se extienden a la mitad de los dos tercios inferiores del epitelio. (15)

**Displasia severa, Neoplasia intraepitelial cervical (NIC III), Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEI AG)**, las alteraciones celulares son más marcadas que en las dos anteriores. (15)

### **Análisis de las alteraciones celulares**

Arquitectura del epitelio.

Anomalías celulares.

Clasificación histológica.

**Las alteraciones en la arquitectura.** Son evidentes que, el epitelio anormal aparece más intensamente teñido que el resto del epitelio, debido a la gran densidad de sus células, por la pérdida de la relación citoplasma-núcleo, el límite entre éste y el epitelio escamoso normal o displásico es tan neto que puede trazarse entre ellos una línea.

Pérdida o ausencia de la estratificación normal y la falta de polaridad celular. Todo el espesor del epitelio esta constituido, por células orientadas en distintos sentidos y dispuestas en numerosas hileras en las que no es posible distinguir los distintos estratos celulares que componen el epitelio escamoso normal.

**Anomalías celulares.** Otra de las características importantes es la ausencia total de diferenciación y maduración del citoplasma o estos son incompletos no se observan puentes intercelulares ni glucógeno, el volumen y la forma de los núcleos son variables. En algunos casos, los núcleos son pequeños, muy numerosos con relación al epitelio normal. Otras veces se aprecian núcleos muy voluminosos entre otros pequeños, con distintas morfologías unos de otros, y con una acentuada anisonucleosis. De ordinario, los núcleos están intensamente teñidos. Existe, por tanto, un aumento en el contenido de DNA en los núcleos de las células de la NIC y del carcinoma del cuello que, con frecuencia, supone una aneuploidia. (15, 17,21)

La mitosis constituye una de las características importantes del carcinoma in situ; su número, disposición y topografía están alterados. (15, 20,21)

### **Elementos celulares no epiteliales**

Los más frecuentes son los elementos formes de la sangre, leucocitos y hematíes, histiocitos y células procedentes del estroma endometrial, los histiocitos pueden plantear importantes problemas diagnósticos ya que por su gran polimorfismo pueden inducir errores. El hallazgo de estas células es frecuente en los días que proceden a la menstruación, durante el embarazo, aborto y en períodos de posparto así cómo en los procesos inflamatorios después de radiación. (1, 16,17)

### **Alteraciones inflamatorias**

Pueden afectar tanto el núcleo como el citoplasma, algunas alteraciones son muy características de determinados agentes como las Trichomonas y los Virus.

### **Alteraciones citoplasmáticas**

El tamaño del citoplasma no suele modificarse aunque algunas veces suele experimentar aumento, con frecuencia existen formas aberrantes y alteraciones en la coloración eosinófila (eosinofilia falsa). (1, 16,17)

### **Alteraciones nucleares**

El núcleo puede estar aumentado de tamaño y ser hipercrómico, otras veces el núcleo esta retraído, casi opaco. En casos de infección por Trichomonas los núcleos suelen aumentar de tamaño y en caso de infección por Hongos los núcleos son más pequeños y densos, la situación nuclear no suele variar aunque a veces por la existencia de ciertas vacuolas el núcleo se desplaza hacia a la periferia. (1,17)

### **Calidad de la muestra**

A pesar de la probada efectividad del frotis del Papanicolaou en la reducción de la incidencia del cáncer cervicouterino, presenta limitaciones importantes. La citología es extremadamente sensible para detectar cáncer cervical y neoplasia intraepitelial cervical de alto grado (NIC II, III) y menos específica para detectar neoplasia intraepitelial de bajo grado (NIC I). (15)

Los resultados de la citología no siempre son “exactos” en ocasiones la citología es positiva, pero finalmente la mujer no tiene lesiones precursoras o malignas, otras veces la citología es negativa y resulta que si había cambios citológicos de malignidad. (9)

El sistema de BETHESDA en 1991 propuso a los citopatólogos valorar los hallazgos que favorecen una lesión reactiva o una lesión neoplásica y se originaron los siguientes términos de atipia escamosa de significado

indeterminado (ASCUS) y atipia glandular de significado indeterminado (AGUS). El índice de falsos negativos es hasta de 50% y falsos positivos es de 30%, un frotis de significado incierto (ASCUS), posee un riesgo de 5 al 17 % de lesiones intraepiteliales de alto grado. La citología cervical atípica es un diagnóstico que no justifica tratamiento alguno, el control de seguimiento es citología cada 6 meses y en caso de dos citologías anormales será referida a colposcopia para descartar la presencia de patología cervical. (25)

Para valorar la calidad del laboratorio el índice de citologías atípicas no deben de representar más de un 25% del universo total (13). Cerca de la mitad de las pruebas negativas falsas se deben a su recolección, el resto de las pruebas negativas se deben a que no se identifican o interpretan correctamente.

### **Muestras satisfactoria**

- ✓ Identificación e información clínica relevante.
- ✓ Número adecuado de células escamosas bien preservadas y visualizada en el 10% de la superficie de la laminilla.
- ✓ Presencia de una cantidad adecuada de células endocervicales y/o metaplasia, bien conservadas y visualizadas.

### **Muestra no apta para evaluación**

- ✓ Falta de algunos datos de identificación en la muestra de la paciente o en la solicitud.
- ✓ Laminilla rota técnicamente inaceptable, rota y en la cual el material celular no este preservado.
- ✓ Componente epitelial escamoso escaso menos del 10% en la superficie laminar.
- ✓ Si se observan células compatibles con lesiones preneoplásicas o neoplásicas no debe ser catalogada como insatisfactoria o no apta.

(13)



### **Método nuevo para análisis de muestras de citología**

Preparación del portaobjetos con capa delgada en base líquida, facilita la detección de células anormales, las células se recogen con un cepillo y con otro instrumento de recolección y se enjuaga en un vial de preservativo en un aparato automático prepara el portaobjetos para ser visto, los resultados son tan sensibles como la prueba de Papanicolaou. (21,24)

### **Lectores automáticos de computadora**

Para mejorar la lectura de la prueba del Papanicolaou se usa un microscopio que proporciona una imagen celular a una computadora la cual analiza la imagen para la presencia de células anormales. (21)

### **Test de DNA de HPV.**

### **Nomenclatura**

La primera nomenclatura en la citología exfoliativa descrita en la historia de la ginecología fue propuesta por Papanicolaou en 1928, después en 1967 Richard y otros describieron la clasificación que se conoce como NIC. En Diciembre de 1988 se reunieron diversos patólogos, ginecólogos y acordaron una nueva nomenclatura conocida como Bethesda.

### Tabla de Nomenclatura en citología cervical

SISTEMA PAP	OMS	RICHART	BETHESDA
CLASE I	NORMAL		
CLASE II	NORMAL		
CLASE III	DISPLASIA LEVE  DISPLASIA MODERADA  DISPLASIA SEVERA	NIC I  NIC II  NIC III	BAJO GRADO: HPV, NIC I + HPV, NICI SIN HPV  ALTO GRADO:  ALTO GRADO
CLASE IV	CÁNCER in situ	Ca in situ	ALTO GRADO
CLASE V	CÁNCER INVASOR		

(23)

## **Colposcopia**

Fue descubierta por Hinselmann en 1925. El colposcopio es un instrumento que permite la observación del cérvix con una luz brillante y aumento de 10 a 40 x. (16)

### **Técnica**

- ✓ Introducción del espejo vaginal
- ✓ Visualización del cérvix
- ✓ Aseo con solución de cloruro de sodio al 0.9%
- ✓ Filtro verde
- ✓ Aplicación de ácido acético
- ✓ Observación del epitelio cilíndrico
- ✓ Observación del epitelio escamoso
- ✓ Evaluación de la zona de transformación
- ✓ 2º.Filtro verde
- ✓ Solución de lugol al 5% en el cérvix
- ✓ Límites de la lesión
- ✓ Legrado endocervical
- ✓ Biopsia dirigida
- ✓ Hemostasia con aplicación de subsulfato férrico

### **Criterio de calificación por grados de la intensidad de la lesión:**

- a) distancia intercapilar
- b) densidad de epitelio blanco
- c) nitidez del borde del epitelio normal
- d) irregularidad del contorno superficial.

### **Zona de transformación anormal:**

- a) epitelio blanco
- b) puntilleo
- c) mosaico: zonas separadas con bordes rojizos
- d) hiperqueratosis: se observa placa blanca elevada, antes del ácido acético
- e) vasos sanguíneos anormales en forma de coma.

El colposcopista reporta estudio adecuado cuando observa: unión plano cilíndrica en toda la zona de transformación.

Inadecuado: si hay lesión cervical y selecciona la región más anormal para la toma de la biopsia. (10, 16,26)

### **Biopsia**

Constituye, el método más exacto para establecer el diagnóstico de la NIC. La citología exfoliativa y colposcopia son solo métodos de sospecha, la seguridad diagnóstica solo puede obtenerse con el estudio histopatológico de la lesión.

La exactitud de la pequeña biopsia dirigida, obtenida con pinzas biopsícas adecuadas para tal fin, recoge una pequeña muestra de tejido de varios milímetros, se realiza con la colposcopia, el diagnóstico de NIC es de 88.3%. (17)

### **Conización diagnostica del cérvix**

Cuando no puede observarse la unión planocilíndrica con el colposcopio, la lesión penetra dentro del conducto, no pueden observarse los límites superiores, o cuando el frotis, la valoración colposcópica y la biopsia dirigida no concuerdan, esta indicada la biopsia diagnóstica en cono y también si se sospecha carcinoma microinvasor. Si no se dispone de colposcopia y no

aparece lesión macroscópica cervical ni zonas sin tención con la prueba de Schiller, también esta indicada una conización diagnóstica.

## **1.9. TRATAMIENTO**

Actualmente se acepta que, una vez establecido el diagnóstico de NIC, en cualquiera de sus grados. La necesidad del tratamiento conservador de la NIC del cuello uterino esta justificada por ser ésta una lesión que aparece en mujeres jóvenes, muchas de las cuales son nulípara o no han completado su familia, por esto un estudio previo con citología, colposcopia y pequeñas biopsias, realizadas por un equipo competente. y una explicación adecuada a la paciente, para asegurar su colaboración, son requisitos esenciales antes de indicar un tratamiento conservador.

### **Requisitos para el tratamiento conservador de la neoplasia intraepitelial cervical**

1. Colposcopia satisfactoria.
2. Correlación entre citología, colposcopia y biopsia dirigida.
3. Legrado endocervical negativo.
4. Seguimiento con citología cada tres meses y después cada año. (24)

### **Láser**

El láser se ha utilizado en el tratamiento de la NIC con buenos resultados. Este instrumento se utiliza para vaporizar el tejido o como instrumento de corte para la extirpación de éste. La palabra láser significa "Light amplificación by stimulated emisión of radiation" (amplificación de la luz por emisión de radiación estimulada).

El láser puede adaptarse al microscopio quirúrgico y dirigirse al punto exacto que se desee, y hacer una destrucción selectiva de determinadas zonas con bastante exactitud y realizarse una hemostasia adecuada, por ello se ha considerado superior a la crioterapia. (17)

## **Crioterapia**

La crioterapia destruye las capas superficiales del epitelio cervical por cristalización de agua intracelular, que produce ruptura física de las células así destrucción de sus organelos y trastorno bioquímico. Esto se logra con la aplicación de temperaturas muy bajas que van de -20°C - 30°C, la congelación rápida y la conservación de temperaturas frías son factores importantes para obtener resultados satisfactorios. La presión y la temperatura del tanque, y el tamaño correcto de la punta de la sonda y la buena aplicación de ésta al tejido, se relacionan con una buena congelación.

En la práctica, la técnica es muy simple, se provoca la congelación de la zona que hay que tratar, durante tres minutos aplicando la sonda al cérvix y se activa el refrigerante por cinco minutos y se repite la congelación a continuación durante tres minutos más. La paciente puede sufrir cólicos pero sentirá mucho frío o dolor, a menos que se haga contacto accidental con la pared vaginal.

Se informa a la paciente que habrá secreción acuosa durante algunas semanas. Se programa una consulta en dos o cuatro semanas para asegurarse de que la cicatrización evoluciona en forma correcta, pero no debe de hacerse revaloración del NIC hasta tres meses después de la congelación las pacientes se vigilan por 3, 6 y 12 meses, si continúan evolucionando bien y después cada 6 meses durante cinco años. (10)

## **Cauterización**

Durante años se ha utilizado el cauterio a temperaturas que producen un color rojo cereza, en el tratamiento del cuello por “cervicitis crónica” y “erosión”.

Sin embargo, la técnica de cauterizaciones radicales a partir del conducto no es muy satisfactoria para el tratamiento de NIC, porque pueden sobrevivir secciones viables de displasia entre líneas radicales, la destrucción en profundidad que produce este método no es suficiente para erradicar en su totalidad las glándulas del cérvix. (17)

## **Escisión electro quirúrgica con asa de leep**

La electrocirugía consiste en emplear corriente eléctrica de radiofrecuencia para cortar tejidos o lograr la hemostasia.

El asa de alambre fino forma un electrodo diatérmico que permite la escisión profunda de la zona de transformación, con mínima lesión de los tejidos, los cuales pueden ser examinados histológicamente.

El aparato utilizado permite exactos y variables niveles de corte y coagulación.

El asa o electrodo diatérmico puede tener distintos tamaños y formas.

Con este método Se extirpa totalmente la zona de transformación, y se pretende emplear en sustitución de la biopsia dirigida con colposcopio y de la destrucción de la lesión con láser. (10)

## **Conización**

Este método se considera como diagnóstico y terapéutico. Constituye el método más exacto para realizar el diagnóstico definitivo, ya que permite conocer la extensión completa de la NIC, descartar la existencia de invasión y estudiar si la lesión tiene uno o varios focos de crecimiento. Por otra parte, puede ser un buen tratamiento si se comprueba que los bordes de la pieza extirpada están indemnes, es decir, si hay un margen de tejido sano suficiente entre la NIC y los márgenes de la pieza. (17)

## **Histerectomía**

Es el tratamiento de elección para el carcinoma in situ y tiene una recurrencia en la bóveda vaginal de menos del 1%.

Se recomienda realizar histerectomía en mujeres portadoras de NIC III mayores de 40 años o, si son más jóvenes, si ellas mismas consideran completa su familia, o si hay alguna entidad asociada que lo aconseje, siempre que la imagen colposcópica sea limitada y toda ella visible al colposcopio. También después de la práctica de un cono, cuando el estudio histológico,

correctamente realizado, informa que los bordes de la pieza están afectados por la NIC. (17)

### **1.10. SEGUIMIENTO**

Con citología reportada con alteraciones inflamatorias, se les da seguimiento con citología anual.

Pacientes con lesiones de bajo grado, el seguimiento ideal es semestral.

El seguimiento de pacientes con lesiones de alto grado tratadas conservadoramente será citocolposcópico en un centro de colposcopia, cuatrimestral o semestral el primer año. Semestral el segundo y tercer año, y posteriormente podrá pasar a primer nivel de atención para su citología anual.

El seguimiento de pacientes con lesión de alto grado tratadas con histerectomía y cuyo reporte de patología describe bordes quirúrgicos libres, se egresará del centro de colposcopia. Y será referida a cuidados preventivos en la mujer por médico familiar. (18,27)

### **1.11. PREVENCIÓN**

Actualmente se cuenta con la vacuna contra el Virus del Papiloma humano, recientemente aprobada por USA, efectiva en la prevención de infecciones persistentes, se aplica en tres dosis por un período de seis meses, se recomienda en mujeres de 9 a 26 años de edad, las vacunas no protegen contra todas las infecciones que producen cáncer, así que se recomienda seguir haciendo la detección de cáncer cervical. (30)

Los preservativos (condones), son un medio eficaz para la prevención de infecciones de transmisión sexual.



## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La citología cervical anormal y el cáncer del cuello uterino son más frecuentes entre las mujeres de los países en vías de desarrollo; ocupa el segundo lugar por orden de frecuencia en todo el mundo.

El frotis citológico puede revelar una lesión precancerosa, la displasia cervical, así como un cáncer in situ o un cáncer invasivo en sus primeras fases.

El cáncer cervicouterino representa la segunda causa de muerte por tumores maligno en Chiapas en el período 1999-2001 se registraron 354 casos de mortalidad por este tipo de cáncer, en 2002-2003 se registraron 324 apenas 30 casos menos. En el diagnóstico de salud situacional 2006, de la clínica hospital Dr. Roberto Nettel Flores, del ISSSTE, En Tapachula, Chiapas, el cáncer cervicouterino ocupó el 9º lugar como mortalidad general (no sólo la hospitalaria).

Como resultado de los estudios citológicos efectuados en el sector salud en el año 2000, se detectaron 125,950 muestras, de las cuales 61% correspondieron a displasias leves, 18.4% a moderadas, 8.64% a graves, 6.5% a cáncer in situ, 5.47% a cáncer invasor. A pesar de que en la actualidad se conoce el proceso por el cual se inicia la neoplasia intraepitelial cervical, también conocida como displasia, que son células del revestimiento del cuello cervical que han cambiado de apariencia, cuanto más severa es la anomalía, mayor es la probabilidad de desarrollar cáncer cervicouterino en el futuro. En la mayoría de los casos, el desarrollo del cáncer cervicouterino es a partir de los cambios anormales en las células cervicales que puede tomar varios años. Se conocen casos excepcionales donde el cáncer cervicouterino se ha desarrollado en un año. Estas anomalías cervicales pueden seguir tres evoluciones, regresión, persistencia o progresión. Generalmente se presentan en las mujeres entre 25 y 35 años de edad y afecta en una proporción de 1.2 a 3.8%.

Aún conociendo los factores de riesgo que son circunstancias detectables en individuos con una probabilidad incrementada de producir daño o efecto adverso a la salud. Éstas lesiones pueden ocurrir por diversas causas, después de una actividad sexual a edad temprana, (menor de 18 años),

compañeros sexuales múltiples, las enfermedades de transmisión sexual y el hábito de fumar. La mayoría de las veces no cursan con sintomatología.

A pesar de que en la actualidad se conoce el diagnóstico precoz de las alteraciones cérvico vaginales a través del frotis del Papanicolaou, esta morbilidad aumenta considerablemente

**De acuerdo a lo anterior se plantea el siguiente problema:**

¿Cuáles son los factores de riesgo que influyen en el desarrollo de la neoplasia intraepitelial cervical en las mujeres derechohabientes de la Clínica Hospital Dr. Roberto Nettel Flores del I S S S T E en Tapachula, Chiapas?

### **3. JUSTIFICACIÓN**

En los países en vías de desarrollo la neoplasia maligna es muy frecuente en la población femenina, a pesar de las acciones del programa nacional de detección oportuna de cáncer cervicouterino. El costo institucional que representa la atención de este problema, ésta determinado por la oportunidad en su detección y prevención, el cuál se reduce significativamente cuando más temprano es la detección.

En nuestra clínica no existen investigaciones previas relacionadas con este problema, no se conocen datos estadísticos, ni el control subsecuente, de las pacientes que se han reportado con neoplasia intraepiteleal cervical; por otro lado, no se cuenta con el recurso de laboratorio de citología exfoliativa y las muestras se procesan en la capital del Estado, por lo que los resultados son reportados entre uno y dos meses después de la toma de la muestra.

Este estudio permitirá conocer cuáles son las características de los factores de riesgo, los casos reportados como neoplasia intraepiteleal cervical, para mejorar los controles y la evolución de las pacientes para reducir el daño y las complicaciones de los casos de cáncer cervicouterino. Hacer más partícipe al personal de salud, a la propia población, orientándola a la detección oportuna del cáncer cervicouterino, y en cuanto a la institución se considerará la conveniencia de disponer de un servicio de citología exfoliativa en la propia clínica hospital.

Este trabajo es posible realizarlo, ya que se cuenta con la información propia del programa de detección oportuna del cáncer cervicouterino en el servicio de medicina preventiva de la unidad y con los expedientes clínicos de las pacientes inscritas, no se necesita recurso adicional ni de tipo económico.

Es posible conocer el problema en forma más completa para implementar medidas que mejoren la efectividad del programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. Objetivo General**

Identificar los principales factores de riesgo de las lesiones premalignas del cáncer cervicouterino en mujeres a las que se les practicó la citología exfoliativa cérvico vaginal, (Papanicolaou).

### **4.2. Objetivos Específicos**

Identificar:

- La edad de inicio de las relaciones sexuales.
- Edad del primer embarazo.
- Número de compañeros sexuales.
- Presencia de infecciones de transmisión sexual.
- Hábito de fumar.
- Uso de anticonceptivos orales.
- Factores socio culturales.
- Otros factores personales y psicosociales.
- Factores institucionales.

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1. Tipo de estudio:**

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, de tipo retrospectivo, prospectivo y transversal.

### **5.2. Población, lugar y tiempo:**

Se evaluaron los expedientes clínicos y se entrevistaron a las pacientes en su domicilio, adscritas a la clínica hospital Dr. Roberto Nettel Flores, del ISSSTE, EN Tapachula, Chiapas. El Período de estudio fue del 1° de Mayo del 2006 al 30 de Abril del 2007.

### **5.3. Tipo de muestra y tamaño de la muestra:**

Todas las mujeres a las que se les practicó citología cérvico vaginal y con resultados positivos para NIC I, NIC II, NIC III, y cáncer in situ. Durante el período del 1° de Mayo del 2006 al 30 de Abril del 2007.

### **5.4. Criterio de inclusión**

Todas las mujeres a las que se practicó citología cérvico vaginal a través del método del Papanicolaou y con resultado positivo de neoplasia intraepitelial cervical (NIC I, NIC II, NIC III,) durante el periodo del 1° de Mayo del 2006 al 30 de Abril del 2007.

### **5.5. Criterio de exclusión**

Todas las pacientes que no se localizaron en su domicilio, pacientes con expedientes extraviados o que fueron dadas de baja, pacientes que no aceptaron participar en el estudio.

## **5.6. Criterio de eliminación**

Por fallecimiento y pacientes que no estuvieron dentro del tiempo del estudio.

## 5.7. DEFINICIÓN DE VARIABLES A ESTUDIAR Y UNIDADES DE MEDICIÓN

Variable	definición conceptual	tipo de variable	escala de medición	valores que toma
Citología vaginal	estudio que se practica a las mujeres en la que se examinan las células que se descaman del epitelio cérvico vaginal	cualitativa	ordinal	negativo I negativo II nic I nic II nic III ca in situ
Neoplasia intraepitelial cervical	serie de cambios histológicos que se han considerado como lesiones precancerosas	cualitativa	ordinal	nic I nic II nic III
Estudios realizados en esta serie de casos	se investigó si es primera vez que se practica la citología	cualitativa	nominal	primera vez o subsecuente
Tabaquismo	positivo  negativo	cuantitativa	discontinua	más de un cigarrillo al día, más de 7 a la semana un cigarrillo al día o menos de 7 a la semana
Menarca	edad en años de inicio de la primera menstruación	cuantitativa	discontinua	10 a 13 14 a 16 17 y más
Edad de inicio de vida sexual	edad en años de que tuvo la primera relación sexual	cuantitativa	discontinua	16 a 20 20 y más
Número de parejas sexuales	número de parejas con las que haya tenido relación sexual	cuantitativa	discontinua	1 2 a 3 4 y más
Número de gesta	número de embarazos que haya tenido la paciente a la fecha	cuantitativa	discontinua	1 a 2 3 a 4 5 y más
Partos	número de partos que haya tenido por vía vaginal a la fecha	cuantitativa	discontinua	de 1 a 2 3 a 4 5 y más

Aborto	número de productos expulsados antes de la semana 20 de embarazo, contadas desde el primer día de la menstruación o con un peso menor de 500 gramos	cuantitativa	discontinua	ninguno de 1 a 3 4 y más
Cesárea	intervención quirúrgica para obtener el producto por la vía abdominal	cuantitativa	discontinua	ninguna 1 a 3 4 y más
Métodos de planificación familiar	método anticonceptivo que se utiliza para espaciar un embarazo de otro	cualitativa	nominal	ninguno dispositivo intrauterino hormonales oclusión tubaria bilateral
Leucorrea	salida de liquido no hemorrágico por el tracto vaginal	cualitativa	nominal	presente ausente
Flujo con sangre	presencia de liquido mucosanguinolento transvaginal.	cualitativa	nominal	presente ausente
Erosión cervical	solución de continuidad con perdida de sustancia debido a un proceso necrótico	cualitativa	nominal	presente ausente
Dolor al coito	dolor que se presenta durante la relación sexual	cualitativa	nominal	presente ausente
Sangrado al coito	sangrado que se presenta durante la relación sexual	cualitativa	nominal	presente ausente



Tricomonas	infección producida por protozooario de amplia distribución, la transmisión es por contacto sexual	cualitativa	nominal	presente ausente
Chlamydia Trachomatis	infección bacteriana transmitida sexualmente	cualitativa	nominal	presente ausente
Candidiasis	infección producida por esporas levaduras del genero cándida, puede ser transmitida sexualmente	cualitativa	nominal	presente ausente
Herpes	virus tipo 1 y 2 únicamente pueden vivir y reproducirse dentro de una célula viviente del cuerpo.	cualitativa	nominal	presente ausente
Imagen de VPH	virus que contiene DNA y pueden causar verrugas genitales	cualitativa	nominal	presente ausente
Edad	número de años cumplidos desde su nacimiento	cuantitativa	discontinua	25 a 34 años 35 a 44 años 45 y más
Escolaridad	grado de estudio que tiene una persona	cualitativa	ordinal	analfabeta menos de 10 años más de 10 años
Ocupación	empleo, oficio o actividad a la que dedica la mayor parte de su tiempo y obtenga no remuneración	cualitativa	nominal	hogar empleada profesionista
Horario de trabajo	tiempo que dedica al trabajo	cualitativa	nominal	matutino vespertino nocturno mixto
Trato digno.	¿Cómo ha sido el trato recibido en el servicio de medicina preventiva?	cualitativa	Ordinal	excelente bueno regular malo

¿Ha recibido información de detección oportuna de cáncer?	6.1 promoción a la salud de acuerdo a la norma oficial mexicana de cáncer cervicouterino	cualitativa	nominal	abierta enfermera/o médico asistente no recibieron
¿De quien ha recibido información de detección oportuna de cáncer cervico uterino?’	6,1 promoción a la salud de acuerdo ala norma oficial mexicana del cáncer cervico uterino	cualitativa	nominal	enfermera/o médico asistente no recibieron
Indicador de tiempo de espera para atención.	¿Cuanto tiempo espero para recibir atención?	cuantitativa	discontinua	menos de 15 minutos 15 a 30 minutos y más de 30
Indicador de tiempo de espera para resultados	¿Cuanto tiempo espero para recibir resultados?	cuantitativa	discontinua	un mes dos meses más de 3 meses
Indicador de trato digno:	¿Había más de dos personas en el momento de la atención?	cualitativa	nominal	si no
Aspecto cultural.	Cognoscitivo: ¿sabe cada cuando se debe realizar la detección oportuna del cáncer?	cuantitativa	discontinua	cada 6 meses cada año cada 2 años más de 3 años
Autopercepción	al acudir a la detección oportuna de cáncer cervico uterino ¿sienta pena o vergüenza?	cualitativa	nominal	si no
Medición de la calidad del servicio	¿Le da confianza el resultado?	cualitativa	nominal	si no
Utilidad percibida.	¿al realizarse la detección oportuna del cáncer cervico uterino ¿piensa que esta prueba es?	cualitativa	ordinal	diagnostico de cáncer cervico uterino infección vaginal ambos

## **5.8. MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN**

En el archivo del módulo de detección se revisaron los reportes de citología exfoliativa cervical anormal, también se localizaron los expedientes en el archivo clínico para sacar los datos que necesitó el estudio, se tabuló en la hoja de recolección de datos. La información de los factores de riesgo se obtuvieron mediante un cuestionario estructurado, las mujeres fueron visitadas en su domicilio para aplicación del cuestionario a través de una entrevista, a las personas que participaron en la investigación se les solicitó firmar carta de consentimiento informado, asegurándoles que la información sería de uso confidencial y exclusivamente para fines de la investigación.

Las variables de estudio fueron: edad de inicio de vida sexual activa, edad del primer embarazo, número de compañeros sexuales, presencia de infecciones de transmisión sexual, hábito de fumar, uso de anticonceptivos orales, factores socioculturales, otros factores personales y psicosociales, factores institucionales.

Se evaluaron los resultados con estadística descriptiva con medidas de tendencia central como media aritmética, moda, mediana, también se utilizaron cuadros, tablas y gráficas de acuerdo a las variables ya mencionadas.

## **5.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

De acuerdo a la declaración de Helsinki, en recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas, en el apartado principios básicos fueron tomados en cuenta todos los puntos.

EL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD, en materia de investigación para la salud

TITULO SEGUNDO: de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

CAPITULO UNO. Disposiciones comunes, según el ARTICULO 17, del mismo apartado, se consideró esta investigación sin riesgo, y cumpliendo con el ARTICULO 20, se obtuvo el conocimiento informado en todas las pacientes objeto de este estudio.<sup>(31,32)</sup>

## **6. RESULTADOS**

La casuística del presente estudio fue de 16 casos de neoplasia intraepitelial cervical, de un total de 811 estudios de muestras de citologías, realizadas en la Clínica Hospital Dr. Roberto Nettel del ISSSTE en Tapachula, Chiapas, en el período del 1°. de Mayo 2006 al 30 de Abril del 2007

## 6.1. TABLAS

<b>total de citologías</b>	normales	casos 795	% 98%	tabla No.1
	anormales	16	2%	

<b>Clasificación</b>	NIC I	8	53%	tabla No.2
	NIC II	6	40%	
	NIC III	1	7%	

<b>estudios realiza- por la paciente</b>	1a.vez	8	53%	tabla No.3
	subsec.	7	47%	

<b>Tabaquismo</b>	positivo	1	7%	tabla No.4
	negativo	14	93%	

<b>Menarca</b>	10 a 13	9	60%	Tabla No.5
	14 a 16	5	33%	
	y más	1	7%	

<b>edad de i.v.s.</b>	16 A 20	6	40%	tabla No.6
	20 y más	9	60%	

<b>no. de parejas Sexuales</b>	1	10	66%	Tabla No.7
	2 A 3	5	33%	
	4 y más	0		

<b>no. de gestas</b>	1 a 2	3	20%	Tabla No.8
	3 a 4	11	73%	
	5 y más	1	7%	

### eventos obstétricos

<b>Parto</b>	1 a 2	8	53%	tabla No.9
	3 a 4	6	40%	
	5 y más	1	7%	
<b>presentaron cesárea y parto vaginal</b>		5	33%	

Aborto	Ninguno	9	60%	tabla No.10
	1 a 3	5	33%	
	4 y más	1	7%	

<b>Métodos Anticonceptivos</b>	Ninguno	6	40%	tabla No.11
	Diu	2	13%	
	Hormonales	2	13%	
	OTB	5	33%	

<b>signos y síntomas</b>	Ninguno	6	40%	TABLA No.12
	Leucorrea	6	40%	
	erosión cervical	4	27%	
	flujo con sangre	2	13%	
	dolor al coito	3	20%	

<b>infección cervico Vaginal</b>	Bacterias	13	86%	Tabla No.13
	Trichomonas	0		
	Chlamydia	0		
	Candidiasis	1	7%	
	Herpes	0		
	Imagen de HPV	7	46%	

**otros factores Socioeconómicos**

Edad	25 a 34 años	2	13%	tabla No.14
	35 a 44 años	10	67%	
	45 y más	3	20%	

Escolaridad	Analfabeta	1	7%	tabla No.15
	menos de 10 años	2	13%	
	más de 10 años	12	80%	

Ocupación	Hogar	6	40%	tabla No.16
	empleada admist.	2	13%	
	Profesional	7	47%	

horario de trabajo	matutino			tabla No.17
	Mixto	6	40%	
	vespertino	1	7%	
	Nocturno	1	7%	
	Ninguno	1	7%	
		6	40%	

<b>Institucionales</b> trato digno	Excelente	6	40%	tabla No.18
	Bueno	6	40%	
	Regular	1	7%	
	Malo	2	13%	
¿ha recibido información de doc?	Si	12	80%	tabla No.19
	no recibieron	3	20%	
¿de quien la recibió?	enfermera/o	5	33%	tabla No.20
	Médico	6	40%	
	Asistente	1	7%	
	no recibieron	3	20%	
indicador de tiempo de espera	menos de 15 minutos	8	53%	tabla No.21
	de 15 a 30 minutos	6	40%	
	más de 30 minutos	1	7%	
tiempo de espera de entrega de Resultados	un mes	1	75%	tabla No.22
	dos meses	6	40%	
	tres meses	8	53%	
		12	80%	
¿habían más de 2 personas en el momento de la atención?	Si	3	20%	tabla No.23
	No	12	80%	



**cognoscitivos**

¿cada cuanto tiempo se debe realizar el doc?	cada 6 meses	5	33%
	al año	9	60%
	de 2 a 3 años	1	7%

tabla No.24

<b>Factores Culturales</b>			
¿al acudir a la detección siente pena o vergüenza?	Si	10	66%
	No	5	33%
¿confía en el Resultado?	SI	11	73%
	NO	4	27%
¿piensa que esta prueba es para?	detectar cacu	7	47%
	detectar infecc- cérvico vaginal		
	cacu ambos	8	53%

tabla No.25

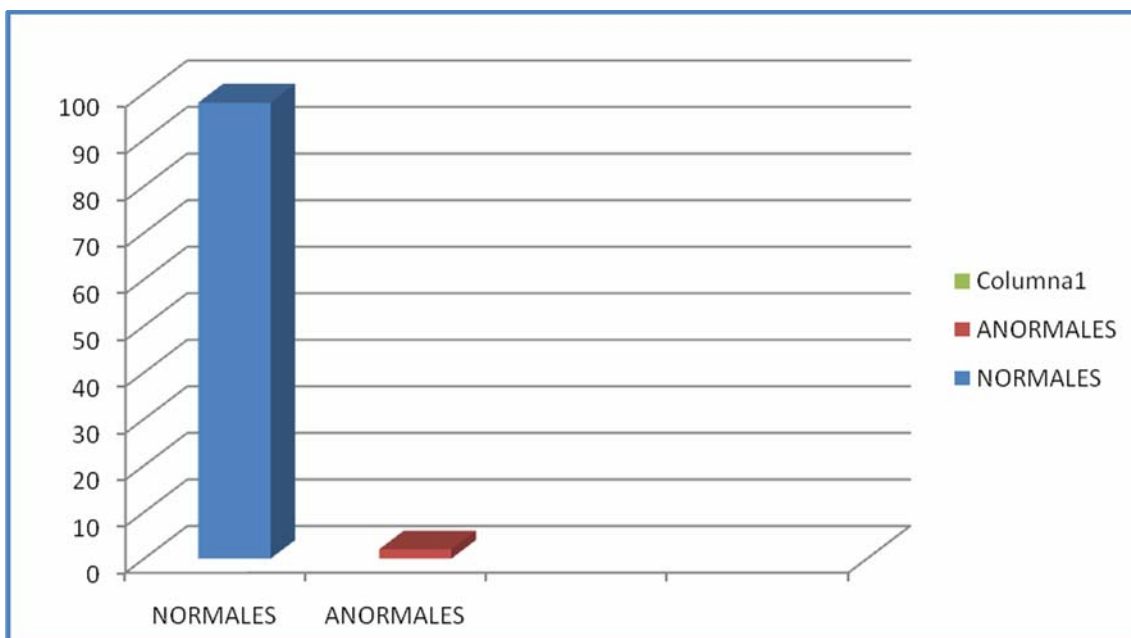
tabla No 26

tabla No.27

## 6.2. GRÁFICOS Y CUADROS.

### GRÁFICO No.1

#### TOTAL DE CITOLOGIAS



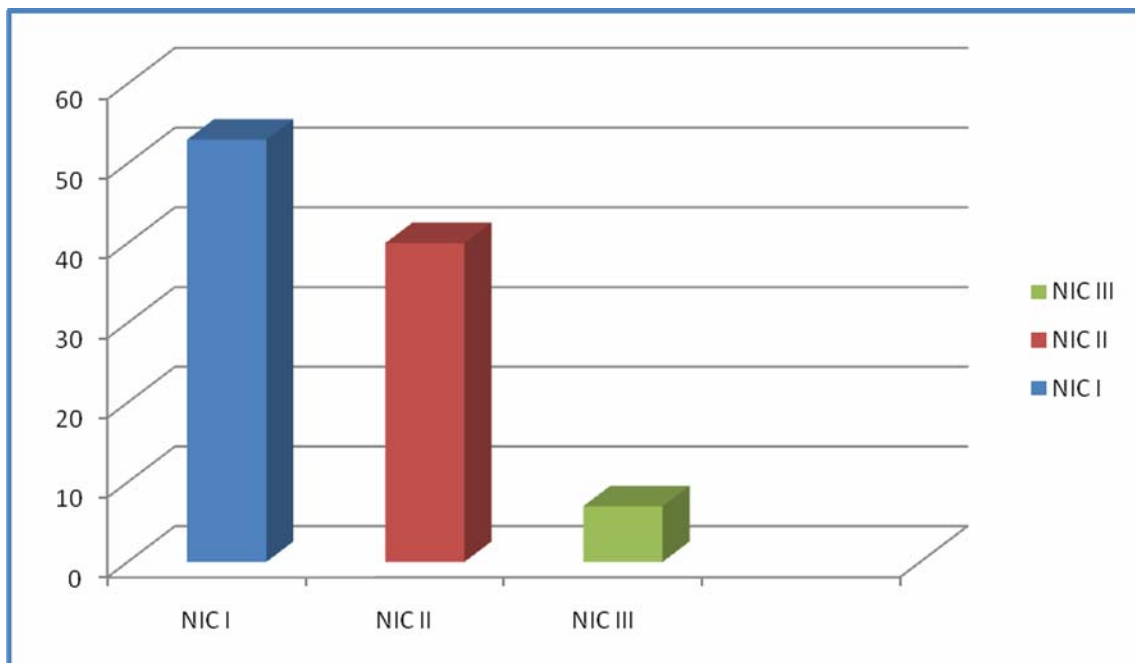
Fuente: archivo clínico de la institución

ESTUDIOS CITOLÓGICOS	FRECUENCIA	%
Estudios normales	795	98
Estudios anormales	16	2

De un total de 811 estudios resultaron anormales 16 casos, que es igual al 100%, sin embargo se eliminó un caso por no encontrarse la paciente en su domicilio, que corresponde al 7%. Y sólo se estudiaron 15 que corresponde al 93%.

GRÁFICO No. 2

### CLASIFICACIÓN DE LA NIC



Fuente: archivo clínico de la institución

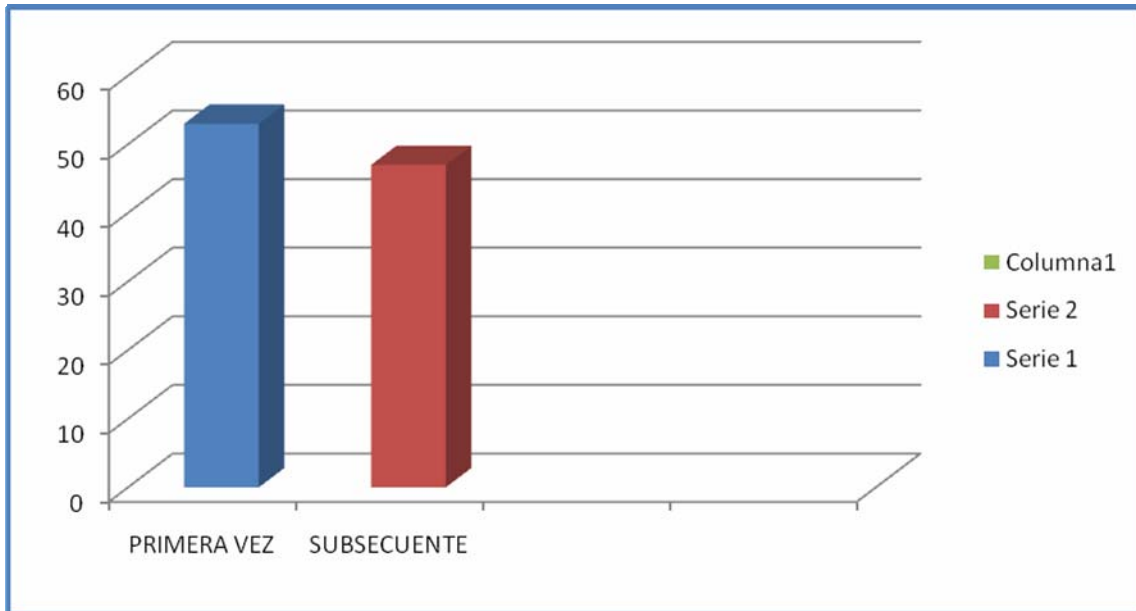
### NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL

	FRECUENCIA	%
NIC I	8	53
NIC II	6	40
NIC III	1	7

Por lo que se observó que la neoplasia intraepitelial grado I, fue la más frecuente con el 53%.

GRÁFICO No.3

**FRECUENCIA DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS POR LA PACIENTE.**



Fuente: archivo clínico de la institución

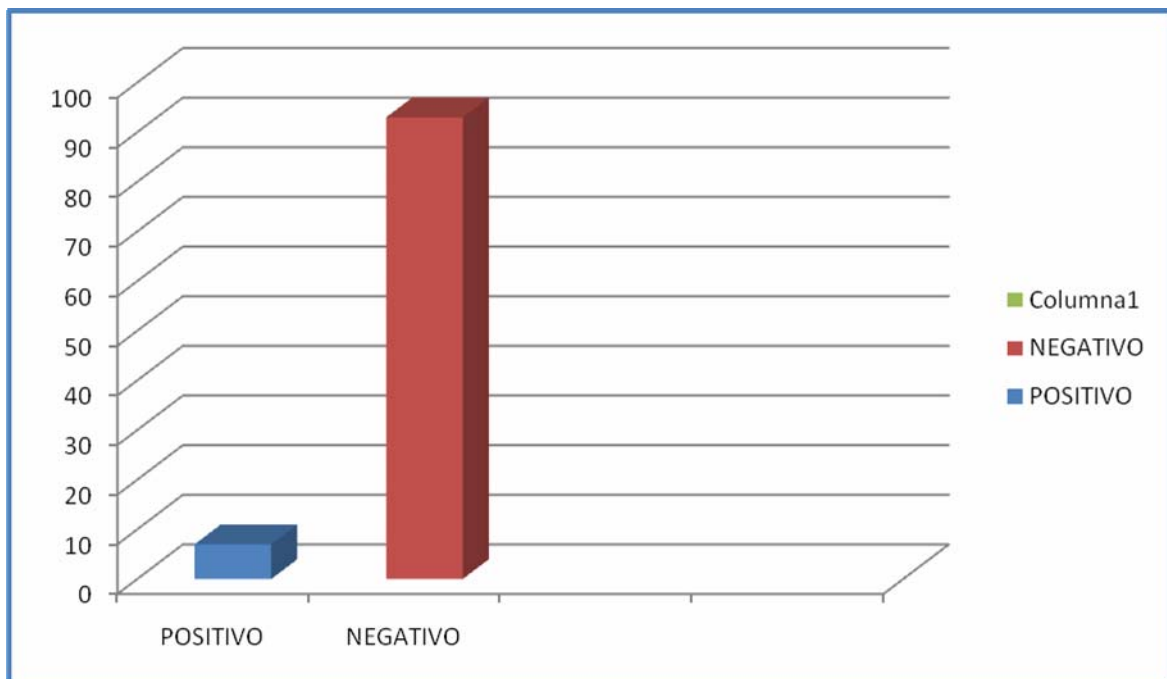
**FRECUENCIA DE ESTUDIOS REALIZADOS**

	FRECUENCIA	%
Primera vez	8	53
Subsecuente	7	47

Es importante mencionar que la citología anormal se detectó desde la primera vez con 53%. El riesgo de padecer cáncer cervicouterino disminuye proporcionalmente al número de citologías realizadas.

GRÁFICO No. 4

### TABAQUISMO



Fuente: encuestas aplicadas a mujeres de la C. H. Dr. Roberto Nettel flores

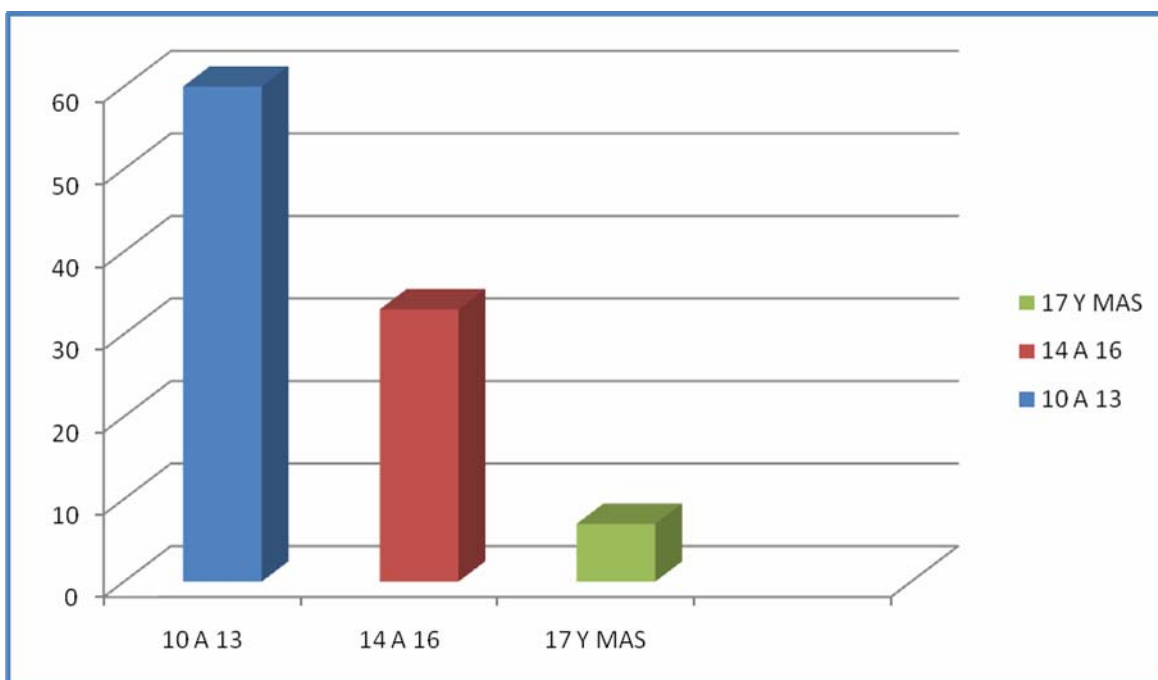
### HÁBITO TABÁQUICO

	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
Más de 10 cigarrillos al día: positivo	1	7
Menos de un cigarrillo al día: negativo	14	93

En cuanto al antecedente del hábito tabáquico fue positivo en una sola paciente

GRÁFICO No.5

**MENARCA**



Fuente: encuestas aplicadas a mujeres de la C. H. Dr. Roberto Nettel Flores

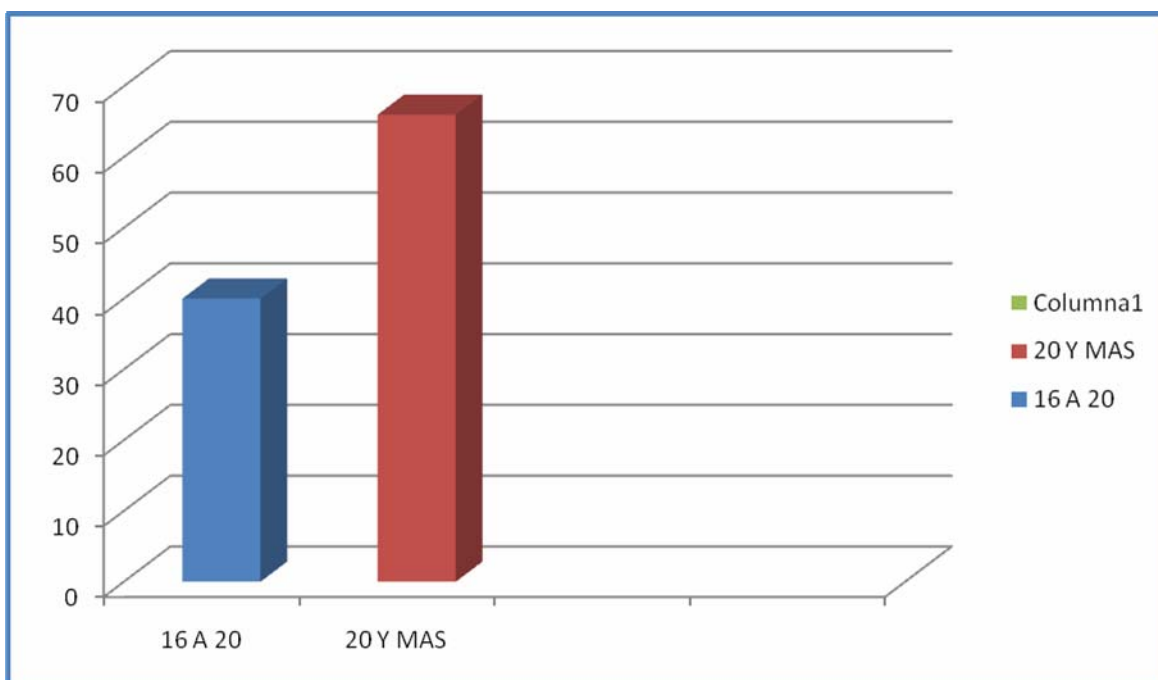
**MENARCA**

EDAD EN AÑOS	FRECUENCIA	%
10 a 13	9	60
14 a 16	5	33
17 y más	1	7

La edad más frecuente que se presentó la primera menstruación fue en el grupo de 10 a 13 años con 60%, y en el grupo de 14 a 16 con 33% y de 17 y más se encontró en un 7%

## GRÁFICO No.6

### EDAD DE I.V.S.



Fuente: encuesta aplicada a mujeres de la C. H. Dr. Roberto Nettel Flores

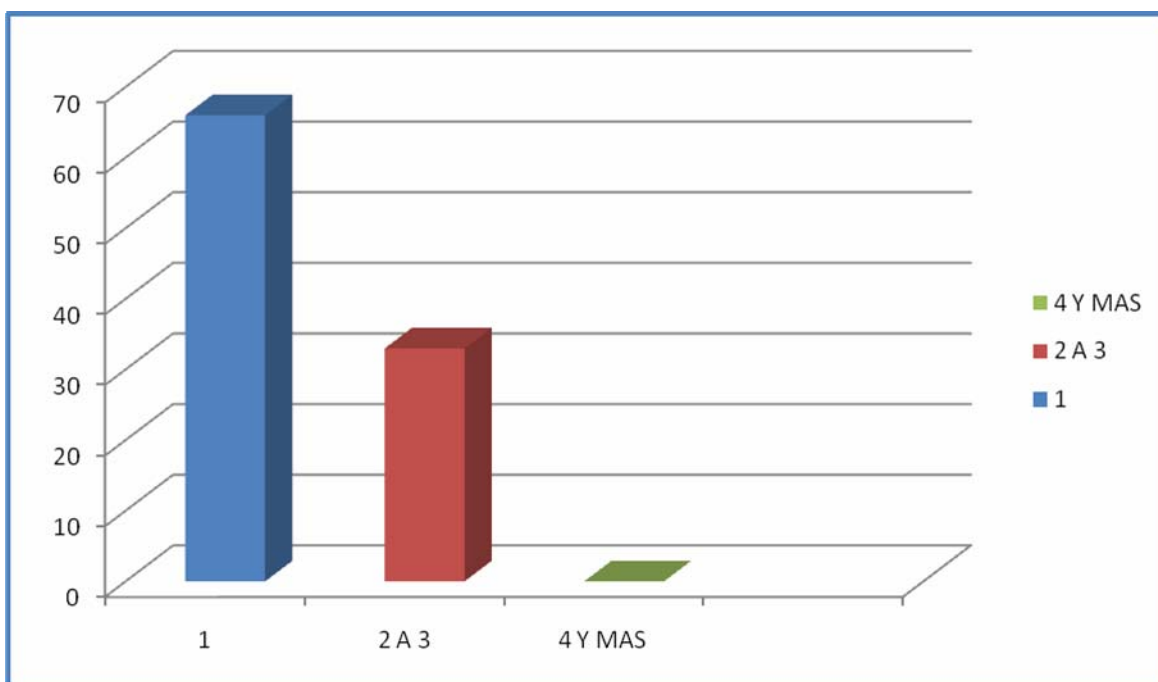
### INICIO DE VIDA SEXUAL

EDAD EN AÑOS	FRECUENCIA	%
16 a 20	6	40
20 y más	9	60

Edad de inicio de vida sexual se detectó que la edad promedio fue 21 años, con un 60%, en las de 20 años y más y 40%, en las de 16 a 20 años.

GRÁFICO No. 7

**NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES**



Fuente: encuestas aplicadas a mujeres de la C. H. Dr. Roberto Nettel Flores

**NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES**

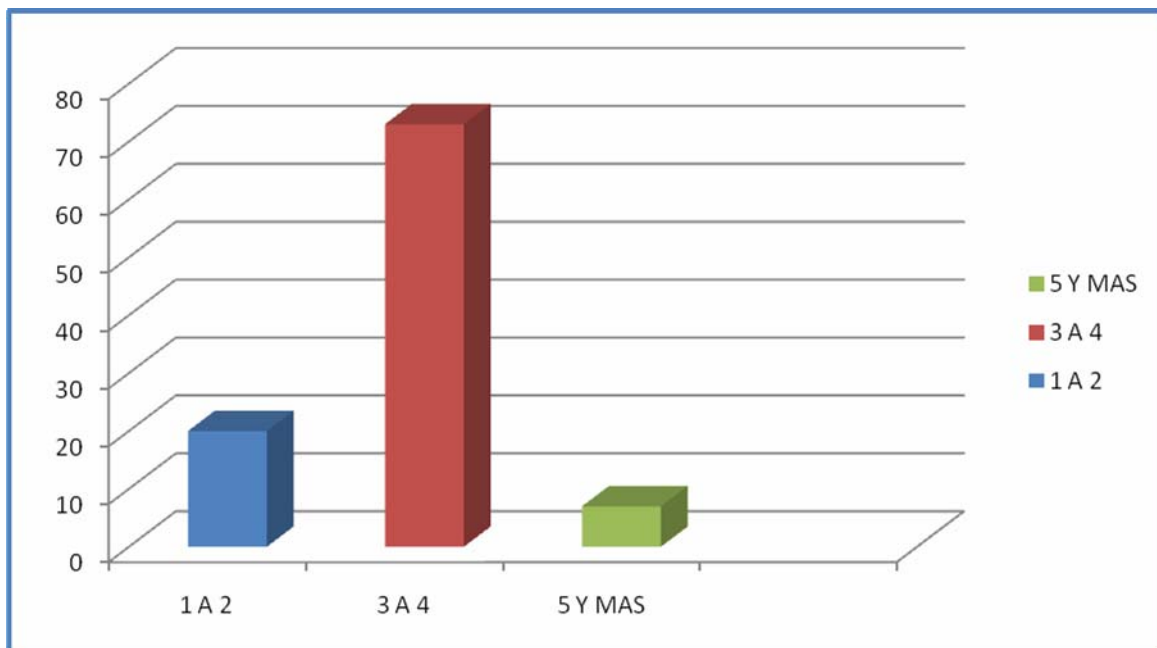
	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
1	10	66
2 a 3	5	33
4 y más	0	

El total de mujeres encuestadas el 66%, reportaron un sólo compañero sexual y de 2 a 3 el 33%, éste factor de riesgo no se considera estadísticamente significativo.



GRÁFICO No. 8

**NÚMERO DE GESTAS**



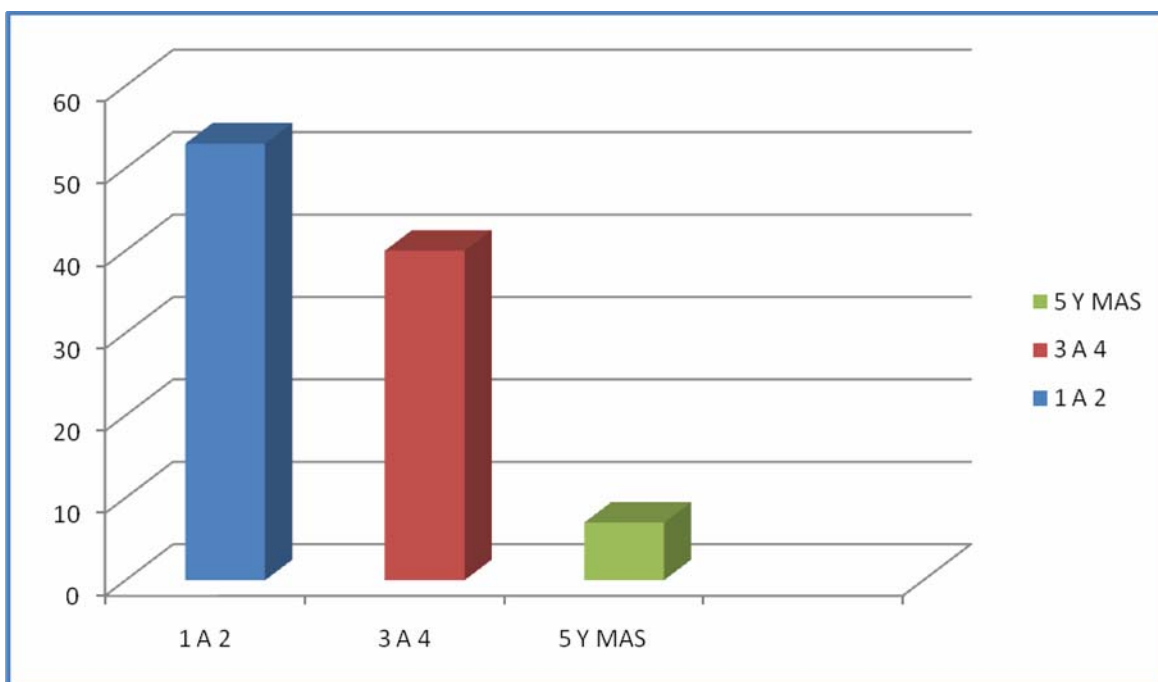
Fuente: encuestas aplicadas a mujeres de la C.H. Dr. Roberto Nettel Flores

<b>NO. DE GESTAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
1 a 2	3	20
3 a 4	11	73
5 y más	1	7

En lo que se refiere al número de gestaciones en esta serie de casos, se encontró de 1 hasta 9 gestas con una media de 3.4.

## GRÁFICOS No. 9

### EVENTOS OBSTÉTRICOS: PARTOS



Fuente: encuestas aplicadas a mujeres de la C.H. Dr. Roberto Nettel Flores

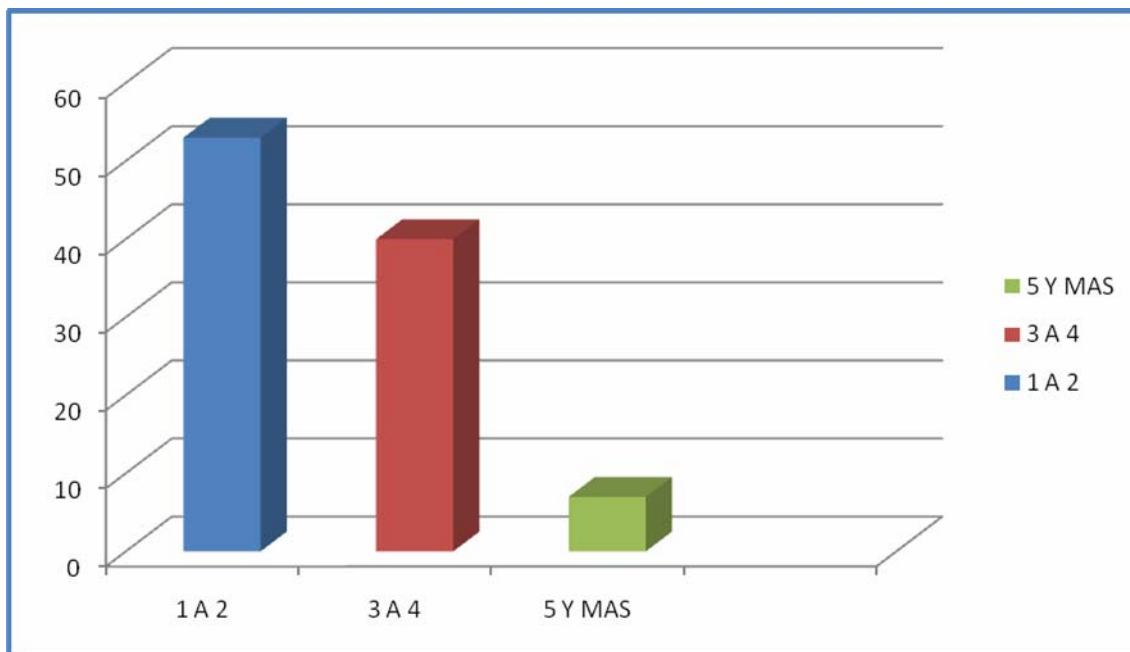
<b>PARTOS VAGINALES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
1 a 2	8	53
3 a 4	6	40
5 y más	1	7

El antecedente de partos vaginales fue la mínima 1 y la máxima 5, con una media de 2.4

Se reportaron 5 pacientes con antecedente parto quirúrgico abdominal y parto vaginal que corresponde al 33 %.

GRÁFICO No. 10

**ABORTO.**



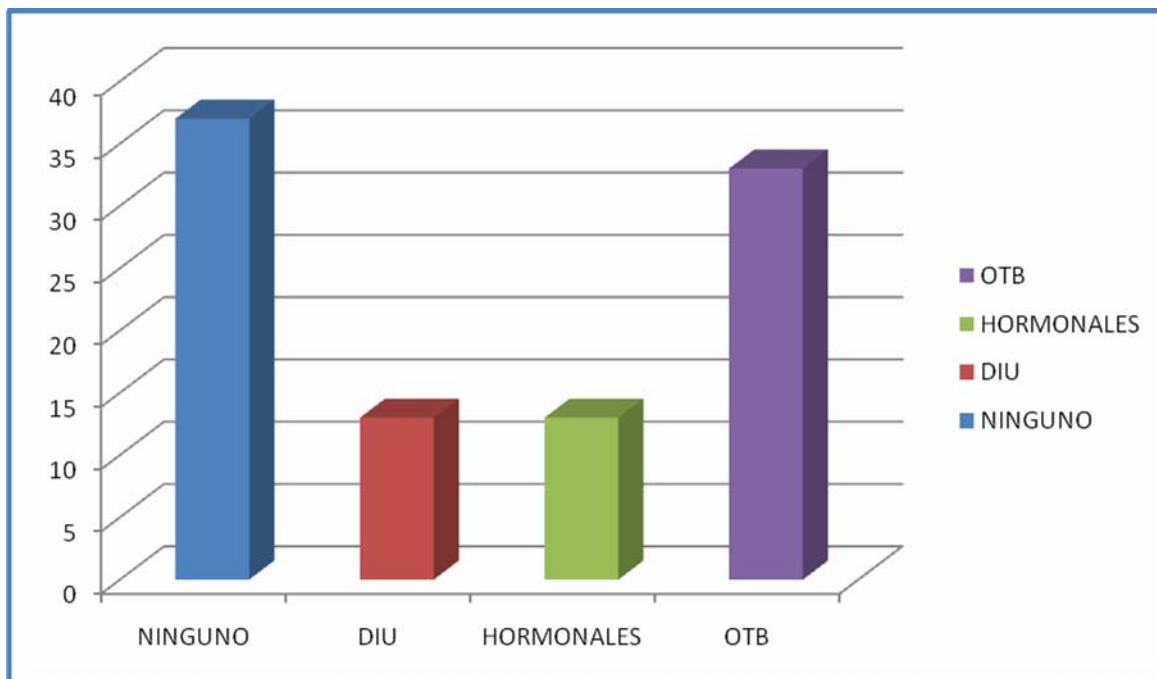
Fuente: encuestas aplicadas a mujeres de la C.H. Dr. Roberto Nettel Flores

<b>ABORTO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
Ninguno	9	60
1 a 3	5	33
4 y más	1	7

En 6 pacientes se presentó el antecedente de haber presentado abortos de 1 a 3 que corresponde a 33% y de 4 y más 7%.

GRÁFICO No. 11

**MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.**



Fuente: encuestas aplicadas a mujeres de la C.H. Dr. Roberto Nettel Flores

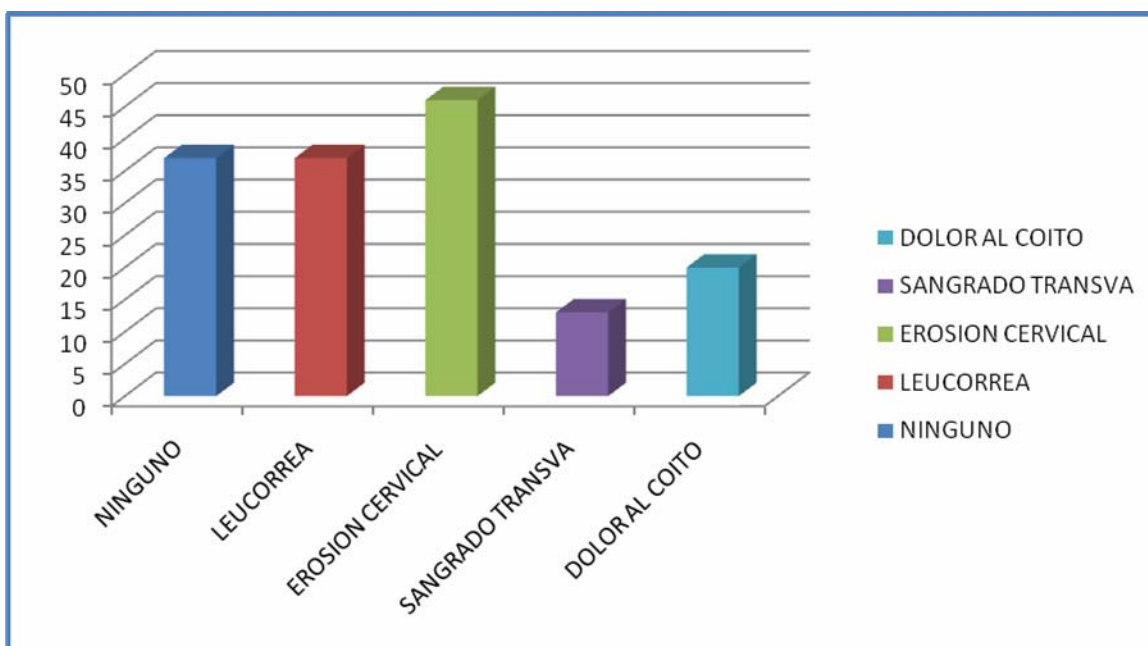
**METODOLOGIA ANTICONCEPTIVA**

	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
Ninguno	6	40
DIU	2	13
HORMONALES	2	13
OTB	5	34

Se encontró que el 60% de estos casos utilizaban método anticonceptivo y 40% ninguno.

GRÁFICO No. 12

**SIGNOS Y SÍNTOMAS.**



Fuente: encuestas aplicadas a mujeres de la C.H. Dr. Roberto Nettel Flores

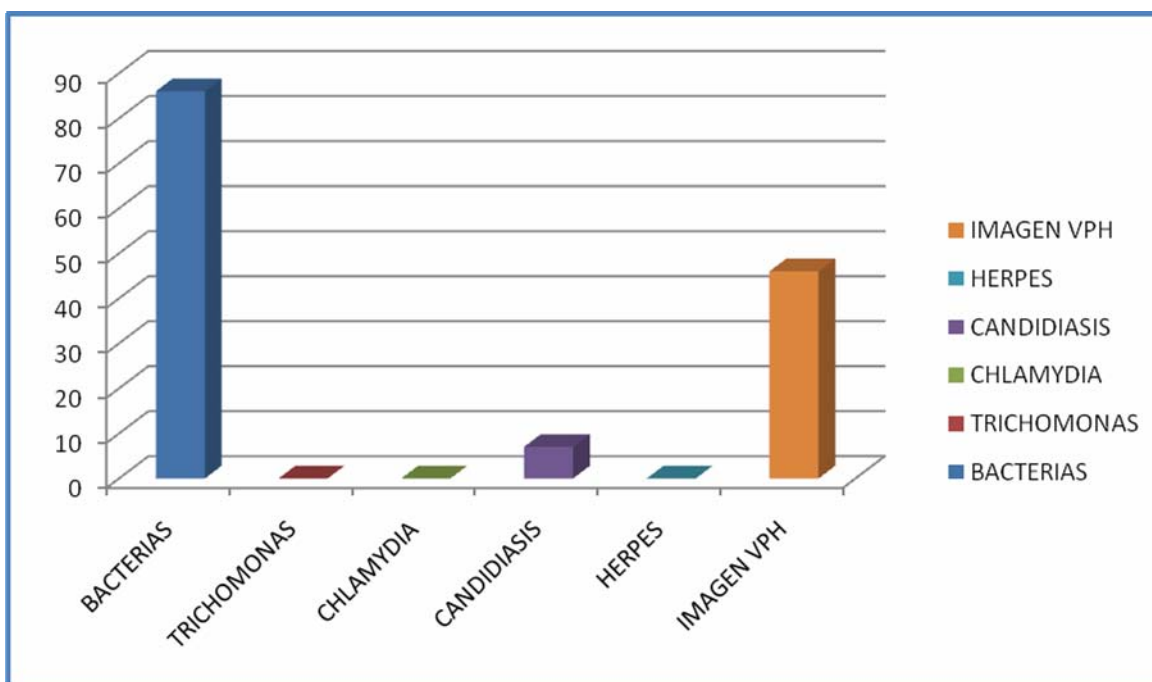
**SIGNOS Y SÍNTOMAS GINECOLÓGICOS**

	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
Ninguno	6	37
Leucorrea	6	37
Erosión	4	27
Dolor al coito	3	20
Flujo con sangre	2	13

Los signos y síntomas ginecológicos manifestados fueron: la presencia de leucorrea en la mayoría de los casos y en menor frecuencia flujo con sangre

GRÁFICO No. 13

**INFECCIÓN CÉRVICO VAGINAL.**



Fuente: encuestas aplicadas a mujeres de la C.H. Dr. Roberto Nettel Flores

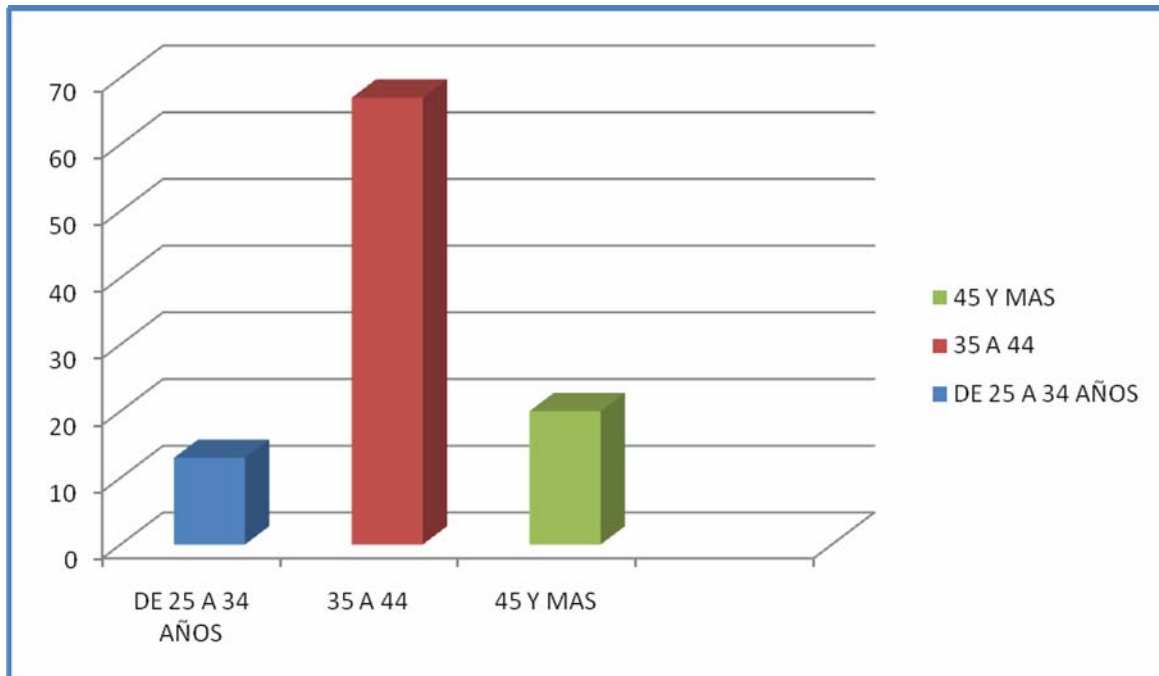
**INFECCIÓN CÉRVICO VAGINAL**

	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Bacterias	13	86
Trichomonas	0	
Chlamydia	0	
Candidiasis	1	7
Herpes	0	
Imagen de VPH	7	46

En esta serie de casos fue predominante la presencia de infección bacteriana, asociado con la Imagen del VPH, en menor proporción la infección por candidiasis.

GRÁFICO No. 14

**OTROS FACTORES SOCIOECONÓMICOS  
EDAD.**



Fuente: encuestas aplicadas a mujeres de la C.H. Dr. Roberto Nettel Flores

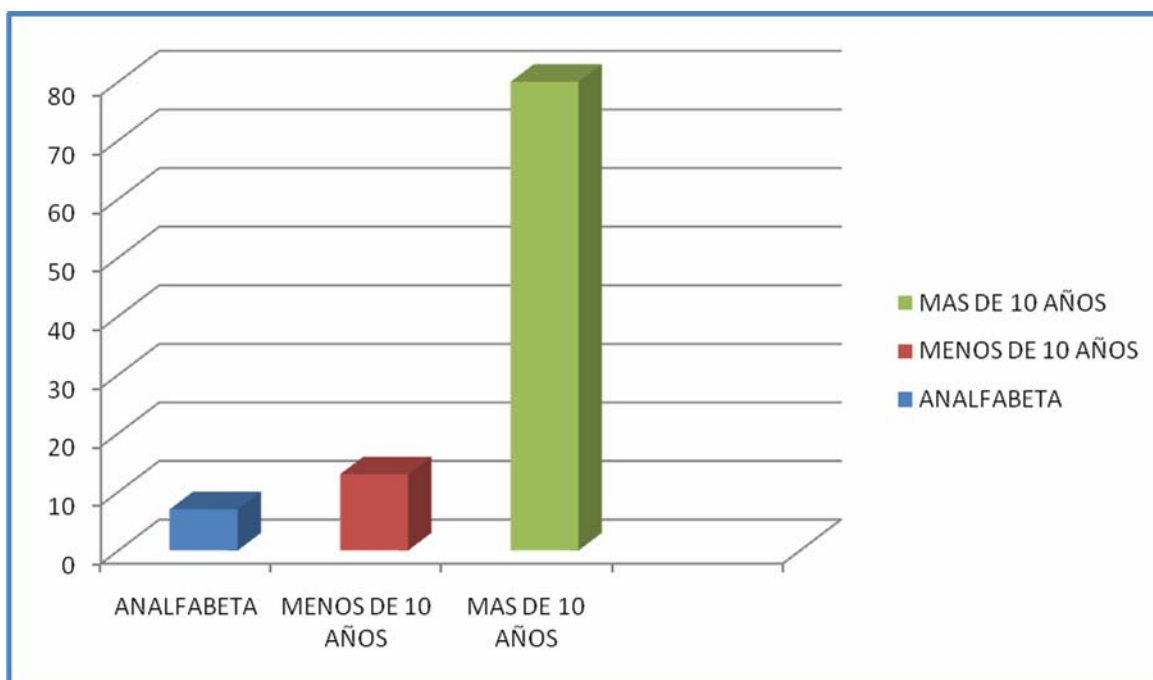
**GRUPOS DE EDAD EN AÑOS**

	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
25 a 34	2	13
35 a 44	10	67
45 y más	3	20

De los casos estudiados, la edad mínima fue de 27 años y la máxima de 54, con una media de 40 años.

GRÁFICO No. 15

**ESCOLARIDAD.**



Fuente: encuestas aplicadas a mujeres de la C.H .Dr. Roberto Nettel Flores

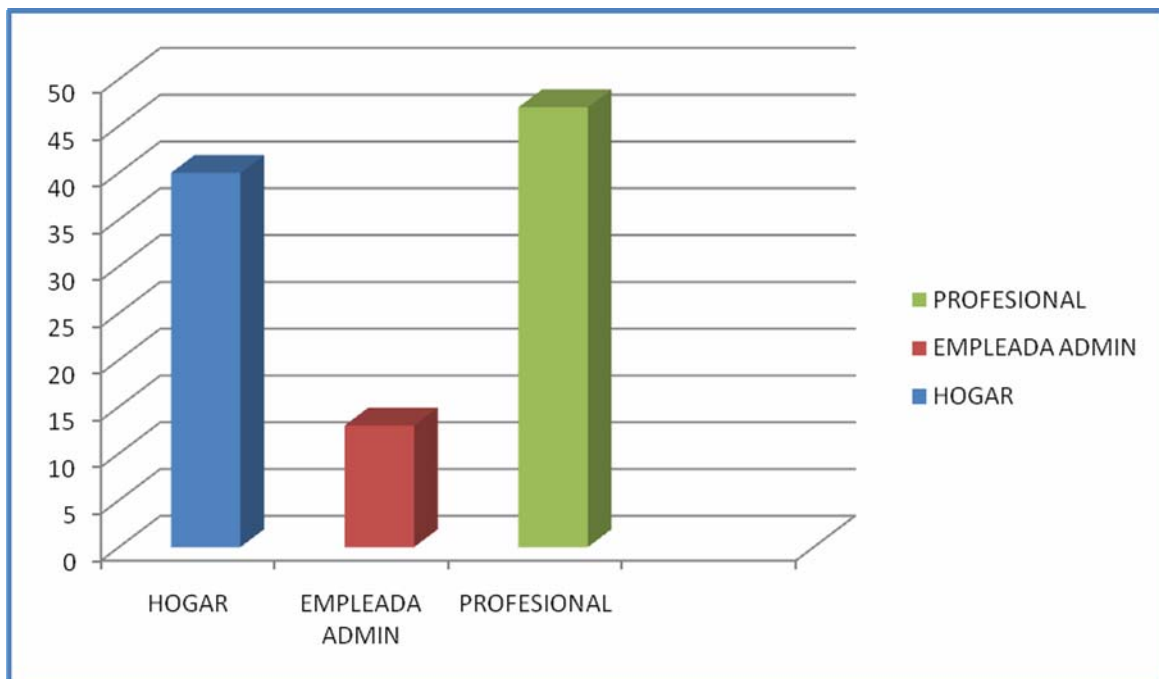
ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	%
Analfabeta	1	7
Menos de 10 años	2	13
Más de 10 años	12	80

En la mayoría de los casos reportó más de 10 años de estudios con un 80%, menos de 10 años 13% y un caso de analfabetismo 7%.



GRÁFICO No. 16

**OCUPACIÓN.**



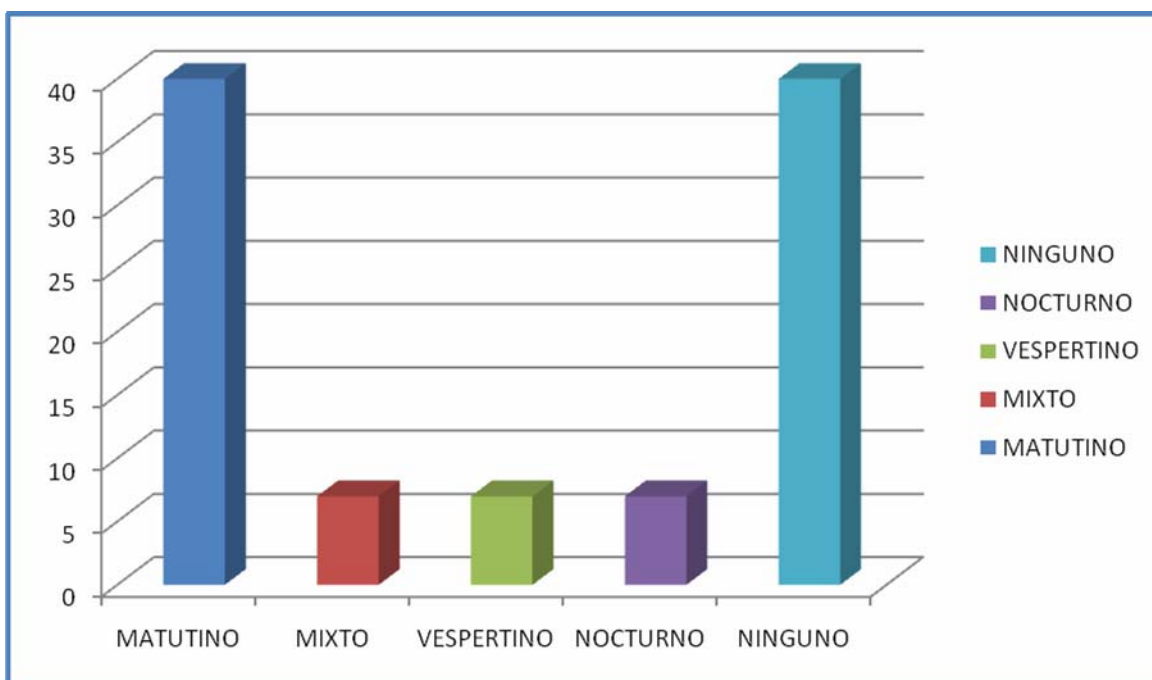
Fuente: encuestas aplicadas a mujeres de la C.H. Dr. Roberto Nettel Flores

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	%
Hogar	6	40
Empleada	2	13
Profesional	7	47

Se observó que el 40% de los casos se dedican a labores del hogar y el mayor número fueron profesionistas el 47% y el 13% fueron empleadas con menos grados de estudios.

GRÁFICO No. 17

**HORARIO DE TRABAJO.**



Fuente: encuestas aplicadas a mujeres C.H. Dr. Roberto Nettel Flores

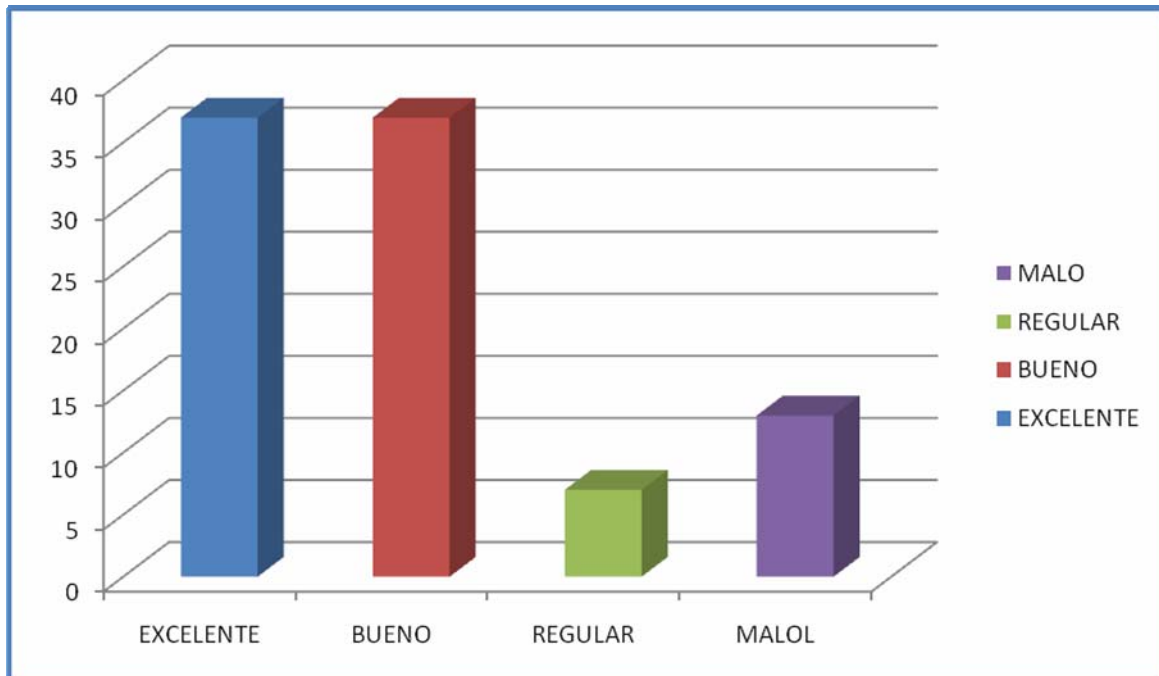
**HORARIO DE TRABAJO**

	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
Matutino	6	40
Mixto	1	7
Vespertino	1	7
Nocturno	1	7
Ninguno	6	40

En cuanto a los horarios de trabajo se encontró que el mayor porcentaje labora en la mañana.

GRÁFICO No. 18

**FACTORES INSTITUCIONALES  
TRATO DIGNO.**



Fuente: encuestas aplicadas a mujeres de la C.H. Dr. Roberto Nettel Flores

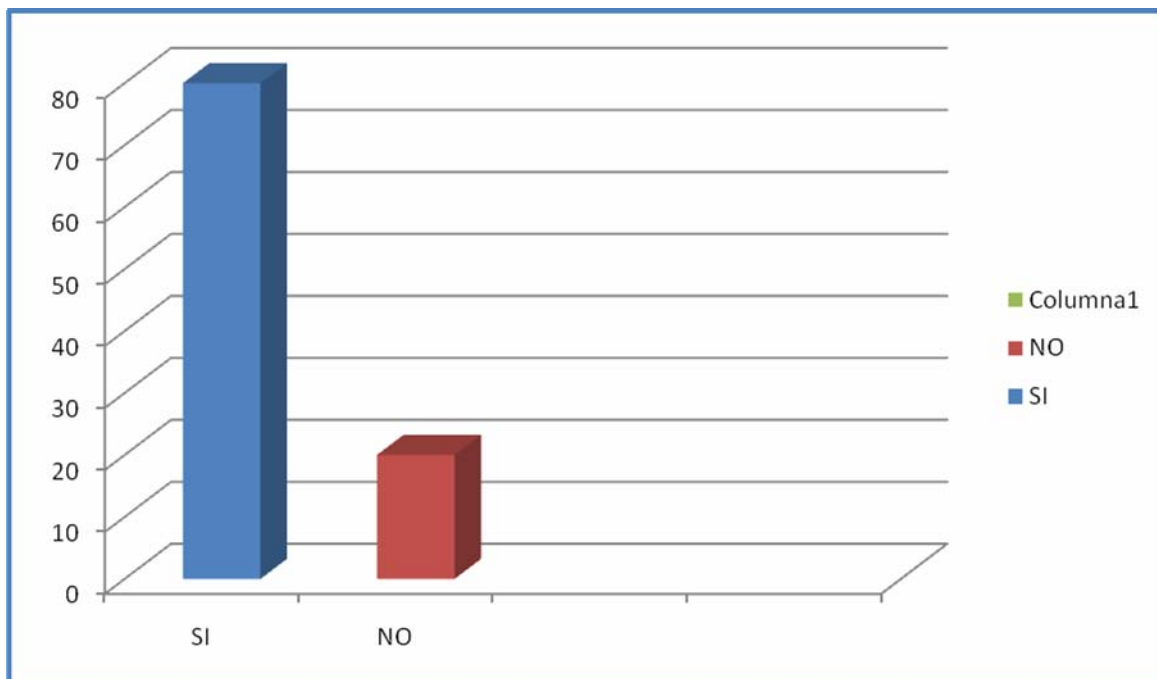
**TRATO DIGNO**

	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
Excelente	6	40
Bueno	6	40
Regular	1	7
Malo	2	13

El trato en medicina preventiva se evalúa como bueno y excelente  
En el 80% de los casos.

GRÁFICO No. 19

**¿HA RECIBIDO INFORMACIÓN OPORTUNA DE DOC?**



Fuente: encuestas aplicadas a mujeres de la C: H. Dr. Roberto Nettel Flores

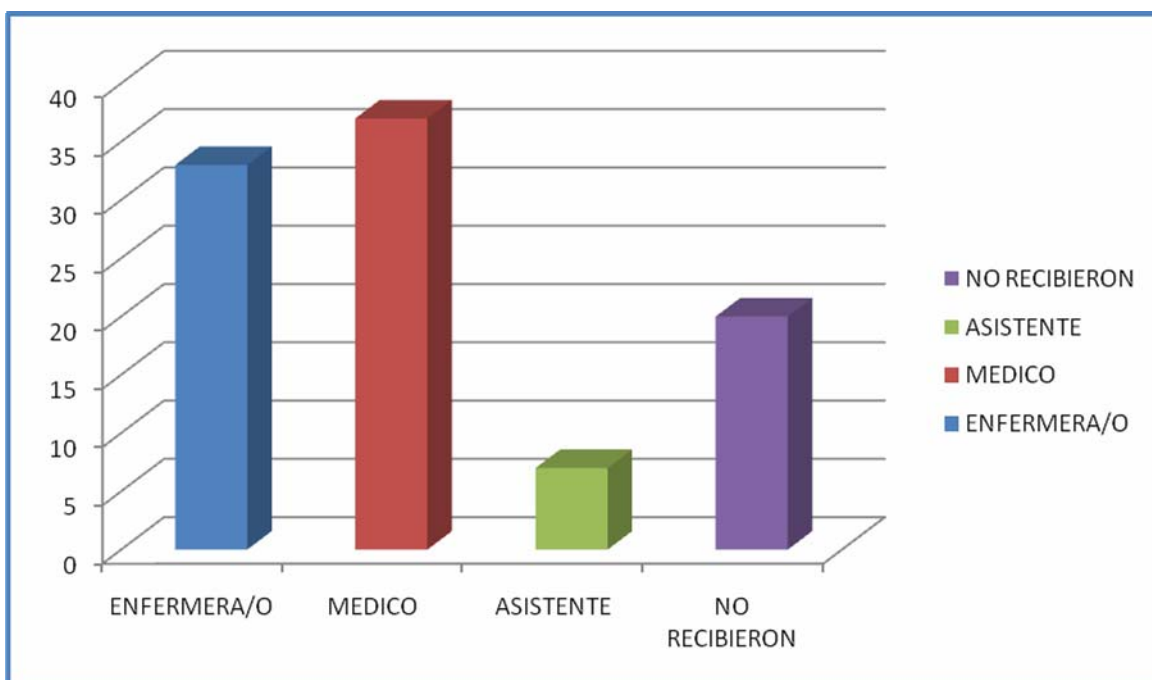
**INFORMACIÓN OPORTUNA DE DOC**

	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
SI	12	80
NO	3	20

El 80% de las mujeres afirmaron que recibieron información sobre la importancia de la detección.

GRÁFICO No. 20

**¿DE QUIEN LA RECIBIÓ?**



Fuente: encuestas aplicadas a mujeres de la C. H. Dr. Roberto Nettel Flores

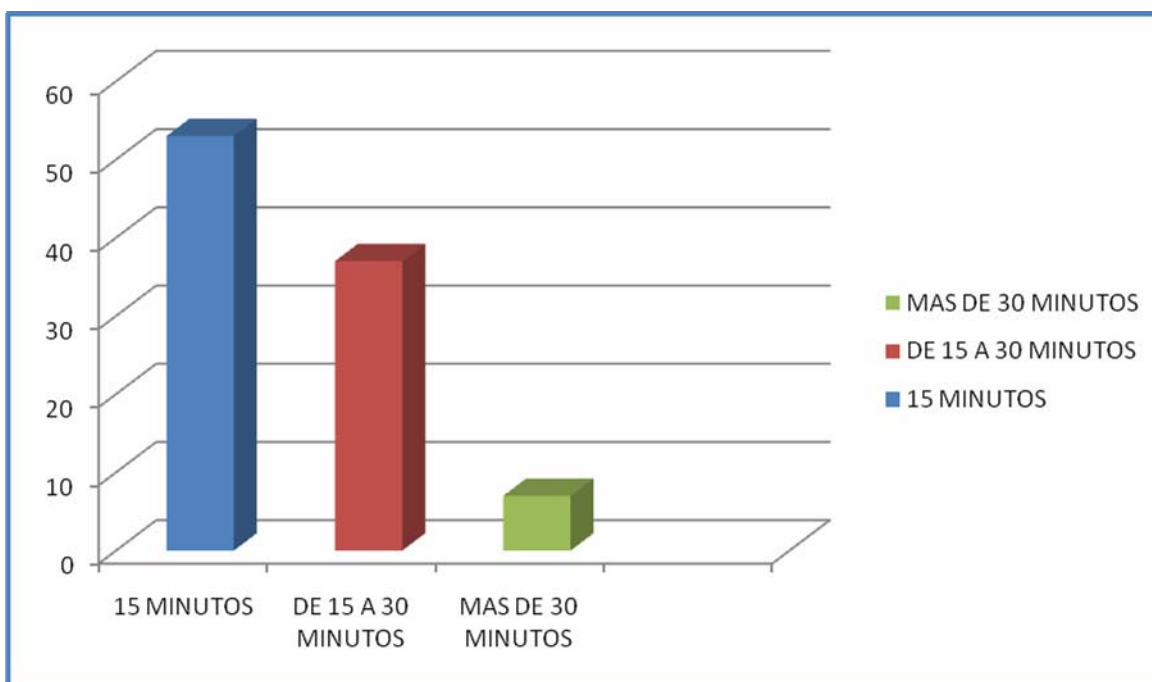
**INFORMACIÓN**

	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
Enfermera/o	5	33
Médico	6	40
Asistente	1	7
No recibieron	3	20

En esta serie de casos el médico es el que más proporcionó información.

GRÁFICO No. 21

**DE TIEMPO DE ESPERA PARA RECIBIR ATENCIÓN**



Fuente: encuestas aplicadas a mujeres de la C. H. Dr. Roberto Nettel Flores

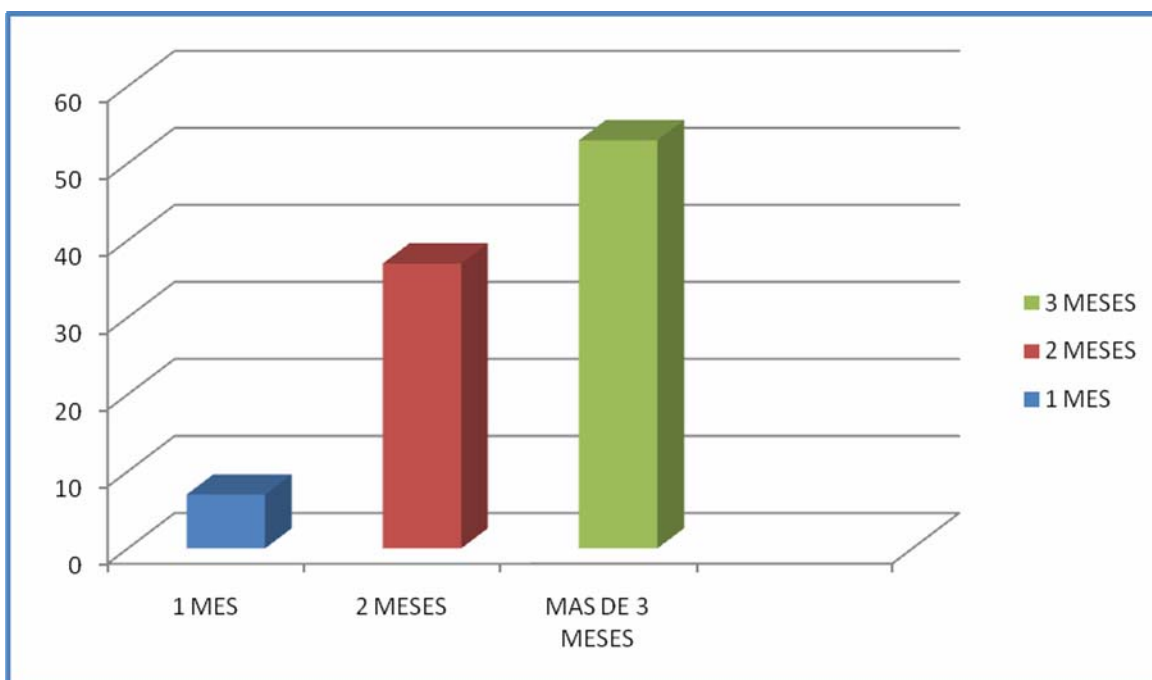
**TIEMPO DE ESPERA**

	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
Menos de 15 minutos	8	53
15 a 30 minutos	6	40
30 minutos y más	1	7

El tiempo de espera para la atención no mostró significado estadístico.

GRÁFICO No. 22

**TIEMPO DE ESPERA PARA ENTREGA DE RESULTADOS.**



Fuente: encuestas aplicadas a mujeres de la C. H. Dr. Roberto Nettel Flores

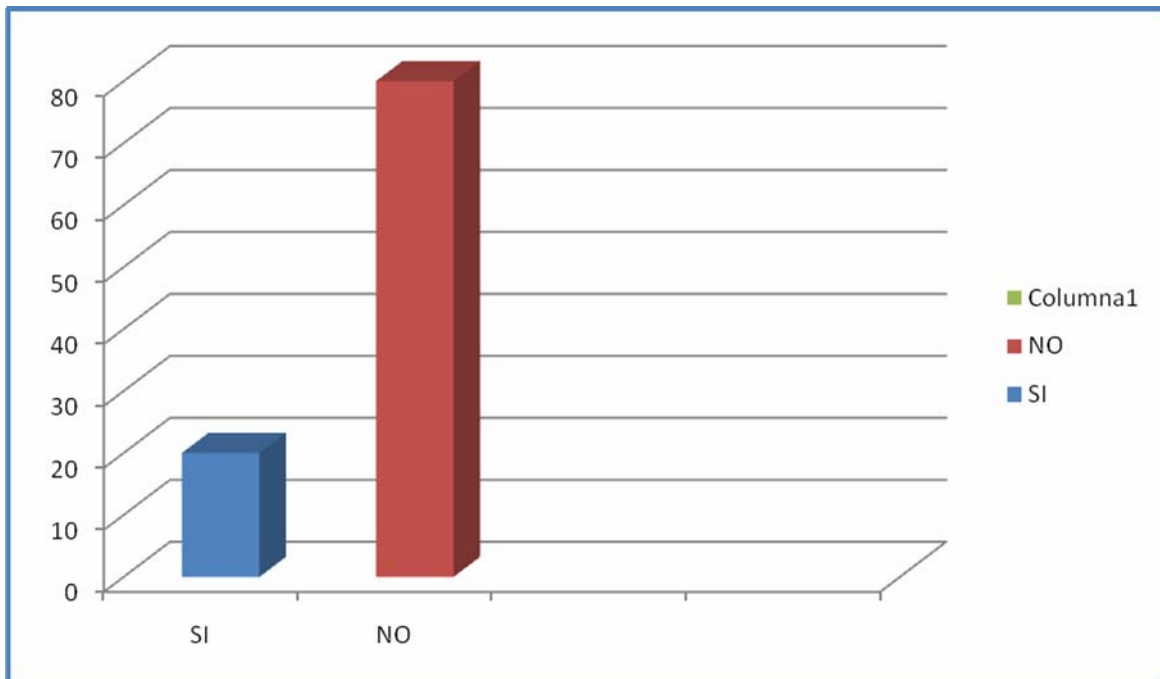
**TIEMPO DE ENTREGA DE RESULTADO**

	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
Un mes	1	7
Dos meses	6	40
Más de 3 meses	8	53

Respecto al tiempo de espera de resultados el de 3 meses y más, con 53%, se consideró un factor de riesgo.

GRÁFICO No. 23

**¿HABÍA MÁS DE 2 PERSONAS EN EL MOMENTO DE LA ATENCIÓN?**



Fuente: encuestas aplicadas a mujeres de la C. H. Dr. Roberto Nettel Flores

**MÁS DE 2 PERSONAS EN EL MOMENTO DE LA ATENCIÓN**

	FRECUENCIA	%
Si	3	20
No	12	80

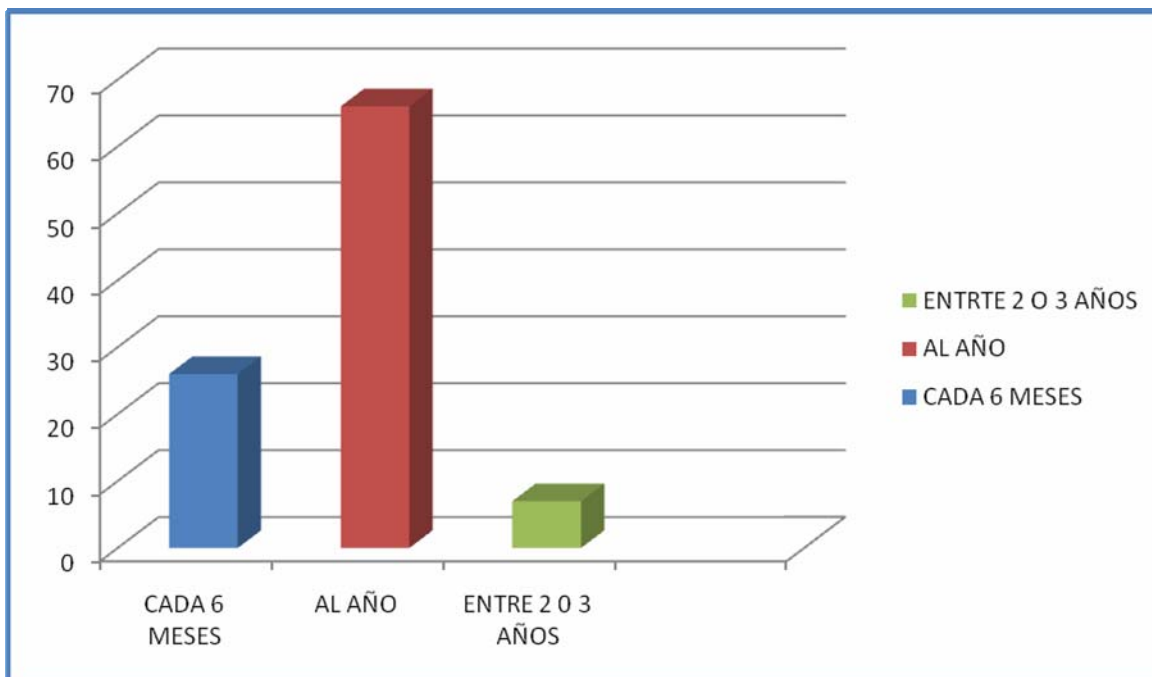
No representa significado estadístico



GRÁFICO No. 24

**FACTORES COGNOSCITIVOS.**

**¿CADA CUANTO TIEMPO SE DEBE REALIZAR EL DOC?**



Fuente: encuestas aplicadas a mujeres de la C. H. Dr. Roberto Nettel Flores.

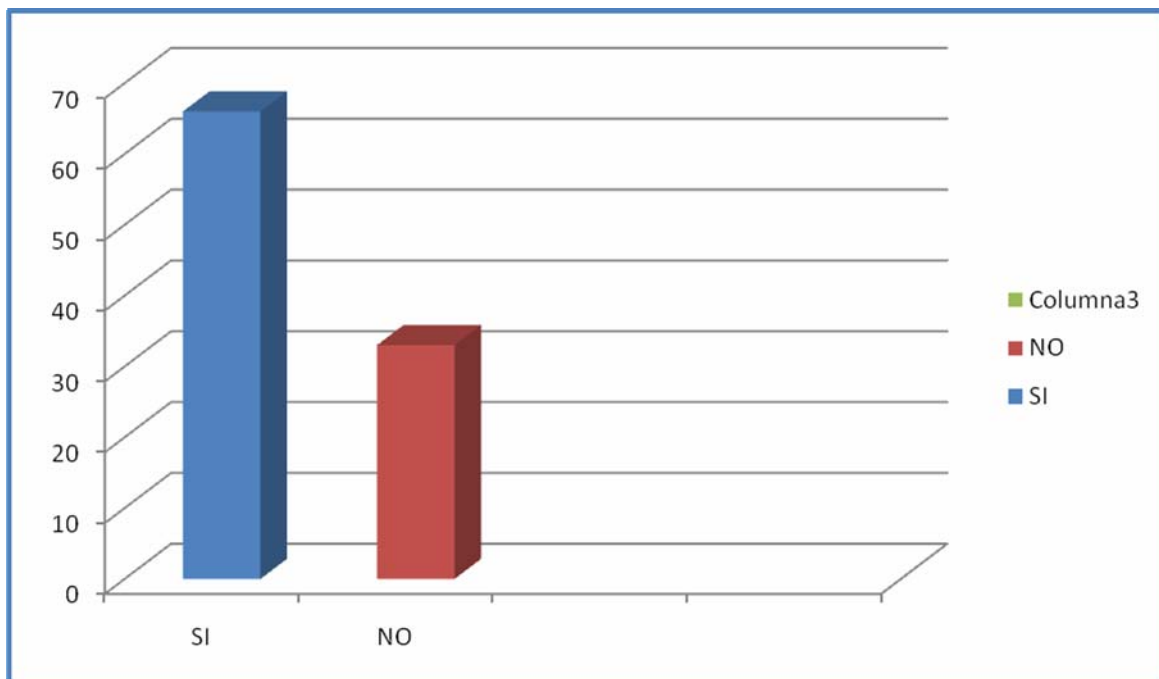
**TIEMPO PARA REALIZAR EL DOC.**

	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
Cada 6 meses	5	33
Al año	9	60
De 2 a 3 años	1	7

El 93 %, la mayoría de las mujeres tuvieron conocimiento de cada cuanto tiempo debe realizarse el DOC.

GRÁFICO No. 25

**¿AL ACUDIR A LA DETECCIÓN SIENTE PENA O VERGÜENZA?**



Fuente: encuestas aplicadas a mujeres de la C.H. Dr. Roberto Nettel Flores

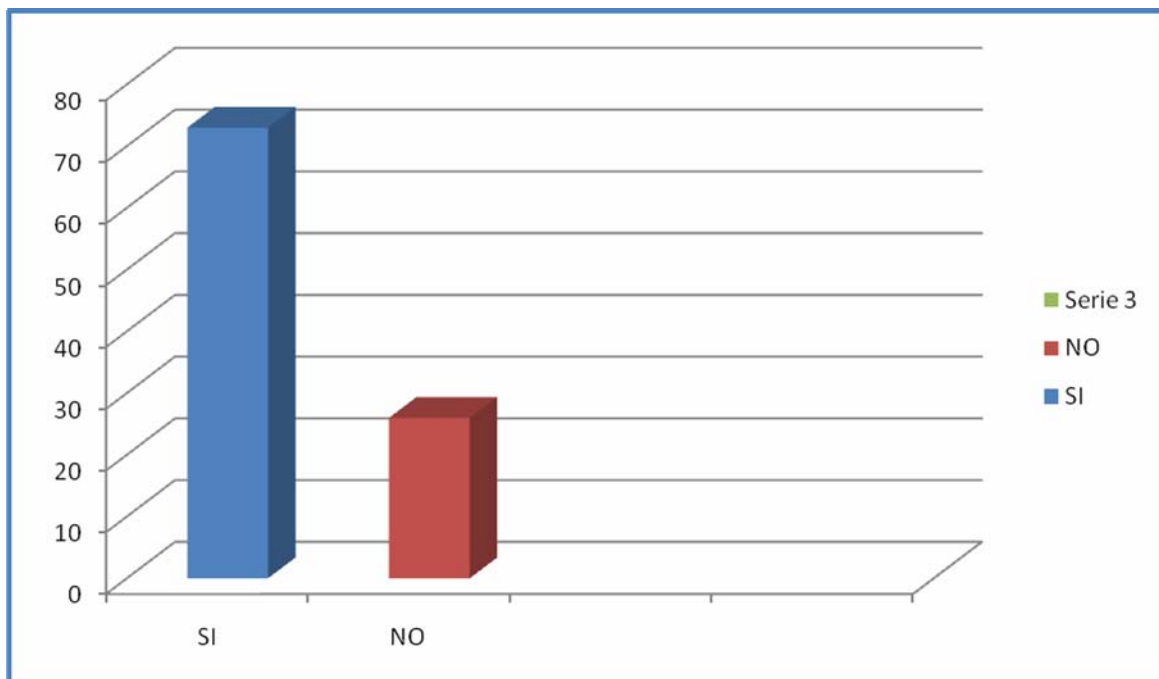
**SENTIR PENA O VERGÜENZA**

	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
SI	10	66%
NO	5	33%

El 66% refirieron sentir pena o vergüenza, se considera factor de riesgo para la no utilización de la detección oportuna de cáncer cervicouterino

GRÁFICO No. 26

**¿CONFIA EN EL RESULTADO?**



Fuente: encuestas aplicadas a mujeres de la C. H. Dr. Roberto Nettel Flores

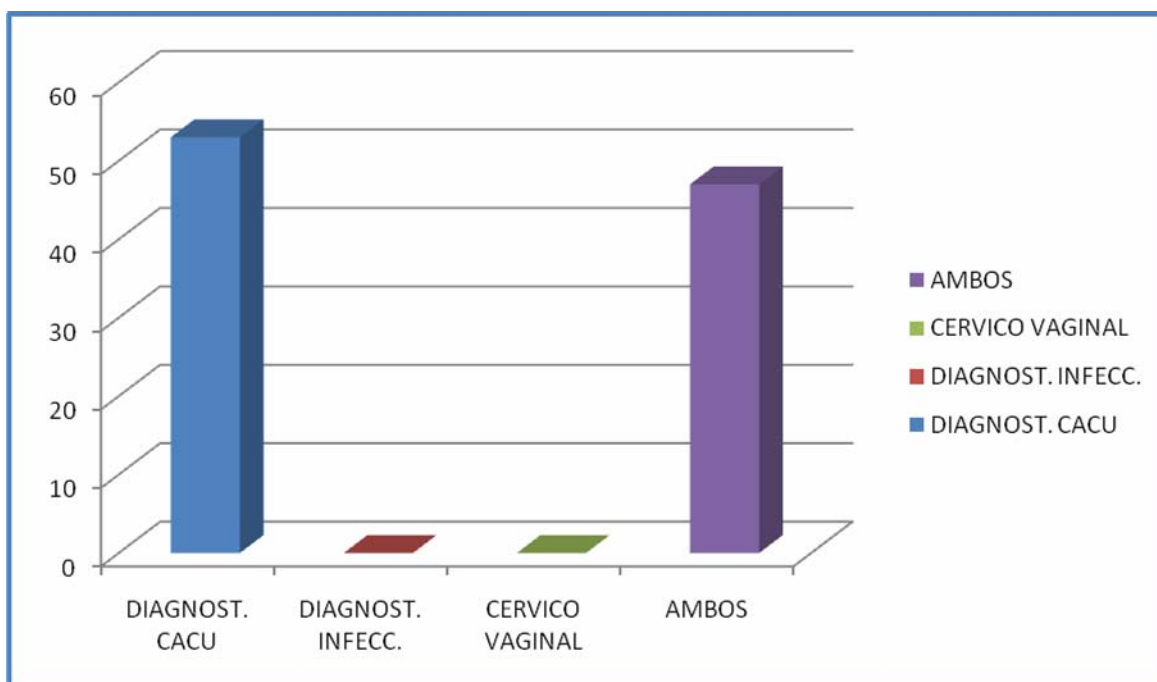
**CONFIANZA EN EL RESULTADO**

	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
SI	11	73%
NO	4	27%

La mayoría reportó tener confianza en el resultado el 73%

GRÁFICO No. 27

**¿AL REALIZARSE LA PRUEBA DE DOC PIENSA QUE ES PARA?**



Fuente: encuestas aplicadas a mujeres de la C. H. Dr. Roberto Nettel Flores

**PIENSA QUE LA PRUEBA ES PARA:**

	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
Diagnóstico de Cacú	8	53
Diagnóstico de infección	0	
Cérvico vaginal	1	
Ambos	7	47

En esta serie de casos se aprecia que el 100% las pacientes confunden la finalidad de la citología piensan que también es para detección de infecciones cérvico vaginales.

## 7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El estudio se realizó con la finalidad de analizar los factores de riesgo que influyen en el desarrollo de la neoplasia intraepitelial en la población derechohabiente, que utiliza el módulo de detección oportuna de cáncer cervicouterino en el servicio de Medicina Preventiva de la clínica hospital Dr. Roberto Nettel Flores del ISSSTE. En la Ciudad de Tapachula, Chiapas.

El total de muestras de citologías durante el estudio fue de 811, siendo normales 795 que corresponde a 98% de ellas y anormales 16 que corresponde a 2% y que fueron las que se incluyeron en el presente estudio aunque de éstas sólo se tomaron 15 ya que una no se localizó en su domicilio por lo que fue excluida. Gráfico No.1

Clasificación de la NIC. Del total de las citologías anormales, se encontró el 53% como NIC I, 40% como NIC II, y 7% como NIC III. Las alteraciones nucleares y la relación núcleo citoplasma han permitido clasificar las neoplasias del cuello cervical aparentemente en etapa temprana con alteraciones en la capa basal que se conoce como NIC 1, la presencia de cambios atípicos de las dos terceras partes de la capa epitelial lo constituye la NIC II, cuando existe una transformación de casi todas las células epiteliales sin invasión del estroma subyacente se clasifica como NIC III, categoría que también incluye al carcinoma in situ. Gráfico No. 2

En el momento de realizarse el estudio citológico, el 53% fueron de primera vez y el 47% fueron subsecuentes, esto incluye que el porcentaje mayor de citologías anormales se detectaron en pacientes que nunca se habían realizado el estudio. Menciona la literatura que las mujeres de 35 años, son las que menos se realizan la detección. Esto es de gran importancia ya que el cáncer cervicouterino es más frecuente entre las mujeres de 35 a 44 años. (8, 9,19) Gráfico No. 3

En cuanto al tabaquismo el 93% fue negativo y 7% positivo. Aunque la literatura establece el tabaquismo como factor de riesgo, no fue significativo en este estudio. Holly y cols. En 1986 identificaron en el moco cervical de las fumadoras una substancia mutágena que se encuentra en el humo de los

cigarrillos. También se ha encontrado como factor coexistente en la progresión de los grados de la NIC. (2,24) Gráfico No. 4

Respecto a los antecedentes ginecoobstétricos, la menarca fue de 60% para el grupo de 10 a 13 años, 33% de 14 a 16 años y 7% con más de 17 años, siendo la edad promedio de 13.5. Los datos que refleja esta serie de casos se encuentra dentro de la media nacional. Gráfica No. 5

Se encontró que la edad promedio para el inicio de vida sexual fue de 21; con 60% para el grupo de 20 a 25 años y 40% de 16 a 20 años. La presencia de neoplasia intraepitelial es mayor en la medida en que el inicio de la vida sexual activa es más temprana; si se toma en cuenta antes de los 20 años vemos que en este estudio el mayor porcentaje esta después de esta edad. El inicio temprano de las relaciones sexuales se ha asociado con el incremento de padecer cáncer cervical tomando en consideración que la zona de transformación del epitelio cervical es más proliferativo en la pubertad y la adolescencia, el llamado período vulnerable susceptible a alteraciones que pueden ser inducidos por agentes transmitidos sexualmente entre ellos el VPH. (28) Gráfica No. 6

Del total de las mujeres encuestadas; 66% de ellas tenían 1 solo compañero sexual mientras que 33% de 2 a 3, siendo el promedio de 2 compañeros sexuales. El numero de parejas sexuales predispone a mayor riesgo de presentar NIC sin embargo no se encontró tal relación, pero se debe tomar en cuenta que es difícil realizar una encuesta al factor masculino sobre el número de sus contactos sexuales. Varios estudios han reportado el tener varios compañeros sexuales como factor de riesgo para la neoplasia intraepitelial cervical solo se expresa como probabilidad de contraer infección por VPH. (29) Gráfico No. 7

Varios autores especifican que existe un incremento de riesgo de NIC con el aumento de número de gestaciones, en este estudio se obtuvo que 73% de las participantes presentó de 3 a 4 gestas, 20% 1 gesta y 7% 9 gestas; siendo el promedio 3.4. En los eventos obstétricos, 53% tenían de 1 a 2 partos, 40% de 3 a 4, y 7% de 9. Con los abortos 33% presentó de 1 a 3, 7% de 4 y 60% ninguno. Con las cesáreas solo el 33% se realizó I. El embarazo provoca un estado de inmunosupresión aumentando la susceptibilidad a los agentes

infecciosos y se ha señalado que la neoplasia cervical se presenta con mayor frecuencia en el labio anterior del cérvix donde es más intenso el traumatismo obstétrico por lo que el parto vaginal es considerado como factor de riesgo. (28) Gráfico 8,9 y 10

Con los métodos anticonceptivos 40% no tenía control de fertilidad, 33.3% se realizó salpingoplastia, 13.3% era portadora de DIU y 13.3% se controlaba con hormonales. En varios estudios se relaciona la ingesta de anticonceptivos hormonales como factor de riesgo para NIC cuando excede más de 5 años, aunque se tendría que tomar en cuenta que en nuestro estudio a las participantes que tiene salpingoplastia no se investigó su método temporal antes de realizarse el definitivo. El anticonceptivo hormonal se ha considerado como factor de riesgo sobre todo cuando excede más de 5 años, influye como cofactor en la progresión de los grados de la neoplasia intraepitelial cervical. (2,24) Gráfico No. 11

El porcentaje de síntomas y signos presentados: ningún síntoma 40%, con leucorrea 40%, erosión cervical el 27%, 20% dolor al coito, flujo con sangre 13%. El síntoma más frecuente fue la leucorrea. El cáncer cervical en la mayoría de las mujeres es asintomático si se detecta durante los estadios tempranos se reduce la tasa de mortalidad en un 75%, las manifestaciones clínicas que motivaron a este grupo de pacientes acudir a la consulta fueron muy variados. (2,6) Gráfico No. 12

La presencia de bacterias se reportó en 86%, 7% candidiasis y 46% con imagen de VPH. En el presente estudio el resultado de las citologías anormales la de mayor frecuencia fue NIC I acompañada de bacterias y VPH que se relacionan como factores de riesgo específicos para alterar la estructura celular del epitelio cervical. La presencia de signos positivos de VPH se asocia significativamente con el riesgo de padecer neoplasia cervical 5 veces superior que las que no lo presentaron. (28) Gráfico No. 13

Se encontró un rango de 25 a 54 años, con una media de 40.5, los casos de neoplasia intraepitelial cervical se localizaron con mayor frecuencia en el grupo de 35 a 44 años; entre 25 a 34 el 13%, entre 35 a 44 el 67%, entre 45 y 54 el 20%. Tomando en cuenta que el grupo de mayor riesgo en nuestro

medio es similar a la reportada por otros autores de los países en vías de desarrollo. (6) Gráfico No.14

Con respecto a la escolaridad fue el 80% con mayor de 10 años de estudios, el 13% para menores de 10 años de estudios y 7% de analfabetismo. La escolaridad muestra diferencias estadísticamente significativas, el tener estudios profesionales no se comporta como factor protector como habría de esperarse. (19) Gráfico No. 15

En cuanto a la ocupación el 47% eran profesionistas, 40% se dedicaban al hogar, y el 13% con otros estudios menores de 10 años. En cuanto a la ocupación vemos que el grupo mayor fue de profesionistas con escolaridad de más de 10 años, sin embargo se debe tener en cuenta que este estudio fue dirigido a una población selecta y no al llamado “grupo de población abierta”. Estudios realizados en otras entidades ven este factor inversamente proporcional al riesgo de presentar neoplasia intraepitelial cervical. Tener estudios profesionales no es un factor que determine acudir a la detección oportuna de cáncer. (8) Gráfico No. 16

En el horario de trabajo se encontró matutino 40%; mixto, vespertino y nocturno reportaron el 20%, ninguno 40%. Podría ser un factor de riesgo para las personas que laboran en el turno matutino, que no es la mayoría, generalmente los programas de salud tienen mejores coberturas en el turno matutino. Gráfico No. 17

Dentro de los factores institucionales se encuentra el trato digno que se reportó de la siguiente manera: excelente y bueno en un 80%, y regular y malo en un 20%, se evalúa con trato bueno en el servicio de medicina preventiva, y es similar al reportado en la literatura. (8) Gráfico No. 18

Se interrogaron para saber si han recibido información sobre la detección oportuna de cáncer, la mayoría el 80% fue afirmativa. Las actividades de educación para la salud deben estar dirigidas a las mujeres y a sus parejas para persuadirlos que conozcan la importancia de la detección del cáncer cervicouterino, la información debe ser proporcionada de acuerdo al perfil cultural de la población y su entorno social. (8,18) Gráfico No. 19



Acerca de quién recibieron la información, fue de enfermería el 33%, del médico 40%, asistente 7%, sin información el 20%, los resultados concuerdan con la literatura nacional en donde es el médico quién proporciona la información, la orientación de un profesional de la salud depende en gran medida la participación de las mujeres en el tamizaje de cáncer cervicouterino. (4,8) Gráfico No.20

El indicador de tiempo de espera para la toma de la muestra fue de 53% de menos de 15 minutos, de 40% de 15 a 30 minutos y 7% más de 30 minutos, siendo el promedio de 15.5 minutos. El indicador de tiempo de espera se encuentra dentro de los parámetros de la media nacional. (19) Gráfico No. 21

El tiempo de espera para la entrega de los resultados fue de 53% más de tres meses, 40% de 2 meses y 7% un mes. Este indicador se considera como factor de riesgo para la no utilización del servicio. En el control de calidad el estudio citológico debe ser entregado por el laboratorio en un plazo de 15 días, después de haber recibido la muestra. (18) Gráfico No. 22

En el momento de la atención había más de dos personas, sólo el 20% lo consideró positivo. No mostró asociación estadísticamente significativa. Gráfico No. 23

## FACTORES COGNOSCITIVOS

60% de las mujeres que acudieron a la detección se encontró que tenían como referencia realizarlo anualmente, 33% cada 6 meses y 7% entre 2 y 3 años. Se observó que la mayor parte de las participantes tienen conocimiento sobre la periodicidad para la realización de la prueba, semejante a la literatura nacional. (4) Gráfico No. 24

En el aspecto cultural 66% sintió pena o vergüenza a la toma. Mostrar la parte más íntima de su cuerpo a otros es una experiencia que se vive con sentimientos de vergüenza y se relaciona con la educación y la formación familiar que han recibido; ésta respuesta es similar a la reportada en la literatura. (8) Gráfico No.25

Respecto a la confianza en los resultados, se reportó positiva en el 73% de los casos. es esencial la confianza entre el paciente, los prestadores de servicios y la institución. Gráfico No. 26

Al realizarse la prueba de DOC, el 53% piensa que es para diagnóstico de cáncer cervicouterino y el 47% para diagnóstico de cáncer cervicouterino e infección cérvico vaginal, esto depende en gran parte a la educación, no han sido informadas, lo cuál es un indicador de que el programa no ha sido suficientemente difundido. (9) Gráfico 27

## 8. CONCLUSION Y SUGERENCIAS

En el presente estudio encontramos que la neoplasia intraepitelial cervical fue del 2%, de un total de 811 citologías realizadas en un período de un año.

La presencia de factores de riesgo como son la edad, el número de embarazos, la presencia de leucorrea por infecciones bacterianas vaginales y de VPH fue significativa y son similares a la reportada en la literatura nacional e internacional.

Sin embargo, ciertos factores que por si solos no son capaces de desencadenar alteraciones para producir NIC no fueron relevantes, como son, la escolaridad, ocupación y tabaquismo. No así los considerados como los más frecuentes como el inicio de vida sexual temprana, número de compañeros sexuales, método anticonceptivo y partos no fueron similares a lo reportado en la literatura mundial; esto pudiera deberse al tipo de población que se maneja en nuestra institución y que están en relación con los factores antes mencionados, ya que a mayor grado de escolaridad existe mayor información sobre los padecimientos de salud, sus complicaciones y tratamientos tanto preventivos como curativos, por lo que estuvieron justificados nuestros resultados.

Ciertos autores mencionan la importancia que tienen los anticonceptivos hormonales de predisponer a la presencia de NIC, en este estudio solo la cuarta parte de las participantes lo utilizó como método temporal, sin embargo en las de método definitivo no se especificó su uso previamente.

En cuanto a los factores cognoscitivos de las participantes sobre la toma de citología, se observó que el grado de escolaridad influyó, por lo que en este punto no hubo controversia aunque si es requerimiento especificar que la DOC no es el estudio específico para búsqueda de infecciones vaginales.

Con lo que respecta a los factores institucionales, existe un equipo de salud que orienta con información oportuna y precisa, además de otorgar un trato digno a la población que solicitó el servicio ya que lo calificó de bueno y

excelente. Pero hay que tomar en cuenta el tiempo para la entrega del resultado ya que este es prolongado.

Se hizo patente también que aún se tiene que batallar con los factores sociales, culturales, biológicos y las costumbres arraigadas, transmitidas de generación en generación y que influyen en las actitudes y decisiones humanas, ya que en este tiempo actual vemos que se siente vergüenza o pena para la realización de la toma de citología

Reconocemos que gran parte del estudio cubrió nuestras expectativas y con base a esto se debe continuar con las siguientes acciones:

1. Informar sobre la importancia del programa de detección oportuna del cáncer cervicouterino a la población adolescente, sobre los riesgos que implica el inicio de una vida sexual activa a temprana edad así como un embarazo, para que tengan una cultura de salud fincada en el autocuidado.

2. Orientar a la población en general sobre los riesgos que implica la presencia de infecciones vaginales repetitivas, así como hacer de su conocimiento que el estudio específico para este padecimiento es el exudado vaginal y su prevención con el uso de preservativos.

3. Promover los métodos definitivos antes del inicio de una multiparidad.

4. Actualizar y promover la capacitación continua del personal de salud en general sobre el programa de DOC de acuerdo a la norma oficial.

5. Motivar al personal de salud, sobre la importancia de incrementar la cobertura del programa de DOC en toda la población pero principalmente a las mujeres con factores de riesgos asociados.

6. Continuar con la promoción y difusión de los horarios y requisitos, así como la orientación a la población sobre los falsos mitos para la toma de DOC.

Establecer estrategias que permitan a los directivos de la clínica hospital reportar los resultados de citología en menos tiempo que el actual. O se implemente el recurso de laboratorio de citologías en la unidad, para que las muestras no tengan que enviarse al laboratorio de la capital del estado para su detección.

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Juárez Vergara P, Meza Banda S. Cáncer Cervicouterino. Histología Normal y Citología Exfoliativa. Instituto Mexicano del Seguro Social/Subdirección General Médica. Jefatura de Servicios de Medicina Preventiva. 1986.
2. Durán Parra I, Lobaina Rodríguez JR, Durades Guillot I. Neoplasia intraepitelial cervical, un mal presagio en la flor de la juventud. Revista 16 de Abril. Revista estudiantil de las Ciencias Médicas de Cuba. 2007 Abril (citado 2007 Agosto 8); (9 p.). Disponible de:  
<file:///F:/Revista%2016%20de%20Abril-%20revista%20estudianti...>
3. Nazzal NO, Suárez PE, Larraguibel PR, Rojas FL, Bronda MA. Lesiones pre invasoras de cuello uterino: una visión actual. Rev Chil Obstet Ginecol 2006; 71(5): 341-348
4. Álvarez González MG, Cerna Reyes L, Tene Pérez CE, Trujillo Hernández B. Tamizaje de cáncer cervicouterino en trabajadoras de la salud. Un análisis comparativo con derechohabientes. Ginec Obstet Mex; 69:227
5. Aroch Calderón A, Díaz Sánchez JG, Zertuche Ouani JG, Ohara GB. Nueva técnica colposcópica para la prevención del cáncer cervicouterino. Rev Fac Med UNAM 2005; 48 (2)". Rev Hosp Gral Dr. M Gea González; 2001; 4(1 y 2):39-45
6. Paraguirre Martínez S, M De Larios N, Martínez Madrigal J. Correlación Citológica e histológica de la neoplasia intraepitelial temprana. Tres años de revisión en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González
7. Aguirre Hernández R, Medina Carrillo L, Montoya Fuentes H, Sandoval López JG, Padilla Rosas M, et al. Factores relacionados con el cáncer cervicouterino en el estado de Nayarit, México. Ginecol Obstet Mex 2007; 75: 311-6.
8. Farfán Muñoz LC, Barrón Treviño E, Jiménez Domínguez ME, Vázquez ME, Ayala Adrian SS. Factores socioculturales en mujeres que no acuden a detección oportuna de cáncer cervicouterino. Rev Enferm IMSS 2004; 12(3):123-130
9. Hidalgo Martínez AC. El Cáncer cervicouterino, su impacto en México y el porqué no funciona el programa nacional de detección oportuna. Rev Biomed 2006; 17:81-84
10. International Agency for Research on Cancer. La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: Manual para principiantes, 2007 (citado 2007 junio 22) (17 págs.) Disponible de:  
<http://screening.iarc.fr/colpochap.php?lang=3&chap=.php>
11. Disponible en: Adobe Reader (Manual de Cáncer Cervicouterino/Programa Nacional de Salud 2001-2006)
12. Valencia Salinas V: Mujeres y niños fallecen por enfermedades curables. La muerte recorre Chiapas sin bombas ni ejércitos. Cimacnoticias.com.
13. Correa Ramírez P, García Garro A, Ramos Ortega G, Santillán Mondragón  
A. Calidad de la muestra cervicovaginal en el programa del cáncer cervicouterino. Revista del Hospital General "La Quebrada" 2002; (1):32-36

14. Conde de Vargas BI. Citología Exfoliativa. En: Ginecología y Obstetricia. México: Méndez Editores S. A. de C. V.; 2000
15. Borja Velezmoro GA, Franco Villafuerte. "Factores de riesgo que pronostican el hallazgo de citologías cervicales anormales en dos poblaciones: mujeres de obreros de construcción civil vs mujeres de control en la en la posta médica "construcción civil" essalud de junio a septiembre del 2000" SISBIB en la Internet (citado 2007 Jul 30) (14 págs.). Disponible de:  
file:///F:/Factores%20de%20Riesgo%20que\_\_Introducci%C3%B3n.htm
16. Jones III HW. Neoplasia intraepitelial cervical. En: Jones III, Wentz AC, Burnett LS. Tratado de Ginecología de Novak: McGraw-Hill; 1991.p. 571-579
17. González Merlo J. Ginecología. 6ª. Ed. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas S. A. 1993.
18. Modificación a la norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y mamario en la atención primaria, para quedar como NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino con fecha 1º. De agosto de 1997 y publicado en el diario oficial dela federación el viernes 2 de marzo de 1998.
19. Romero Cancio JA et al. Factores en la no utilización de DOC. Rev Med IMSS 1997; 35(3): 228-229
20. Robles Vidal CD, López Graniel CM, Lizano Soberón M. Cáncer Cervicouterino. Cirujano General 1999; 21(1):19-24
21. Instituto Nacional del Cáncer. La prueba de Papanicolaou preguntas y respuestas. Disponible de: <http://www.cancer.gov/liveHelp>.
22. Sifuentes Álvarez A, Reyes Romero M. Factores de riesgo para cáncer cervicouterino por IVPH: polimorfismo del codón 72 del gen oncosupresor p53 en mujeres que acuden a atención hospitalaria. Ginec Obstet Mex 2003; 71: 12-15.
23. Cabezas Cruz Evelio. Conducta frente a la neoplasia intraepitelial cervical (NIC). Rev. Cubana Obstet Ginecol 1998; 24(3):1-7 Disponible de:  
[ecimed@infomed.sid.cu](mailto:ecimed@infomed.sid.cu)
24. Serman Felipe. Cáncer cervicouterino: epidemiología, historia natural y rol del Virus del Papiloma Humano. Perspectivas en prevención y tratamiento. Rev. Chil. Obstet Ginecol. 2002; 67(4): 318-323 disponible (SCIELO)
25. Yazigi I. Roberto, Rodríguez A. Tulio, Contreras M. Luis, Alcaino M.M. Isabel El significado clínico de dos Papanicolaou atípicos consecutivos. Rev. Chil. Obstet Ginecol 2005; 70(5): 386-390.
26. González Sánchez J. L, Rodríguez de Santiago J. D, Menéndez Velásquez J, Pérez Hernández J. J. El índice colposcópico combinado (ICC) como método diagnóstico en la infección por papilomavirus humano y la neoplasia intraepitelial cervical. Ginec Obstet Mex 1993; 61: 72-75.
27. Ojeda Ortiz J. I Consenso Nacional de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia. Servicios de Salud de Hidalgo 2002.

28. Castañeda Iñiguez, Toledo Cisneros R y Aguilera Delgadillo M. Factores de riesgo para cáncer cérvicouterino en mujeres de Zacatecas. Salud Pública Mex 1998; 40:330-338.
29. Sierra Torres C, H, Acosta Aragón M.P, Orejuela Aristizabal I. Papilomavirus y factores asociados a neoplasia intraepitelial cervical de alto grado en Cauca, Colombia. Rev.de salud pública (8) Bogotá suppl. 2006.
30. ¿Qué son los virus del papiloma humano? 24/10/2007  
Disponible en: <http://www.cancer.gov/español>
31. Declaración de Helsinki. Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación en seres humanos. Boletín de la OPS 1990; (5,6): 626-27.
32. EL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. TITULO SEGUNDO.CAPITULO 1. Disposiciones comunes, artículo 17, 20.

## ANEXOS

### CEDULA DE RECOLECCON

DIA      MES      AÑOS      \_\_\_\_\_      No EXPEDIENTE

APPELLIDO      PATERNO      MATERNO      NOMBRE

---

### FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

#### TABAQUISMO

\_\_\_\_\_ Negativo de 0 a 1 cigarrillo al día, o menos de 7 por semana

\_\_\_\_\_ positivo más de un cigarrillo al día o más de 7 por semana

#### MENARCA

A) 10-13      B) 14-16      C) 17 Y MAS

#### EDAD DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES

A) 10-15      B) 16-20      C) 20 Y MAS

#### MULTIPARIDAD

No. DE GESTAS

No. DE ABORTOS

No. DE PARTOS VAGINALES

No. DE CESAREAS.

#### NUMERO DE PAREJAS SEXUALES

A) 1      B) 2-3      C) MAS DE 3

#### METODOLOGIA ANTICONCEPTIVA

SALPINGOCLASIA

HORMONALES

DIU

NINGUNO

#### SIGNOS Y Síntomas

➤ LEUCORREA \_\_\_\_\_.

➤ DOLOR AL COITO \_\_\_\_\_.

➤ FLUJO CON SANGRE \_\_\_\_\_.

➤ EROSIÓN CERVICAL-----

➤

➤ INFECCIÓN VAGINAL PERSISTENTE

TRICOMONAS-----VAGINOSIS BACTERIANA-----

CHLAMYDIA-----HERPES GENITAL-----

CANDIDIASIS-----VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO-----

#### FACTORES SOCIO ECONÓMICOS

➤ **EDAD**  
A) MENOR DE 35    B) DE 35 A 54    C) MAYOR DE 54

➤ **ESCOLARIDAD**  
A) ANALFABETA  
B) MENOR DE 10 AÑOS DE ESTUDIO.  
C) MÁS DE 10 AÑOS DE ESTUDIO.

➤ **OCUPACIÓN**  
A) AMA DE CASA      B) EMPLEADA      C) PROFESIONISTA

➤ **HORARIO DE TRABAJO**  
A) MATUTINO      B) VESPERTINO      C) NOCTURNO      D) mixto  
F) NINGUNO



## FACTORES ASOCIADOS DE LA PRUEBA DE CITOLOGÍA

### INSTITUCIONALES

¿COMO HA SIDO EL TRATO QUE HA RECIBIDO EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA?

- A) EXCELENTE    B) BUENO    C) REGULAR    D) MALO

¿HA RECIBIDO SUFICIENTE INFORMACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE REALIZAR OPORTUNAMENTE EL EXAMEN DE DETECCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO?

- A) SI    B) NO

¿DE QUIEN LA HA RECIBIDO?

- A) ENFERMERA (O)    B) MEDICO    C) ASISTENTE

¿HA SIDO PROLONGADO EL TIEMPO DE ESPERA PARA LA TOMA DE LA MUESTRA?

- A) 15 MINUTOS    B) 15-30 MINUTOS    C) MAS DE 30 MINUTOS

¿POR CUANTO TIEMPO SE HA RETRASADO LA ENTREGA DE LOS RESULTADOS?

- A) UN MES    B) DOS MESES    C) 3 Y MAS

¿MAS DE DOS PERSONAS SE ENCUENTRAN AL MOMENTO DEL EXAMEN?

- A) SI    B) NO

### FACTORES COGNOSITIVOS

¿CADA CUANDO ACUDE A REALIZARSE EL EXAMEN DE DETECCIÓN DE CÁNCER CERVICOUTERINO?

- A) CADA 6 MESES    B) CADA AÑO  
C) CADA 2 AÑOS    D) MÁS DE 3 AÑOS

### FACTORES CULTURALES

AL ACUDIR AL EXAMEN DE LA DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO ¿SIENTE PENA O VERGÜENZA?

- A) SI    B) NO

¿LE DA CONFIANZA EL RESULTADO?

- A) SI    B) NO

AL REALIZARSE EL EXAMEN DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO PIENSA QUE ESTA PRUEBA ES PARA:

- A) DIAGNOSTICAR CÁNCER DEL CUELLO DE LA MATRIZ  
B) DIAGNOSTICAR INFECCION VAGINAL.  
C) AMBOS.

## **CARTA DE CONSENTIMIENTO**

### **INFORMADO**

Por medio de la presente hago constar que estoy informado, de la elaboración del proyecto de investigación acerca de factores de riesgo de neoplasia intraepitelial cervical (NIC I-II-III) lesiones pre maligna del cérvix

Acepto de manera voluntaria a responder a la encuesta que me será aplicada.

Al mismo tiempo, autorizo a la persona que realiza éste proyecto a que utilicen los datos proporcionados, con la finalidad de realizar las investigaciones que consideren necesarias, ya que los resultados de ésta encuesta serán manejados en absoluta confidencialidad.

Éste proyecto se está realizando en la CLINICA DR. ROBERTO NETTEL FLORES, en el departamento de salud reproductiva.

FIRMA

NOMBRE DE LA PACIENTE

## CALENDARIZACION

ACTIVIDAD	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
REV. BIBLIOGRAFICA MARCO TEORICO						
RECOLECCION DE DATOS						
ANALISIS DE RESULTADOS						
ESCRITURA DE LA TESIS						