



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



1

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE
DISPLASIA CERVICAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NUMERO 21”**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TITULO DE POSGRADO EN LA
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A

DRA. PIEDAD ABIGAIL CASTRO PRESTEGUI

MC LEONOR CAMPOS ARAGON

CD. DE MEXICO, D.F. FEBRERO 2011.



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.

AUTORIZACIONES

DR. JOSE LUIS ORTIZ FRIAS

DIRECTOR DE LA UMF 21

DRA. LEONOR CAMPOS ARAGON

JEFA DE EDUCACION MEDICA CONTINUA DE LA UMF 21

DR. JORGE MENESES GARDUÑO

PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 21

DRA. MARIA DE LOURDES GARCIA

PROFESORA ADJUNTA DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 21

ASESOR DE LA TESIS

DRA. LEONOR CAMPOS ARAGON

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

- Gracias a Dios.
- A mis padres Eutiquio Castro Manzanares y Maricela Presteguí Chávez, que siempre me han dado su apoyo incondicional y a quienes debo este triunfo profesional, por todo su trabajo y dedicación para darme una formación académica y sobre todo humanista y espiritual. De ellos es este triunfo y para ellos es todo mi agradecimiento.
- Para mi hermano Omar Oswaldo Castro Presteguí, para que también continúe superándose.
- A Miguel Angel Cardona Espinosa, por su apoyo y amor.
- A toda mi familia, por todo su apoyo.
- A la UNAM, la Máxima Casa de Estudios, y a la Unidad de Medicina Familiar No21 que me permitieron desarrollar este trabajo de tesis y adquirir mi experiencia profesional.
- A todos mis amigos, amigas y todas aquellas personas que han sido importantes para mí durante todo este tiempo.
- A todos mis maestros, en especial a la doctora Leonor Campos Aragón que aportó en forma importante a la realización de este trabajo.

A todos . . .

INDICE

• RESUMEN	5
• INTRODUCCION	7
• ANTECEDENTES	8
• PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
• HIPOTESIS	24
• OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICO	25
• MATERIAL Y METODOS	26
○ TIPO DE ESTUDIO	26
○ UNIVERSO DE TRABAJO	27
○ CRITERIOS DE SELECCIÓN	27
○ ESTRATEGIA DE MUESTREO	29
○ DEFINICION DE VARIABLES	33
○ METODOLOGIA	39
○ RECOLECCION DE LA INFORMACION	40
○ PROCESAMIENTO Y PRESENTACION DE LA INFORMACION	40
• RECURSOS	41
• ASPECTOS ETICOS	42
• RESULTADOS	44
• DISCUSION	72
• CONCLUSIONES	74
• SUGERENCIAS	75
• BIBLIOGRAFIA	76
• ANEXOS	79

RESUMEN

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE DISPLASIA CERVICAL EN LA UMF No21 ”

Leonor Campos Aragón,* Piedad Abigail Castro Prestegui**

5

Introducción: El cáncer cervicouterino es un problema de salud pública. Cada año 500,000 casos nuevos son diagnosticados en todo el mundo y ocasiona 233,400 defunciones. En México es actualmente la segunda causa de defunción por neoplasias malignas particularmente en mujeres de 25 a 64 años. Actualmente la causa primaria de cáncer cérvico uterino es la infección por el virus del papiloma humano (VPH), el cual asociado a otros factores de riesgo socio demográficos y gineco obstétricos, contribuyen al desarrollo de las lesiones pre invasoras e invasoras, que hacen que esta neoplasia sea 100% prevenible.

Objetivo: Describir los factores de riesgo asociados al desarrollo de la displasia cervical en mujeres de 25 a 64 años, en comparación con mujeres con citología cérvico vaginal normal.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, transversal , de casos y controles .Realizado a 420 pacientes entre 25 y 64 años pertenecientes a la UMF N°21, 210 con el diagnóstico de displasia cervical confirmado por estudio histopatológico o colposcópico y 210 pacientes del mismo grupo de edad con citología cérvico vaginal normal, en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2009. Se realizó una entrevista vía telefónica dirigido a los factores de riesgo asociados a cáncer cérvico uterino. La asociación entre la displasia cervical y los factores de riesgo se midió mediante la razón de momios *con un* intervalo de confianza del 95%.

Resultados: El grupo de edad más afectado se encuentran mujeres entre 25 y 30 años. Las características socio demográficas que mostraron diferencias, fueron el grado de escolaridad y el nivel socioeconómico. La prevalencia de infección por virus de papiloma humano en las pacientes estudiadas fue del 85%; a diferencia del reportado por la literatura médica en los países en vías de desarrollo donde oscila entre 10 y 20. Los factores que mostraron incrementar el riesgo en forma significativa se encontraron el tabaquismo, el uso de anticonceptivos orales y las infecciones de transmisión sexual.

Conclusiones: El comportamiento sexual de las pacientes es el factor que influye en forma importante en el desarrollo de displasia cervical y cáncer cérvico uterino posteriormente.

Palabras clave: *displasia cervical, factores de riesgo, asociación, razón de momios.*

*Médico Epidemióloga de la Unidad de Medicina Familia N° 21, del Instituto Mexicano de Seguro Social, Jefa de Enseñanza de la Unidad de Medicina Familiar No 21, del Instituto Mexicano de Seguro Social.

**Médico residente de la especialidad de Medicina Familiar.

ABSTRACT

"RISK FACTORS ASSOCIATED WITH THE DEVELOPMENT OF CERVICAL DYSPLASIA IN THE UMF No21"

Leonor Campos Aragón* , Abigail Castro Piedad Presteguí **

6

Introduction: Cervical cancer is a public health problem. Each year 500,000 new cases are diagnosed worldwide and causes 233.400 deaths. In Mexico is currently the second leading cause of death from malignant neoplasia particularly in women aged 25 to 64 years. Currently, the primary cause of cervical cancer is infection with human papillomavirus (HPV), which is associated with other socio-demographic risk factors and obstetric gynecologists, contribute to the development of precancerous lesions and invasive invasive, which makes this neoplasia is 100% preventable.

Objective: To describe risk factors associated with the development of cervical dysplasia in women aged 25 to 64 years, compared with women with normal cervicovaginal cytology.

Material and methods: Observational, retrospective, cross-sectional case control study. Made in 420 patients between 25 and 64 belonging to the FMU No. 21, 210 with the diagnosis of cervical dysplasia or confirmed by colposcopic and histopathologic study of 210 patients same age group with normal cervicovaginal cytology in the period from January to December 2009. We conducted a telephone interview aimed at risk factors associated with cervical cancer. The association between cervical dysplasia and risk factors were measured by odds ratios with a confidence interval of 95%.

Results: The age group most affected are women between 25 and 30. Socio-demographic characteristics that showed differences were the degree of education and socioeconomic status. The prevalence of infection with human papilloma virus in the patients studied was 85%, unlike reported by the medical literature in developing countries where between 10 and 20. Factors that increase the risk showed significantly were smoking, oral contraceptive use and sexually transmitted infections.

Conclusions: The sexual behavior of patients is the factor that significantly influences the development of cervical dysplasia and cervical cancer later.

Keywords: cervical dysplasia, risk factors, association, odds ratio.

*Médico Epidemióloga de la Unidad de Medicina Familia N° 21, del Instituto Mexicano de Seguro Social, Jefa de Enseñanza de la Unidad de Medicina Familiar No 21, del Instituto Mexicano de Seguro Social.

**Médico residente de la especialidad de Medicina Familiar.

INTRODUCCION

El cáncer cervicouterino es un problema de salud pública para todas las mujeres. Cada año 500,000 casos nuevos son diagnosticados en todo el mundo, ocasionando 233,400 defunciones.

En México el cáncer cérvico uterino es actualmente la segunda causa de defunción por neoplasias malignas particularmente en mujeres de 25 a 64 años. En el 2006 se registraron 4, 114 muertes por esta causa, lo que representa el 13.9% de las defunciones en el sexo femenino.

Las entidades federativas de la República Mexicana con más defunciones reportadas son: Estado de México, Veracruz, Distrito Federal, Puebla, Jalisco, Chiapas, Yucatán, Oaxaca, Morelos y San Luís Potosí.

Actualmente la causa subyacente primaria de cáncer cérvico uterino es la infección por el virus del papiloma humano (VPH); su prevalencia en países con gran incidencia de cáncer cérvico uterino es del 10 al 20%, el cual asociado a otros factores de riesgo socio demográficos y gineco obstétricos, contribuyen al desarrollo de las lesiones pre invasoras e invasoras del cuello uterino.

La accesibilidad de las células endocervicales para su estudio, nos permite disponer de tiempo y herramientas para detectar y erradicar la enfermedad, si el diagnóstico se hace oportunamente, lo que hace que el cáncer cérvico uterino sea una neoplasia 100% prevenible.

ANTECEDENTES

1. Epidemiología

El cáncer cervicouterino es un problema de salud pública; es una enfermedad neoplásica frecuente y mortal en la población femenina. Cada año 500,000 casos nuevos son diagnosticados en todo el mundo y ocasiona 233,400 defunciones¹.

8

La Organización Mundial de la Salud se ha preocupado en detener la epidemia de cáncer cérvico uterino en el mundo ya que es el segundo tipo de cáncer como causa de muerte en la población femenina. A nivel mundial, en el año 2005, fue responsable de más de 250, 000 muertes de las cuales cerca de 80% ocurren en países en desarrollo².

La población femenina originaria de Latinoamérica es considerada como de alto riesgo para desarrollar cáncer cervicouterino. Estudios comparativos de las tasas de mortalidad por esta patología, señalan que las tasas más altas corresponden a Chile y México, y las más bajas a Cuba, Puerto Rico y Argentina¹. En el año 2000 se reportaron 76,000 casos y 30,000 muertes, lo que representa el 16% y 13% del total del mundo, respectivamente³.

En México el cáncer cérvico uterino es actualmente la segunda causa de defunción por neoplasias malignas particularmente en mujeres de 25 a 64 años. Siendo la edad promedio de presentación del cáncer cérvico uterino a los 52 años, con una distribución bimodal, con un pico entre los 35 39 años y otro entre los 60 y 64 años⁴. En el 2006 se registraron 4, 114 muertes por esta causa, lo que representa el 13.9% de las defunciones en mujeres. Las entidades federativas de la República Mexicana con más defunciones reportadas son: Estado de México, Veracruz, Distrito Federal, Puebla, Jalisco, Chiapas, Yucatán, Oaxaca, Morelos y San Luís Potosí⁵.

2. Etiología

A partir de la década de los 80 se identificó como causa necesaria pero no suficiente de cáncer cervicouterino a él virus del papiloma (VPH) ⁶.

Actualmente la causa subyacente primaria de cáncer cérvico uterino es la infección por el virus del papiloma humano (VPH), el cual se transmite por contacto sexual. Las evidencias de esta asociación están basadas en estudios epidemiológicos que han demostrado los siguientes tres aspectos:

1. Prevalencia de ADN del VPH en más de 90% de las lesiones pre invasoras e invasoras ⁷.

2. Presencia de actividad de transcripción del VPH en los cánceres cervicales⁸.

3. Presencia de oncogenes del VPH (VPH-E6 y VPH-E7) que median la transformación maligna ^{9 10}.

La prevalencia de virus de papiloma humano (VPH) en países con una gran incidencia de cáncer cervicouterino es de 10 a 20%, mientras que la prevalencia en países con baja incidencia es de 10% ¹¹.

En la actualidad existen más de 80 tipos de VPH, de los cuales 30 son considerados de riesgo para cáncer cérvico uterino y pueden sub clasificarse como de alto, moderado y bajo riesgo ⁷.

Alto riesgo	16,18, 31,33, 35, 39, 45,51,52,56, 58,59 ,68,73 y 82.
Moderado riesgo	26, 53 y 66
Bajo riesgo	6, 11, 40,42, 43, 44,54, 61, 70,72 y 81.

El *cáncer cérvico uterino* se define como una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello uterino y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, éstas se pueden suceder en etapas

de displasia leve, moderada y severa, y pueden evolucionar a cáncer *in situ* y /o cáncer invasor cuando el cáncer traspasa la membrana basal ¹¹.

La *displasia cervical* se define como: una anomalía del desarrollo con pérdida de estructura del epitelio, con alteraciones en la morfología de sus componentes celulares. Este tipo de lesiones son asintomáticas en su gran mayoría y son precursoras al cáncer ¹².

10

El cáncer cérvico uterino se desarrolla a partir de lesiones precursoras preinvasoras, conocidas como neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC) o lesiones escamosas intraepiteliales (LEI). Las NIC se dividen en tres grados según la gravedad de la alteración en la diferenciación epitelial. Las LEI se dividen en ⁶:

- Lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado. Estas lesiones incluyen a la displasia leve y a la NIC1.

- Lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado. Corresponde a las lesiones conocidas como displasias moderada, grave y cáncer *in situ* y a las NIC 2 y 3.

Alrededor de 90% de los cánceres cervicales son carcinomas de células escamosas y un 10% son adenocarcinomas, en ambos tipos está involucrado el VPH.

La evolución del cáncer cervicouterino es lenta, hoy en día se ha demostrado que el tiempo de evolución de una lesión escamosa intraepitelial de bajo grado al cáncer de células escamosas es de 20 años aproximadamente¹³.

3. Factores de riesgo

Se define *factor de riesgo*, como la condición particular que incrementa la probabilidad de desarrollo de una patología ⁵.

Para el desarrollo de cáncer cérvico uterino además de la infección por el virus del papiloma deben coincidir otros factores de riesgo, entre estos se encuentran ⁵:

- Mujeres de 25 a 64 años de edad.
- Inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años.
- Múltiples parejas sexuales (tanto del hombre como de la mujer).
- Infección cérvico vaginal por virus del papiloma humano.
- Tabaquismo.
- Antecedente de infecciones de transmisión sexual.
- Falta de estudio citológico (Papanicolaou)
- Mujeres que utilizan anticonceptivos orales.

Factores sexuales y reproductivos

El inicio de las relaciones sexuales antes de los 18 años se vincula con una duplicación del riesgo de cáncer cervical respecto de las mujeres cuya primera experiencia sexual ocurrió después de los 20 años. El riesgo de cáncer cérvico uterino es proporcional al número de parejas sexuales a lo largo de la vida ⁴.

Detección

La evaluación citológica de las células obtenidas del cuello y la vagina como método para detectar cáncer cérvico uterino, ha demostrado ser el más eficaz y de costo más justificado para la detección oportuna del cáncer; disminuye la incidencia y mortalidad por este tipo de cáncer. Un solo resultado negativo disminuye el riesgo en un 45%. La mitad de las mujeres con carcinoma cervical

invasivo de diagnóstico reciente nunca se practico una prueba de tamizaje, y el otro 10% no la había hecho en los cinco años anteriores.

De esta forma el antecedente de ningún muestreo regular previo por frotis de Papanicolaou se vincula con un aumento considerable (de dos a seis veces) del riesgo de cáncer cérvico uterino ⁴.

Tabaquismo

12

El consumo de cigarrillos ha sido identificado como un factor etiológico del carcinoma de células escamosas del cuello uterino. El aumento del riesgo entre las mujeres fumadoras es casi del doble, mayor aun entre las fumadoras que consumen grandes cantidades al día o han fumado por mucho tiempo, Todo esto resultado de los efectos genotóxicos o inmunosupresores de la nicotina y cotinina, de las cuales se detectan cifras elevadas en el moco cervical de las fumadoras ⁴.

Anticonceptivos orales

Existen numerosos factores como el intervalo desde el último frotis cervical, comportamiento sexual y papel del compañero sexual que confunden y complican la interpretación de los datos acerca del uso de de anticonceptivos orales y su relación con el cáncer cervical. Sin embargo después de controlar estas variables, parece que las usuarias de anticonceptivos orales durante periodos prolongados (cinco años o más) tienen un riesgo dos veces mayor de cáncer cervical que las que no los usan. A comparación de los anticonceptivos de barrera, en especial los que combinan protección mecánica y química, implican un menor riesgo de cáncer cérvico uterino, quizá por la menor exposición a agentes infecciosos⁴.

4. Características clínicas

Síntomas

Los síntomas iniciales son la hemorragia uterina o secreción anormal.. La hemorragia anormal puede tomar forma de manchado poscoital, hemorragia intermenstrual, menorragia o manchado posmenopaúsico. Si la hemorragia es crónica es probable que la paciente se queje de fatiga u otros síntomas de anemia. El carcinoma avanzado o necrótico puede acompañarse de secreción vaginal serosanguinolenta o amarillento, muchas veces de olor fétido. El dolor pélvico se debe a la enfermedad local avanzada o necrosis tumoral. La extensión neoplásica a la pared pélvica lateral pueden ocasionar dolor ciático o lumbar a causa de hidronefrosis. Las manifestaciones urinarias o rectales manifestadas por hematuria o hematoquecia , pueden relacionarse con invasión vesical o rectal en etapa avanzada .

Datos físicos

El cáncer cérvico uterino muestra un amplio rango de apariencias macroscópicas . Las lesiones tempranas pueden presentar induración o ulceración focal o presentarse como un área glandular o presentarse como un área glandular un poco elevada que sangra con facilidad al contacto. Los tumores más avanzados tienen dos apariencias principales: exofítica y endofítica o infiltrativa. Los tumores exofíticos tiene apariencia polipoide o papilar y a menudo sangran al contacto; por su parte los endofíticos son ulcerativo o nodulares ⁴.

5. Diagnóstico

En la República Mexicana existe un programa nacional de detección oportuna del cáncer cérvico uterino desde el año de 1974 el cual es gratuito y tiene como prioridad que todas las mujeres en edad susceptible, sin importar la condición económica, cultural o geográfica puedan tener acceso a los beneficios del mismo¹⁴.

La accesibilidad de las células endocervicales para su estudio, nos permite disponer de tiempo y herramientas para detectar y erradicar la enfermedad, si el diagnóstico se hace oportunamente, lo que hace que el CaCU sea una neoplasia 100% prevenible. La tinción de Papanicolaou es la prueba de tamizaje utilizada mundialmente para la detección temprana¹⁵.

En la actualidad se ha incrementado la utilización de la prueba de Papanicolaou de 33% en el 2000 a 41.2% en el 2006 y mediante la aplicación de otras estrategias se ha logrado reducir un 20% la mortalidad por esta causa¹⁶.

El diagnóstico sospechoso de lesión escamosa intraepitelial se puede establecer por citología o colposcopia de cérvix. El diagnóstico definitivo se establece únicamente por examen histopatológico (biopsia).

Las pacientes que presenten cualquiera de las siguientes alteraciones citológicas se deberán referir a la clínica de colposcopia para su atención¹⁷.

- ASC: Anormalidades en el epitelio plano.
- ASC-H: Anormalidades en el epitelio plano, probablemente de alto grado.
- LEIBG: Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado.
- LEIAG: Lesión escamosa intraepitelial de alto grado.
- AGC: Células glandulares endocervicales atípicas.
- Carcinoma epidermoide.
- Adenocarcinoma.

El cáncer invasor se estadifica de acuerdo con los criterios establecidos por la Federación Internacional de Ginecoobstetricia (FIGO) ¹⁸.

El personal de salud debe estar capacitado para emprender acciones encaminadas a una atención efectiva, éstas son ².

1. Prevención primaria a través de la educación en salud para reducir conductas sexuales de alto riesgo y el uso de las vacunas profilácticas contra los VPH's asociados más frecuentemente al cáncer cérvico uterino.

2. Detección precoz. Toma de citología exfoliativa (Papanicolaou), las pruebas biomoleculares como captura de híbridos y la reacción de polimerasa en cadena (RPC) pueden ser utilizadas como complemento de la citología.

3. Diagnóstico, tratamiento y control de las lesiones intraepiteliales.

4. Cuidados paliativos de la enfermedad en etapas avanzadas.

6. Prevención

Es importante fortalecer el programa de cáncer cérvico uterino y organizarlo mediante las siguientes acciones ²:

- Incrementar la cobertura de toma de citología cervical en los estados del país con mayor incidencia.
- Reforzar la calidad en la toma de la muestra y en la lectura de las laminillas.
- Mantener una comunicación efectiva entre la población y los servicios de salud.
- Tener un censo de mujeres que acuden a toma de Papanicolaou que incluya el aviso de resultados y recordatorio de nueva toma. Este censo lo pueden realizar el médico general, la enfermera, personal de trabajo social y/o promotores comunitarios.

6.1 Prevención primaria

Se enfoca en ²:

- Promoción de la salud.
- Educar y sensibilizar a la población para iniciar vida sexual a edades tardías.

- Sensibilizar a la población en general y en particular a la población adolescente para la utilización del condón y evitar prácticas sexuales de riesgo.
- Promover entre la población en general las relaciones sexuales monogámicas.
- Aplicar el esquema de vacunación completo contra el VPH a las niñas y adolescentes entre los 9 y 14 años de edad.-
- Promover la ingesta de alimentos que contengan complejo B y vitamina C.
- Promover la reducción del tabaquismo en la mujer.

6.2 Prevención secundaria

Se basa en la detección temprana y tratamiento oportuno de las lesiones intraepiteliales del cérvix. La detección temprana se realiza a través de la toma de citología cervical. Cuando el resultado sea anormal se deberá referir a la mujer a la clínica de colposcopia en donde se confirmará el diagnóstico mediante colposcopia y toma de biopsia dirigida; y de acuerdo con el resultado histopatológico será tratada en la clínica o referida al centro oncológico.

El personal de salud promoverá la detección temprana mediante la orientación consejería y la toma de citología cervical a toda la población femenina que tenga de 25 a 64 años de edad y que haya iniciado vida sexual.

Para garantizar una atención de calidad se deben contemplar los siguientes aspectos ².

- Toma correcta de citología cervical (exocérvix y endocérvix).
- Lectura e interpretación citológicas con calidad.
- Referencia oportuna a la clínica de colposcopia de las mujeres con resultados citológicos anormales.
- Estudio colposcópico realizado por personal calificado
- Toma de biopsia dirigida.
- Lectura e interpretación histopatológica con calidad.
- Tratamiento oportuno de las lesiones intraepiteliales.
- Referencia de las mujeres con cáncer invasor al centro oncológico.
- Control y seguimiento y contrarreferencia adecuadas de las pacientes.
- Registro de la información en el Sistema de Información de Cáncer de la Mujer (SICAM) o en el sistema de información de la institución correspondiente.

7. Tamizaje para el cáncer cervicouterino

7.1 Citología cervicovaginal

Las mujeres con muestra citológica inadecuada para el diagnóstico deberán ser localizadas en un lapso no mayor a cuatro semanas para repetir la prueba. En mujeres con dos citologías anuales consecutivas con resultado negativo a lesión intraepitelial (NIC) o cáncer, se realizará la detección cada tres años. A las mujeres con resultado citológico de lesión intraepitelial o cáncer, se les informará que el resultado no es concluyente y que requieren el diagnóstico confirmatorio. Estas pacientes deberán ser enviadas a una clínica de colposcopia. Cuando sean dadas de alta, continuarán con el control citológico establecido.

El personal de salud de primer nivel ofrecerá esta toma a mujeres entre 25 a 64 años de edad. En especial a aquellas con factores de riesgo, y a quien la solicite independientemente de su edad ⁵.

1. Toda mujer embarazada debe realizarse el Papanicolaou en caso de no tenerlo vigente. Preferentemente tomarlo en el primer trimestre siempre que no exista ninguna contraindicación ó después de 12 semanas posparto.

7.2 Visualización directa con ácido acético

Sólo en caso de no contar con la infraestructura para realizar la citología cervical, se podrá realizar esta prueba mediante la colocación de espejo vaginal, visualización del cérvix y aplicación de ácido acético, diluido a 5% ó 6%, en el cérvix y vagina. Las lesiones intraepiteliales se manifiestan mediante una coloración blanquecina, y se denominan lesiones acetoblanas. Las pacientes con lesiones acetoblanas serán referidas a la clínica de colposcopia.

Colposcopia

Es un procedimiento exploratorio instrumentado estereoscópico que realiza el médico específicamente capacitado en colposcopia, en el que se emplea un microscopio modificado a través del cual se puede observar el tracto reproductor inferior y ano, visualizándose las condiciones de su epitelio. El colposcopista

establece el diagnóstico colposcópico, realiza biopsia dirigida y efectúa el tratamiento correspondiente.

7.3 Citología con base líquida

Es una variación de la citología en la que la toma de la muestra es parecida a la del Papanicolaou. En ésta se utiliza un cepillo cervical y la muestra extraída se introduce en un frasco específico con un medio de transporte líquido para su envío al laboratorio y, posteriormente, procesar la muestra. Esta prueba no está disponible en el sector público, por el momento, ya que su costo es elevado en comparación con la citología convencional.

7.4 Técnica de captura de híbridos para VPH

Es una prueba biomolecular para identificar VPH de alto y bajo riesgo en tomas cérvico vaginales. Las muestras se envían al laboratorio para su procesamiento. Esta prueba está en proceso de ser incluida en el sector público y en algunos lugares ya está disponible.

8. Clasificación de la citología cérvico vaginal Bethesda (4,9)

Referencia para calidad de muestra e interpretación/resultado.

I. Calidad de la muestra

- Adecuada (presencia de componente de la ZT).
- Adecuada (ausencia de componente de la ZT).
- Adecuada (presencia de componente de la ZT y 50-75% de inflamación, sangrado, desecación, artificios por fijación, etc.)
- Adecuada (ausencia de componente de la ZT y 50-75% de inflamación, sangrado, desecación, artificios por fijación, etc.).
- Inadecuada, no procesada ni evaluada (rota, sin etiquetar).
- Inadecuada, procesada y evaluada (más del 75% de inflamación, sangrado, desecación, artificios por fijación, etc).

II. Interpretación del resultado

A. Negativo para lesión intraepitelial y/o maligno

- Negativo para lesión intraepitelial y/o maligno (Normal).
- Protozoarios morfológicamente compatibles con *Trichomonas vaginalis*.
- Microorganismos micóticos morfológicamente compatibles con *Cándida* sp.
- Viraje en la flora sugestivo de vaginosis bacteriana (*Gardnerella*).
- Bacterias morfológicamente compatibles con *Actinomyces* sp.
- Cambios celulares compatibles con Herpes virus.
- Cambios celulares reactivos asociados a inflamación.
- Cambios celulares reactivos asociados a radioterapia.
- Cambios celulares reactivos asociados a DIU.
- Células glandulares post-histerectomía.
- Cambios celulares reactivos asociados a atrofia.

Otros:

- Células endometriales en mujer = ó > de 40 años.

B. Anormalidades en el epitelio plano

- Atipia en el epitelio escamoso de significado incierto (ASC-US).
- Atipia en el epitelio escamoso, no se puede descartar lesión intraepitelial de alto grado (ASC-H).
- Lesión intraepitelial de bajo grado (VPH, displasia leve, NIC1).
- Lesión intraepitelial de alto grado (displasia moderada, displasia grave, Ca. *in situ*, NIC 2, NIC 3).
- Carcinoma epidermoide.

C. Anormalidades en epitelio glandular

- Células glandulares endocervicales atípicas (AGC).
- Células glandulares endometriales atípicas (AGC).
- Células glandulares atípicas (no se puede especificar) (AGC).
- Células glandulares endocervicales atípicas, probablemente neoplásicas (AGC).

- Células glandulares atípicas, probablemente neoplásicas (AGC).
- Adenocarcinoma endocervical *in situ*.
- Adenocarcinoma endocervical.
- Adenocarcinoma endometrial.
- Adenocarcinoma extrauterino.
- Adenocarcinoma no especificado.

D. Otra neoplasia maligna

- Presencia de células endometriales (no atípicas) en mujeres de 40 años o mayores.

9. Tratamiento

El tratamiento de lesiones precursoras se realiza en segundo y tercer nivel en el servicio de colposcopia ¹⁰.

El tratamiento de cáncer invasor en etapas tempranas se realiza en segundo y tercer nivel, se basa en cirugía, y si hay contraindicación quirúrgica está indicada la radioterapia externa o la braquiterapia (radiación directa al cérvix y vagina) y en etapas avanzadas con quimioterapia-radioterapia externa concomitante más braquiterapia ⁵.

10. Conclusiones

Entre el 20 y 60% de las muertes por cáncer cérvico uterino se podrían prevenir mediante el uso efectivo y temprano de un programa de DOC; sin embargo se estima que el actual programa de DOC previene menos del 13% de los casos de CaCU potencialmente prevenibles en México ¹.

Mientras que en los países nórdicos la cobertura de los programas de prevención del CaCU son de casi el 100%, en México es de apenas el 46.9% y en el Distrito Federal del 20.8% ¹⁹.

El Programa de Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino, desarrollado en México por la Secretaría de Salud, informa que la edad promedio en que se detectan las displasias se ubica entre los 25 y 30 años en el caso de la leve, 30 y 35 años en la de la moderada y 40 y 50 años para el carcinoma *in situ* y el microinvasor entre los 45 y 50 años y el invasor de los 50 años en adelante ²⁰.

Dada la importancia del cáncer cérvico uterino el gobierno de mexicano a través de la Secretaría de Salud prescribió en su Norma Oficial Mexicana (NOM-014-SSA2-199422) uniforme y reglamenta los procedimientos clínicos y administrativos al que están sujetos todos los procedimientos clínicos y administrativos al que están sujetos todos los servicios médicos del país.

Esta Norma Oficial planteó como metas de cobertura para el año 2000 incrementar al 70% la detección temprana en mujeres de 25 años o más y tratar al 90% de los casos de displasias, y reducir al 30% los casos de cáncer cervicouterino invasor ²⁰.

Para estas diferencias tan amplias en la cobertura de detección oportuna de cáncer cérvico uterino, con las metas propuestas , se han identificado diversas causas entre las que se describen:

- a) conductas individuales

- b) condiciones sociales
- c) deficiencias de los servicios médicos
- d) deficiencias en la información.

En la explicación de la falta de prácticas preventivas en salud existen diversas posturas. Una corriente enfatiza la noción de “estilos de vida” que, según la OMS se refiere a los patrones de conducta que han sido elegidos de las alternativas disponibles para la población, de acuerdo con su capacidad para elegir y sus circunstancias socioeconómicas.

Desde una corriente biologicista se considera que si se les dispone de información correcta y suficiente los individuos tienen posibilidad de realizar elecciones acertadas sobre su vida cotidiana, así como modificar sus hábitos y prácticas de salud.

En esta perspectiva basta con proveer de información sobre los riesgos a la salud y que la población cuente con la escolaridad suficiente para comprender y poner en práctica en conocimiento que se le ofrece ²⁰. Es por ello que el Programa de Nacional de DOCaCU se basa primordialmente en difundir la información propuesta por la NOM-014-SSA2.

En una corriente más sociológica se plantea que los individuos no están en posibilidad de hacer elecciones libres en salud en tanto no satisfagan antes otras necesidades que tienen que ver con sus condiciones de generales de vida. En esta perspectiva los sujetos solo se interesan por informarse, cambiar sus hábitos y prevenir su enfermedad, cuando han dejado de ocuparse por obtener los medios materiales para la reproducción de su unidad doméstica. Estudios que analizan la relación entre las condiciones de vida con las condiciones de salud, han documentado que la desigualdad social incluye las diferencias entre los daños a la salud y el acceso a los servicios médicos. Este enfoque enfatiza la necesidad de abordar las condiciones de vida en el estudio de las prácticas de prevención.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México el cáncer cérvico uterino es actualmente la segunda causa de defunción por neoplasias malignas particularmente en mujeres de 25 a 64 años.

En el 2006 se registraron 4,114 muertes por esta causa. Las entidades federativas de la República Mexicana con más defunciones reportadas son: Estado de México, Veracruz, Distrito Federal, Puebla, Jalisco, Chiapas, Yucatán, Oaxaca, Morelos y San Luís Potosí.

Actualmente existe un programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino en toda la República Mexicana el cual tiene como prioridad a todas las mujeres en edad susceptible de desarrollarlo; sin embargo a pesar de esto la cobertura actual en México es de a penas el 46.9% y en el Distrito Federal del 20.8%, ya que las mujeres no acuden por falta de sensibilización médica ,moral y ética.

Dada la importancia del CaCU el gobierno de mexicano a través de la Secretaría de Salud prescribió en su Norma Oficial Mexicana (NOM-014-SSA2-199422) uniforme y reglamenta los procedimientos clínicos y administrativos al que están sujetos todos los procedimientos clínicos y administrativos al que están sujetos todos los servicios médicos del país. En esta perspectiva basta con proveer de información sobre los riesgos a la salud y que la población cuente con la escolaridad suficiente para comprender y poner en práctica en conocimiento que se le ofrece. Es por ello que el Programa de Nacional de DOCaCU se basa primordialmente en difundir la información propuesta por la NOM-014-SSA2.

Con la finalidad de reconocer los factores de riesgo de las mujeres más susceptibles y tratar de realizar programas preventivos enfocados a la detección y seguimiento oportuno de las pacientes con el diagnóstico de displasia cervical y de esta forma evitar el desarrollo posterior de cáncer invasor.

Surge la necesidad de identificar ¿cuáles son los factores de riesgo que están asociados al desarrollo de displasia cervical en comparación con mujeres del mismo grupo de edad con citología cervicovaginal normal en las pacientes derechohabientes de la UMF No21 ?.

I. HIPOTESIS

Se espera encontrar una asociación positiva mayor con el virus de papiloma humano que con los otros factores de riesgo ya descritos en la literatura médica para el desarrollo de displasia cervical.

OBJETIVO GENERAL

-Describir los factores de riesgo asociados al desarrollo de displasia cervical en mujeres de 25 a 64 años, en comparación con mujeres del mismo grupo de edad con citología cérvico vaginal normal.

VI. OBJETIVOS ESPECIFICOS

-Describir la asociación entre la displasia cervical y los siguientes factores de riesgo:

- Infección por virus de papiloma humano
- Inicio de vida sexual activa temprana
- Prácticas con múltiples parejas sexuales
- Tabaquismo
- Antecedentes de infecciones de transmisión sexual
- Falta de realización de la citología cérvico vaginal
- Uso de anticonceptivos orales por más de 5 años
- Características obstétricas como la multiparidad

-Describir la frecuencia de displasia cervical en la población femenina derechohabiente a la UMF No21.

-Describir las características sociodemográficas que influyen en el desarrollo de displasia cervical en la población femenina derechohabiente a la UMF No21.

VII. MATERIAL Y METODO

A.-DISEÑO METODOLOGICO

1.-TIPO DE ESTUDIO:

Por el control de la maniobra:

- Observacional: porque se observara el fenómeno sin modificar las variables.

Por la captación de la información:

- Retrospectivo: porque parte de la información se recolectará y está registrada en el censo de medicina preventiva de la UMF No21 y la clínica de displasias del Hospital General de Zona No1 “Venados”.

Por la medición del fenómeno en el tiempo y por la dirección del análisis:

- Transversal: porque se llevarán a cabo una sola medición de las variables en el tiempo de las variables.

Por la presencia de un grupo control:

- Comparativo: porque se estudian dos grupos, donde se establecerán la comparación de variables entre el grupo de casos (pacientes con diagnóstico de displasia cervical) y el grupo control (pacientes del mismo grupo de edad con citología cérvico vaginal normal).

2.-UNIVERSO DE TRABAJO.

Pacientes derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social, a quienes se les efectuó citología cérvico vaginal, estudio colposcópico o histopatológico con diagnóstico de displasia cervical en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2009.

A.-Lugar del estudio.

Unidad de Medicina Familiar número 21, localizada en Francisco del Paso y Troncoso Número 281, Colonia Jardín Balbuena, Delegación Venustiano Carranza; México, Distrito Federal.

B.-Población de estudio.

210 pacientes femeninas entre 25 y 64 años derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social con diagnóstico de displasia cervical y 210 pacientes femeninas del mismo grupo de edad con citología cérvico vaginal normal, entre enero a diciembre del 2009.

C.-Periodo de estudio:

El estudio se efectuó de septiembre del 2009 a diciembre del 2010.

3.-CRITERIOS DE SELECCIÓN:

INCLUSION

a. -Criterios de **Inclusión del grupo de casos:**

- Pacientes derechohabientes adscritas a la UMF 21
- Pacientes femeninas entre 25 y 64 años
- Pacientes con diagnóstico colposcópico o histopatológico de displasia cervical en cualquier estadio en el periodo comprendido entre enero a diciembre del 2009
- Que aceptara participar en el estudio

- Con teléfono vigente para su localización

b).-Criterios de **Inclusión del grupo control:**

- Pacientes derechohabientes a la UMF No21
- Pacientes femeninas entre 25 y 64 años
- Mujeres con diagnóstico de citología cérvico vaginal normal en el periodo comprendido entre enero a diciembre del 2009
- Que aceptara participar en el estudio
- Con teléfono vigente para su localización

EXCLUSION

a).-Criterios de **Exclusión de los casos y controles:**

- Pacientes femeninas entre 25 y 64 años quienes no tuvieran citología cérvico vaginal en el periodo comprendido del estudio
- Pacientes que no se encuentren vigentes
- Cuyo número telefónico fuese incorrecto.

NO INCLUSION

a).-Criterios de **No inclusión de los casos y controles**

- Pacientes con citología cérvico vaginal con reporte de muestra inadecuada.
- Pacientes que hayan sido dadas de baja del sistema durante el estudio.
- Falta de respuesta de un 50% o más del cuestionario

- Paciente con retraso mental o alguna discapacidad que impida la realización del cuestionario.

4.-ESTRATEGIA DE MUESTREO:

A. Tamaño de la muestra

De acuerdo a la base de datos de pacientes con displasia cervical de la UMF 21 en el periodo comprendido entre enero a diciembre del 2009, conformados por un total de 322 pacientes femeninas en quienes se realizó la citología cervicovaginal, con reporte de displasia cervical; de las cuales se calculará el tamaño de la muestra con la fórmula de Shlesselman.

Fórmula de Shlesselman:

Con los siguientes supuestos:

- Nivel alfa: 0.05 (valor de tablas de z para una prueba de colas de 1.96).
- Nivel beta: 0.20 (valor de tablas z de 0.84).

De acuerdo a un estudio realizado, la menor exposición entre los controles se considero una exposición al factor de riesgo entre los controles de 12% (tabaquismo) $P_0 = 0.12$.

Riesgo mínimo al detectar 2.2 ($R = 2.2$) razón de casos y controles 1:1.

$$n = 2pq (z \text{ alfa} + z \text{ beta})^2 / (p_1 - p_0)^2 \text{ donde:}$$

$$p_1 = P_0 R / [1 + P_0 (R - 1)]$$

$$p_1 = (0.12) (2) / [1 + 0.12 (2 - 1)]$$

$$p_1 = 0.2308$$

$$p = 1/2 (p_1 + p_0)$$

$$p = 1/2 (0.2308 + 0.12)$$

$$p = 0.1754$$

$$q = 1 - p$$

$$q = 1 - 0.1754$$

$$q = 0.8146$$

30

Por lo tanto:

$$N = 2(0.1754)(0.8146)(1.96 + 0.84)^2 / (0.2308 - 0.12)^2$$

$$n = 2.24041 / 0.01228$$

$$n = 182 + 15\% \text{ de pérdidas}$$

$$182 + 28 = \quad \underline{\underline{210 \text{ casos}}}$$

210 controles

En estudios de casos y controles, la distribución de n sujetos estudiados según presenten o no la enfermedad y según su exposición a cada factor se puede mostrar en una tabla 2 x 2, así, existirán en la muestra casos expuestos (a), casos no expuestos (c), controles expuestos (b) y controles no expuestos (d). Como medida de la frecuencia de exposición entre los casos se puede utilizar el cociente:

$$\Omega_1 = \frac{p_1}{1 - p_1}$$

donde p_1 es la probabilidad de exposición entre los casos. A partir de una muestra, Ω_1 se puede estimar dividiendo los casos expuestos entre los casos no expuestos:

$$\hat{\Omega}_1 = \frac{\frac{a}{(a+c)}}{\frac{c}{(a+c)}} = \frac{a}{c}$$

De modo similar, se valora la frecuencia de exposición entre los controles mediante el cociente:

$$\Omega_2 = \frac{p_2}{1-p_2} \Rightarrow \hat{\Omega}_2 = \frac{b/(b+d)}{d/(b+d)} = \frac{b}{d}$$

Donde p_2 es la probabilidad de exposición entre los controles.

31

La medida más utilizada para cuantificar la asociación entre la exposición y la presencia de enfermedad es el "odds ratio" (OR) y su cálculo se estima mediante el cociente de las dos cantidades anteriores:

$$OR = \frac{\Omega_1}{\Omega_2} = \frac{p_1(1-p_2)}{p_2(1-p_1)} \Rightarrow OR = \frac{a/c}{b/d} = \frac{a \times d}{b \times c}$$

La interpretación del OR es la siguiente: si el OR es igual a 1, la exposición no se asocia con la enfermedad, mientras que si el OR es menor de 1 la exposición tiene un efecto protector (es decir, la exposición disminuye la probabilidad de desarrollar la enfermedad). Por último, si el valor del OR es mayor de 1, la exposición aumenta las posibilidades de desarrollar la enfermedad. De cualquier modo, las estimaciones del OR se deben realizar con su 95% de intervalo de confianza para poder confirmar o rechazar la asociación de la exposición con la enfermedad.

B. Tipo de muestreo

Estrategia de muestreo: Se utilizó muestreo aleatorio simple, de tal forma que todas las pacientes incluidas en el estudio tengan las mismas posibilidades de ser elegidas y esto no permita disminuir el riesgo de sesgo de selección.

C. Análisis estadístico

1. Univariado

Exploración de datos:

Se realizó una revisión de la base de datos para verificar la limpieza y calidad, comparando cuestionarios con datos de las fuentes.

Se observó la distribución de las variables para caracterizar los antecedentes personales incluyendo los gineco obstétricos, sociales y económicos, de la mujer entrevistada ya sea caso o control.

Medidas de tendencia central

Promedio aritmético para todas las variables medidas a escala absoluta o de razón, y para diferencia de estas entre caso y controles se realizó la t de Student.

Mediana y moda para variables medidas en escala cuantitativa y para diferenciar de estas entre casos y controles se usó la prueba de rango de Wilcoxon.

2. Bivariado

Medidas de asociación

Razón de momios (RM o OR)

Todas las variables de interés para el estudio y las que mostraron diferencias entre el grupo de casos y controles se incluyeron para determinar los factores de riesgo.

5.-DEFINICION DE VARIABLES Y UNIDAD DE MEDICION

A.-VARIABLES ANTECEDENTES

VARIABLE	DEFINICION	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR.
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Se preguntara durante el estudio la edad en años cumplidos Se encuentra en registros	Cuantitativa discontinua	Número de años cumplidos
Ocupación	Se refiere a la actividad económica habitual que realiza un individuo.	Se preguntará en el seguimiento	Cualitativa nominal.	1.-Hogar 2.-Jubilada 3.-Pensionada 4.-Empleada 9.-No especificado
Estado Civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco	Se preguntara en el seguimiento	Cualitativa nominal	1.-Unión libre 2.-Separada 3.-Divorciada 4.-Viuda 5.-Casada 6.-Soltera 9.-No Especificado
Escolaridad	Grado de estudio	La señalada por el paciente en la encuesta, de acuerdo a estudiado de	Cualitativa Ordinal	1.-Ninguno 2.-Preescolar 3.-Primaria 4.-Secundaria 5.-Preparatoria o,

		acuerdo a estudios terminados		<p>Bachillerato o, Normal ,o Carrera técnica o Comercial</p> <p>6.-Licenciatura</p> <p>7.-Maestría</p> <p>8.-Doctorado</p> <p>9.- No Especificado</p>
Nivel socioeconómico	Estratificación de los hogares según el grado de bienestar material.	La señalada en la encuesta de acuerdo a la metodología propuesta por INEGI para Censo Nacional de Población (2006)	Cualitativa ordinal	<p>1.-A/B Clase alta</p> <p>2.-C+ Clase media alta</p> <p>3.-C Clase media</p> <p>4.-D+ Clase media baja</p> <p>5.-D Clase baja</p> <p>6.-E Clase más baja</p> <p>9.-No especificado</p>

B.-VARIABLES INDEPENDIENTES:

VARIABLE	DEFINICION	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR.
Inicio de vida sexual	Edad de inicio de vida sexual activa	Se interrogara durante el desarrollo del estudio	Cuantitativa discontinua	Edad de inicio vida sexual activa
Parejas sexuales	Numero .de parejas sexuales durante su vida a la fecha actual	Se interrogara durante el desarrollo del estudio	Cuantitativa discontinua	Total de número de parejas sexuales
Infección cervicovaginal por VPH	Demostración histopatológica (coilocitos) o por técnica de hibridación del genoma del virus del papiloma humano (VPH). O lo referido en el resultado del Papanicolaou o el expediente .	Se interrogara durante el desarrollo del estudio en el grupo control. En el grupo de casos con los resultados de Papanicolaou y/o colposcopia.	Cualitativa nominal	1.Si 2.No
Tabaquismo	Intoxicación crónica producida por el abuso del tabaco. Es una drogodependencia. Enfermedad	Se interrogara durante el desarrollo del estudio. En caso de	Cualitativa nominal	1.Si 2.No

	crónica producida por el consumo reiterado de cualquier producto cuya materia prima deriva de la planta del tabaco.	que la respuesta sea positiva se interrogara la cantidad de ingesta por mes.		
Antecedentes de infecciones de transmisión sexual	Enfermedades que se propagan fácilmente por medio del contacto físico-sexual ,la mayoría de estas enfermedades son curables; causadas por bacterias, virus, protozoarios o parásitos.	Se interrogara durante el desarrollo del estudio	Cualitativa nominal	1.Si 2.No Cuántas y de que tipo de infecciones
Citología cervicovaginal	Fecha de ultimo resultado de citología cervicovaginal	Se interrogara durante el desarrollo del estudio	Cualitativa nominal	Fecha de ultimo resultado
Resultado de citología cervicovaginal	Reporte de citología cervicovaginal	Reporte tomado de la citología cervical de vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino del IMSS	Cualitativa ordinal	1.-Negativo a cáncer 2.-Negativo con proceso inflamatorio 3.-Displasia leve (NIC1) 4.-Displasia moderada (NIC 2) 5.-Displasia grave (NIC 3) 6.-In situ 7.-Microinvasor 8.—invasor

				9.- Adenocarcinoma 10.-Maligno no especificado
Método de planificación familiar	Uso de algún método anticonceptivo	Se interrogara durante el desarrollo del estudio	Cualitativa nominal	1.Si 2.No Duración y tipo de método anticonceptivo
Número de gestas	Número total de embarazos y forma de resolución	Se interrogara durante el estudio	Cuantitativa discreta	Total de embarazos y tipo de resolución

C. VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLE	DEFINICION	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR.
Displasia cervical	Pérdida de la capacidad de maduración del epitelio cervical, con alteración en la morfología de sus componentes.	Reporte histopatológico por biopsia o colposcópico en sus diferentes estadios.	Cualitativa ordinal	1.-Displasia leve (NIC1) 1.-Displasia moderada (NIC 2) 3.-Displasia grave (NIC 3) 4.-In situ 5.-Microinvasor 5.—invasor 7.- Adenocarcinoma 8.-Maligno no especificado

6. METODOLOGIA

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal, comparativo de casos y controles; con la población femenina entre 25 y 64 años adscrita a la UMF No21 en el periodo comprendido entre enero a diciembre del 2009 con el diagnóstico histopatológico o colposcópico de displasia cervical como el grupo de casos; el cual se comparo con mujeres dentro del mismo rango de edad que se realizaron la citología cérvico vaginal y cuyo resultado se reportó como normal o negativo a cáncer, como grupo control.

Se calculó una muestra de 210 casos y 210 controles, y una relación casos-controles de 1:1. Con un tipo de muestreo aleatorizado simple para la elección de casos.

El personal de las unidades de primer nivel, en este caso de la UMF No21; tomó muestras para la realización de citología vaginal entre la población usuaria entre 25 y 64 años que acudió para la detección oportuna de cáncer cérvico uterino.

Posteriormente y de acuerdo con los resultados y lo marcado por la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Detección Oportuna del Cáncer Cérvico Uterino en el Primer Nivel de Atención ;las paciente que requirieron seguimiento en un segundo nivel de atención en las clínicas de displasias por reporte por citología cérvico vaginal sugestiva de displasia cervical fue enviada al Hospital General de Zona Número 1 del IMSS "Venados", de las cuales se obtuvo material para la realización de una colposcopia o biopsia dirigida, realizadas por el personal de dichas unidades.

Con base en los resultados de la clínica de displasia o módulo de colposcopia se formarán dos grupos: el de control, mujeres con citología cérvico vaginal negativa a cáncer o displasia cervical, y el de casos, mujeres con reporte de displasia cervical por colposcopia o estudio histopatológico.

A ambos grupos se les entrevistó por vía telefónica con un cuestionario estructurado, previamente elaborado, en el que se especificaran los datos de identificación de las pacientes y se investigaron los factores de riesgo socio demográficos, del comportamiento sexual y gineco obstétricos para el desarrollo de displasia cervical.

7. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

La técnica de recolección de la información se realizó mediante una entrevista vía telefónica utilizando un cuestionario previamente estructurado de registro donde se identificarán los factores de riesgo socio demográficos y gineco- obstétricos (anexo 1).

8. PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se utilizaron medidas de tendencia central, medidas de asociación e intervalos de confianza y se presentarán en forma de cuadros y gráficas.

VI. RECURSOS

- Recursos Humanos.
 1. Médico Residente.

- Recursos Materiales.

Hojas blancas bond tamaño carta.
Lápices del número 2.
Sacapuntas.
Computadora.
Impresora.
Cartucho para impresora.
Programa de cómputo para captura de base de datos.

- Recursos Financieros.

Los recursos financieros serán proporcionados por el mismo investigador.

VII. ASPECTOS ETICOS

42

En virtud del decreto por el que se adicionó el artículo 4°. Constitucional, publicado en el Diario Oficial de la Federación de fecha 3 de Febrero de 1983, se consagro como garantía social el Derecho a la Protección de la salud; el 7 de febrero de 1984 fue publicado en el Diario Oficial de la Federación la Ley General de Salud , reglamentaria del párrafo tercero del artículo 4° de la Constitución Política de los estados Unidos Mexicanos , iniciando su vigencia el 1° de Julio del mismo año.

En la mencionada Ley se establecieron y definieron las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, así como la distribución de competencias entre la Federación y las Entidades Federativas en materia de Salubridad general, por lo que resulta pertinente disponer de los instrumentos reglamentarios necesarios para el ejercicio eficaz de sus atribuciones ; que dentro de los programas que previene el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, se encuentra el de Salud, el cual como lineamientos de estrategias completa cinco grandes áreas de política, siendo la última la “Formación, Capacitación e Investigación” dirigida fundamentalmente al impulso de las áreas biomédicas , medico-social y de los servicios de salud, de ahí que el Programa Nacional de Salud 1984-1988 desarrolla el programa de Investigación para la salud, entre otros, como de apoyo a la consolidación del sistema nacional de salud en aspectos sustanciales, teniendo como objetivo específico el coadyuvar el desarrollo científico y tecnológico nacional tendiente a la búsqueda de soluciones prácticas para prevenir , atender y controlar los problemas prioritarios de salud, incrementar la productividad y eficiencia tecnológica del extranjero.

La Ley General de salud ha establecido lineamientos y principios a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud, correspondientes a la Secretaría de Salud orientar su desarrollo; la investigación para la salud es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general.

El desarrollo de la investigación para la salud debe atender aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación, el

desarrollo de la investigación para la salud requiere del establecimiento de criterios técnicos para regular la aplicación de los procedimientos relativos a la correcta utilización de los recursos destinados a ella.

De acuerdo con el Reglamento De la Ley General de Salud en Materia para la Investigación en Salud en su Título Segundo, Capítulo I, Art 13, 14, 15, 16, 21 y 22. Esta investigación es clasificada como sin riesgo de acuerdo al artículo 17 antes mencionado. A los participantes en el estudio se les explica en forma verbal la naturaleza y origen de la investigación. En ningún momento se obligara a los pacientes para que accedan a participar en dichos cuestionarios, ni se afectará la integridad física ni moral de los mismos.

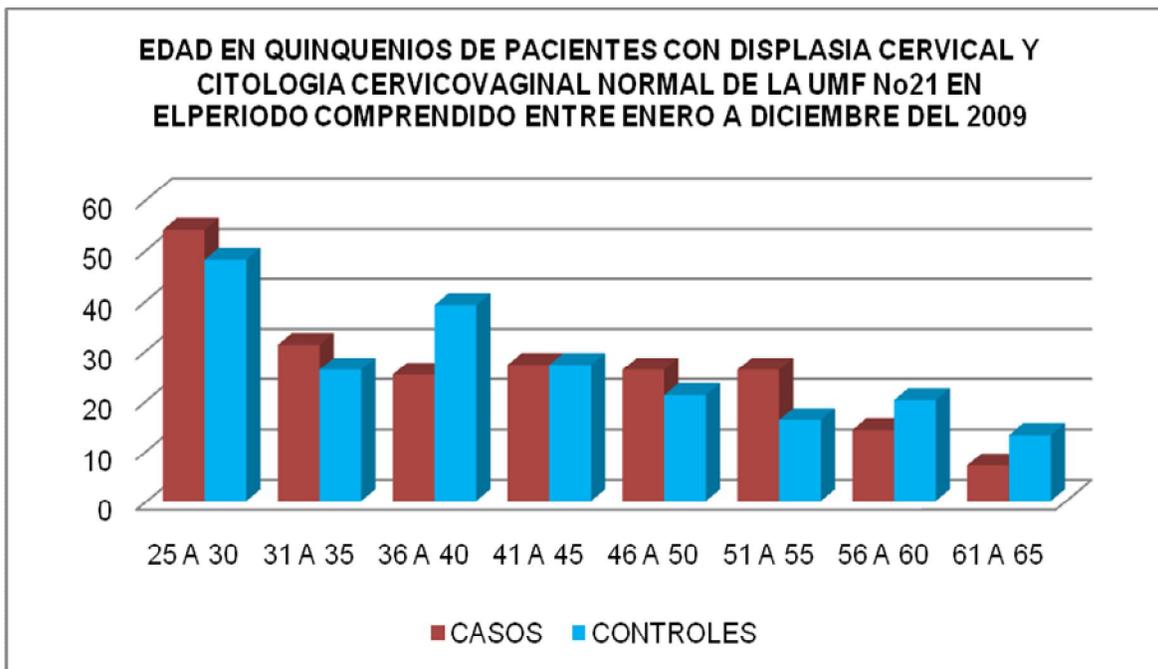
VIII.RESULTADOS

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

44

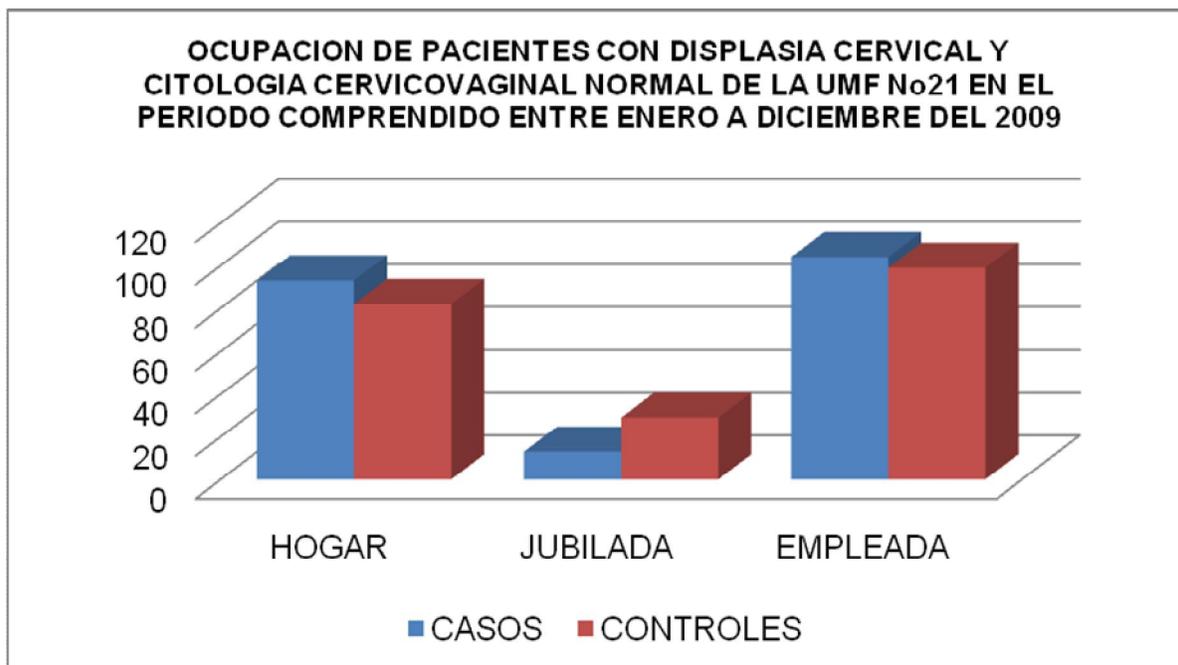
En el período comprendido entre enero del 2009 a diciembre del 2009 en la Unidad de Medicina Familiar número 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social se realizó un estudio comparativo en busca de los factores de riesgo asociados al desarrollo de displasia cervical, conformado por dos grupos: el de casos integrado por pacientes con diagnóstico de displasia cervical y el grupo control por aquellas pacientes con citología cervicovaginal normal. La muestra fue de 420 pacientes de estos 210 fueron casos y 210 controles. El promedio de edad para ambos grupos fue de 41 años. El grupo de edad por quinquenios predominante en ambos grupos fue el comprendido entre 25 a 30 años, siendo el menos común el de 61 a 65 años.

EDAD EN QUINQUENIOS DE PACIENTES CON DISPLASIA CERVICAL Y CITOLOGIA CERVICOVAGINAL NORMAL DE LA UMF No21 EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO A DICIEMBRE DEL 2009		
	CASOS	CONTROLES
25 A 30	54 (26%)	48 (23%)
31 A 35	31	26
36 A 40	25	39
41 A 45	27	27
46 A 50	26	21
51 A 55	26	16
56 A 60	14	20
61 A 65	7	13
TOTAL	210	210



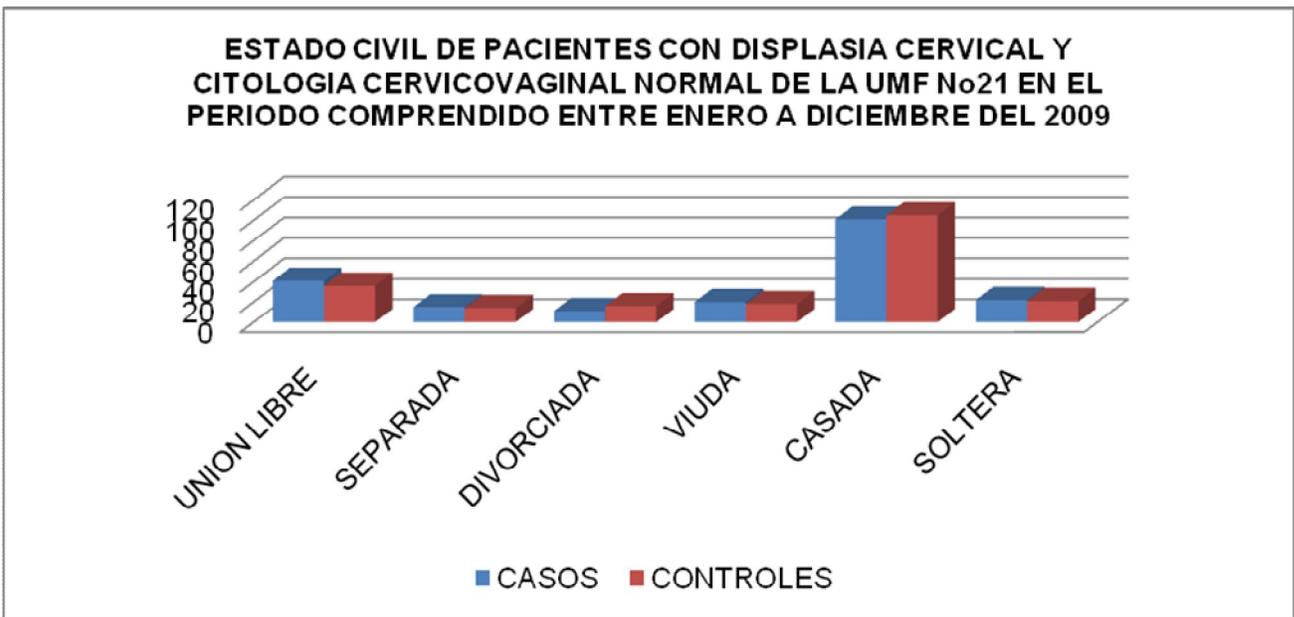
La ocupación más común fue el de empleada con un 50% en el grupo de pacientes con displasia cervical y un 47% en el grupo de pacientes con citología cervicovaginal normal; siendo el menos frecuente para ambos en el de jubilada.

OCUPACION DE PACIENTES CON DISPLASIA CERVICAL Y CITOLOGIA CERVICOVAGINAL NORMAL DE LA UMF No21 EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO A DICIEMBRE DEL 2009		
	CASOS	CONTROLES
HOGAR	93	82
JUBILADA	13	29
EMPLEADA	104 (50%)	99 (47%)
TOTAL	210	210



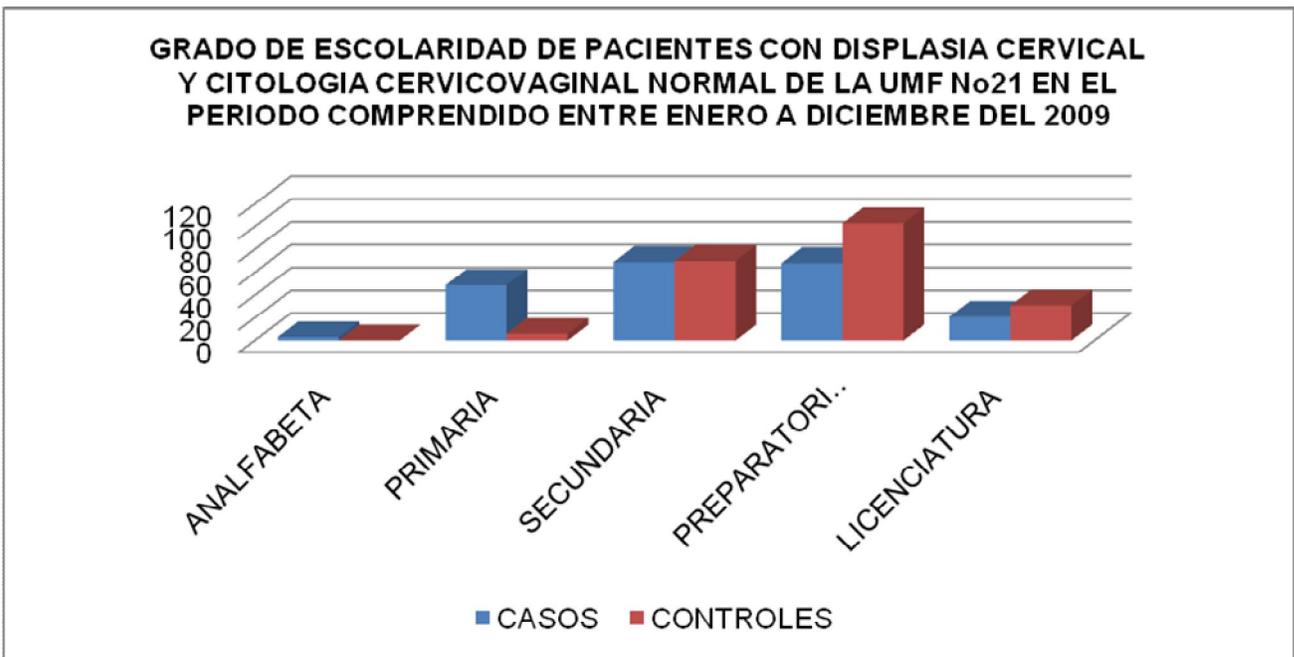
El estado civil que más frecuente en ambos grupos fue el de casada. Siendo el menos común el correspondiente a divorciadas.

ESTADO CIVIL DE PACIENTES CON DISPLASIA CERVICAL Y CITOLOGIA CERVICOVAGINAL NORMAL DE LA UMF No21 EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO A DICIEMBRE DEL 2009		
	CASOS	CONTROLES
UNION LIBRE	41	36
SEPARADA	15	14
DIVORCIADA	11	16
VIUDA	20	18
CASADA	101 (48%)	105 (50%)
SOLTERA	22	21
TOTAL	210	210



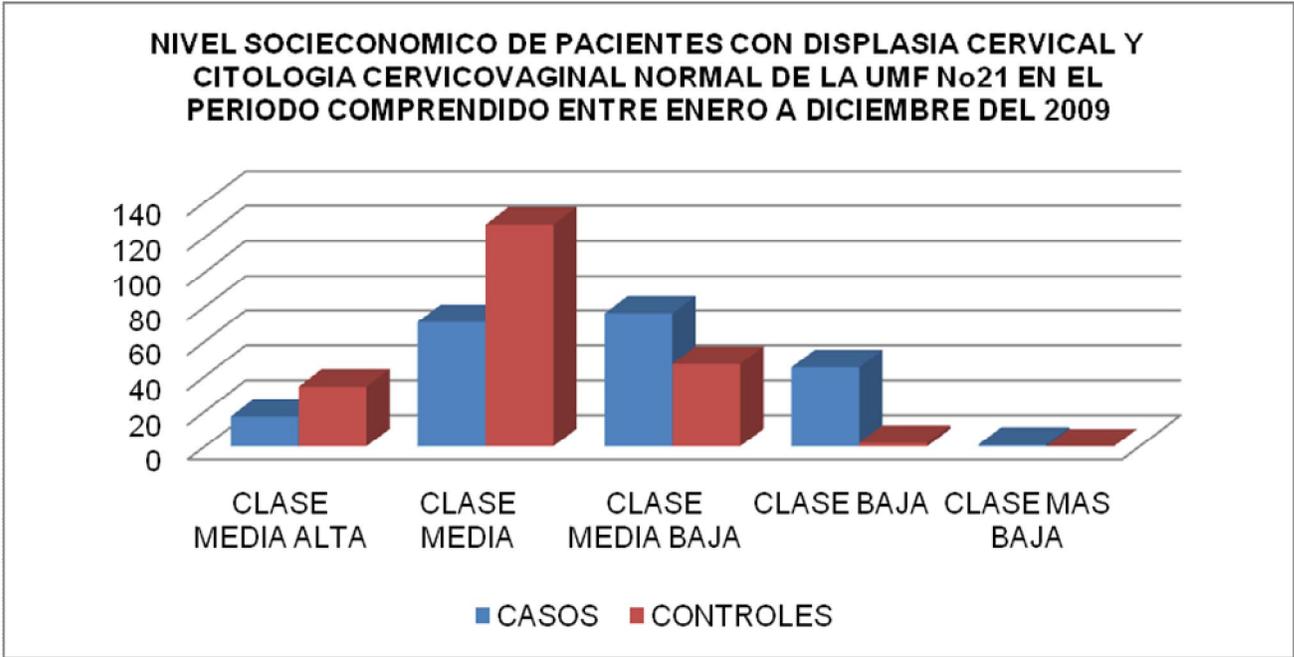
El grado de escolaridad más común en el grupo de pacientes con displasia cervical fue el de secundaria; mientras que en el grupo con citología cérvico vaginal el más frecuente fue el de preparatoria, bachillerato, carrera técnica o comercial.

GRADO DE ESCOLARIDAD DE PACIENTES CON DISPLASIA CERVICAL Y CITOLOGIA CERVICOVAGINAL NORMAL DE LA UMF No21 EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO A DICIEMBRE DEL 2009		
	CASOS	CONTROLES
ANALFABETA	3	0
PRIMARIA	49	6
SECUNDARIA	69 (33%)	70
PREPARATORIA, BACHILLERATO, CARRERA TECNICA O COMERCIAL	68	103 (49%)
LICENCIATURA	21	31
TOTAL	210	210



El nivel socioeconómico más común en el grupo de casos fue el de clase media baja; mientras que en el grupo control el más frecuente fue el de clase media; en ambos el menos común fue en de clase más baja.

NIVEL SOCIECONOMICO DE PACIENTES CON DISPLASIA CERVICAL Y CITOLOGIA CERVICOVAGINAL NORMAL DE LA UMF No21 EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO A DICIEMBRE DEL 2009		
	CASOS	CONTROLES
CLASE MEDIA ALTA	17	34
CLASE MEDIA	71	127 (61%)
CLASE MEDIA BAJA	76 (36%)	47
CLASE BAJA	45	2
CLASE MAS BAJA	1	0
TOTAL	210	210

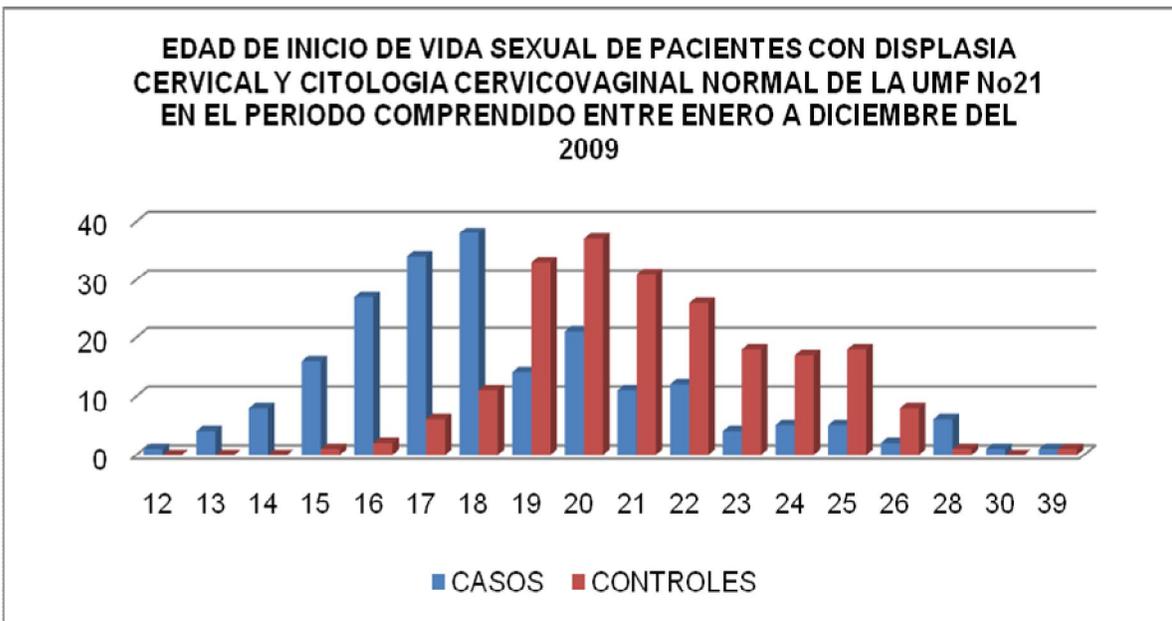


ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

La edad de inicio de vida sexual promedio en las pacientes con displasia cervical fue de 18 años; en aquellas con citología cervicovaginal normal fue de 20 años.

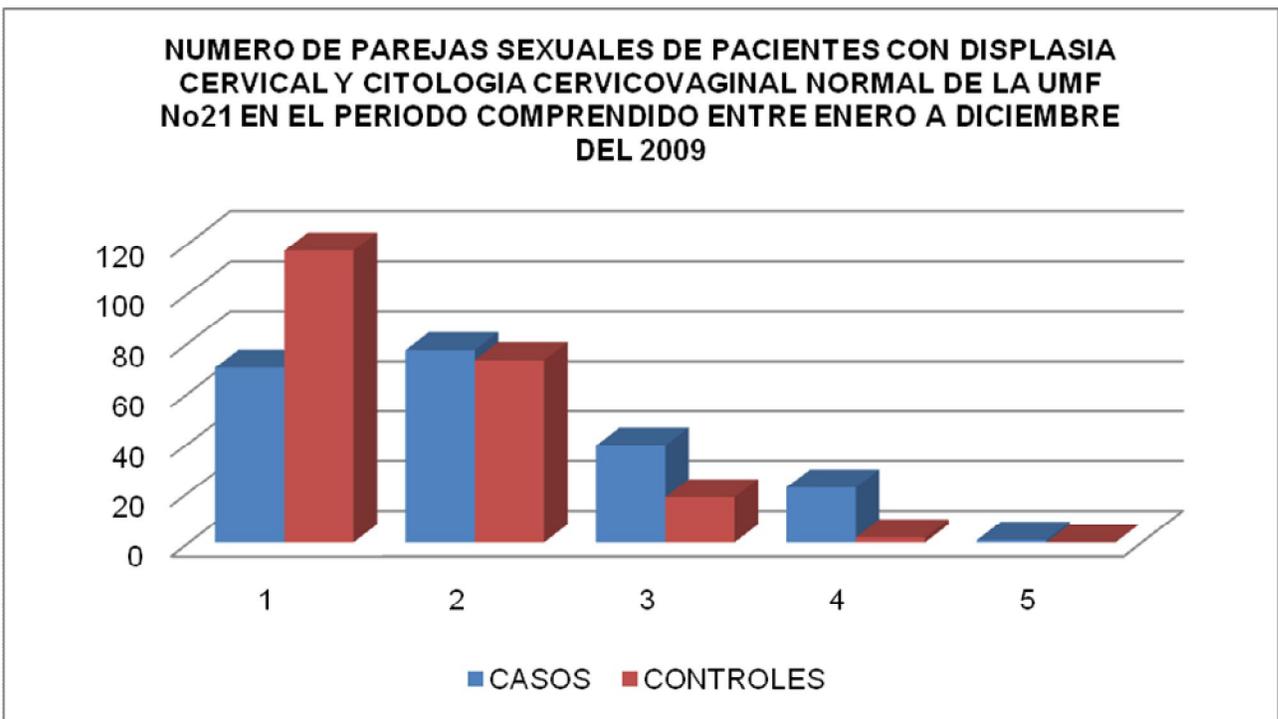
50

EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL DE PACIENTES CON DISPLASIA CERVICAL Y CITOLOGIA CERVICOVAGINAL NORMAL DE LA UMF No21 EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO A DICIEMBRE DEL 2009		
	CASOS	CONTROLES
12	1	0
13	4	0
14	8	0
15	16	1
16	27	2
17	34	6
18	38 (18%)	11
19	14	33
20	21	37 (18%)
21	11	31
22	12	26
23	4	18
24	5	17
25	5	18
26	2	8
28	6	1
30	1	0
39	1	1
TOTAL	210	210



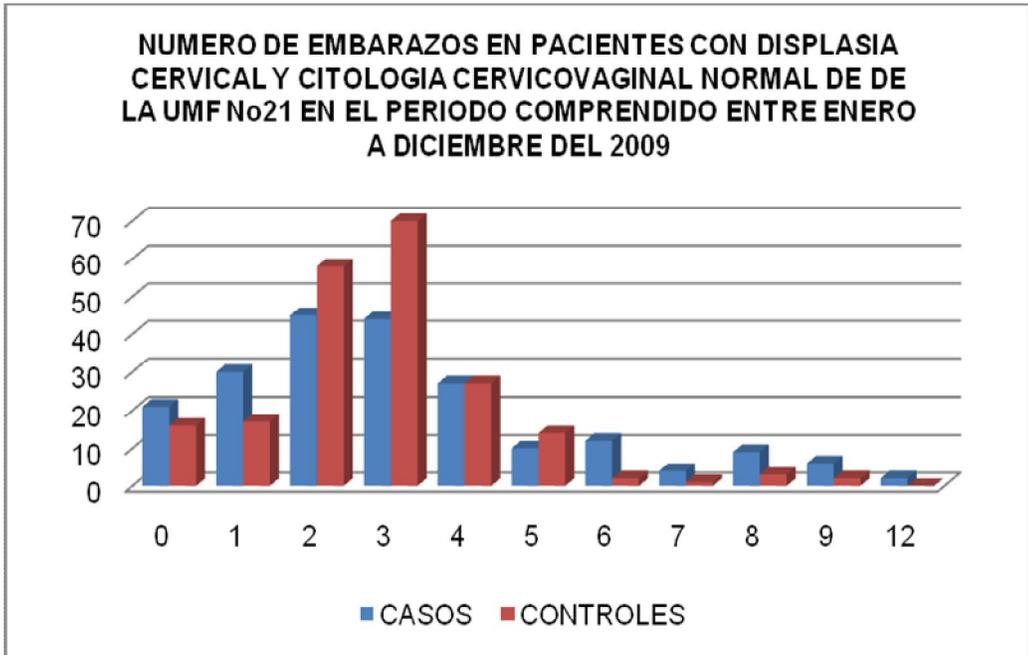
El promedio de parejas sexuales en las pacientes con displasia cervical fue de 2; mientras que en las pacientes con citología cervicovaginal normal fue de 1.

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES DE PACIENTES CON DISPLASIA CERVICAL Y CITOLOGIA CERVICOVAGINAL NORMAL DE LA UMF No21 EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO A DICIEMBRE DEL 2009		
	CASOS	CONTROLES
1	70	117 (56%)
2	77 (37%)	73
3	39	18
4	22	2
5	1	0
6	1	0
TOTAL	210	210



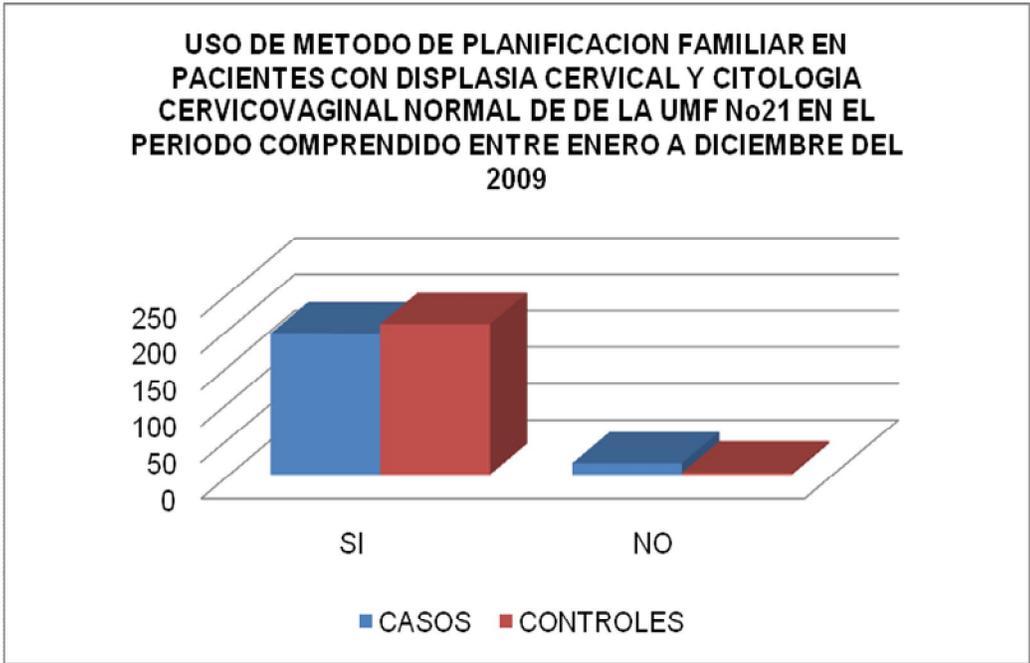
El número de embarazos promedio en las pacientes con displasia cervical fue de 2; mientras que en las pacientes con citología cervicovaginal normal fue de 3.

NUMERO DE EMBARAZOS EN PACIENTES CON DISPLASIA CERVICAL Y CITOLOGIA CERVICOVAGINAL NORMAL DE DE LA UMF No21 EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO A DICIEMBRE DEL 2009		
	CASOS	CONTROLES
0	21	16
1	30	17
2	45 (21.4%)	58
3	44 (21%)	70 (33%)
4	27	27
5	10	14
6	12	2
7	4	1
8	9	3
9	6	2
12	2	0
TOTAL	210	210



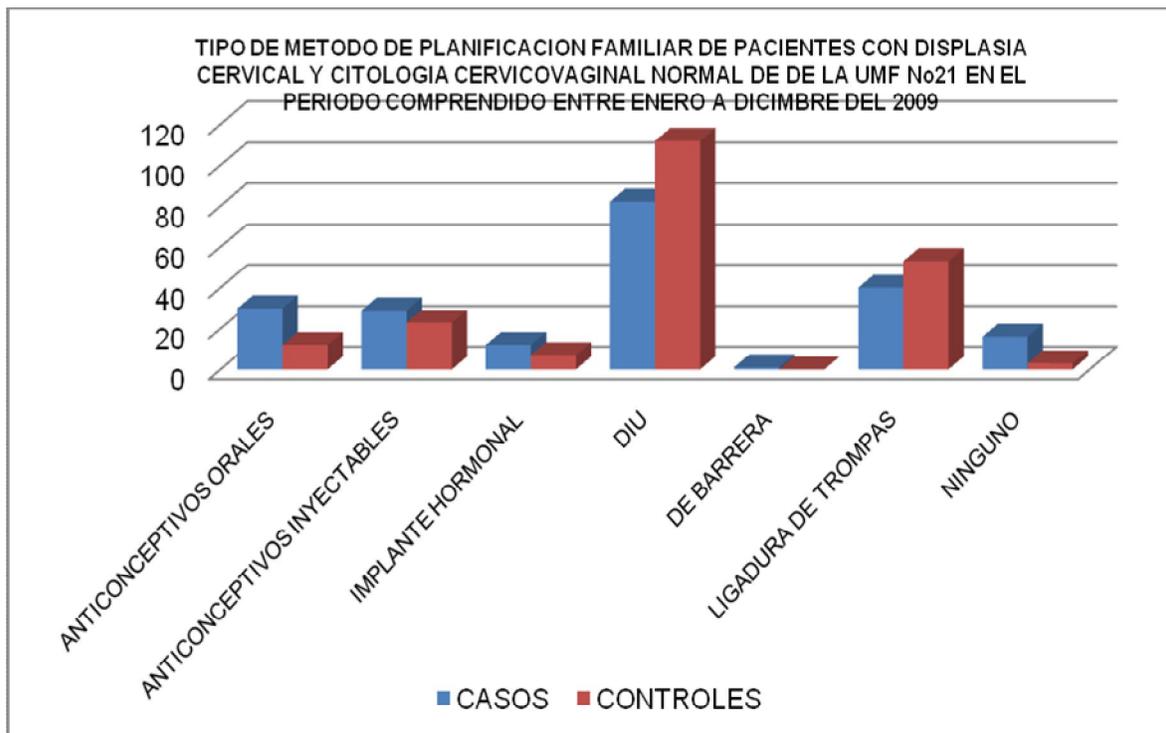
El 92% de las pacientes con displasia cervical uso algún tipo de método de planificación familiar; mientras que en las pacientes con citología cervicovaginal normal fueron el 99%.

USO DE METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR EN PACIENTES CON DISPLASIA CERVICAL Y CITOLOGIA CERVICOVAGINAL NORMAL DE DE LA UMF No21 EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO A DICIEMBRE DEL 2009			
	SI	NO	TOTAL
CASOS	194 (92%)	16	210
CONTROLES	207 (99%)	3	210



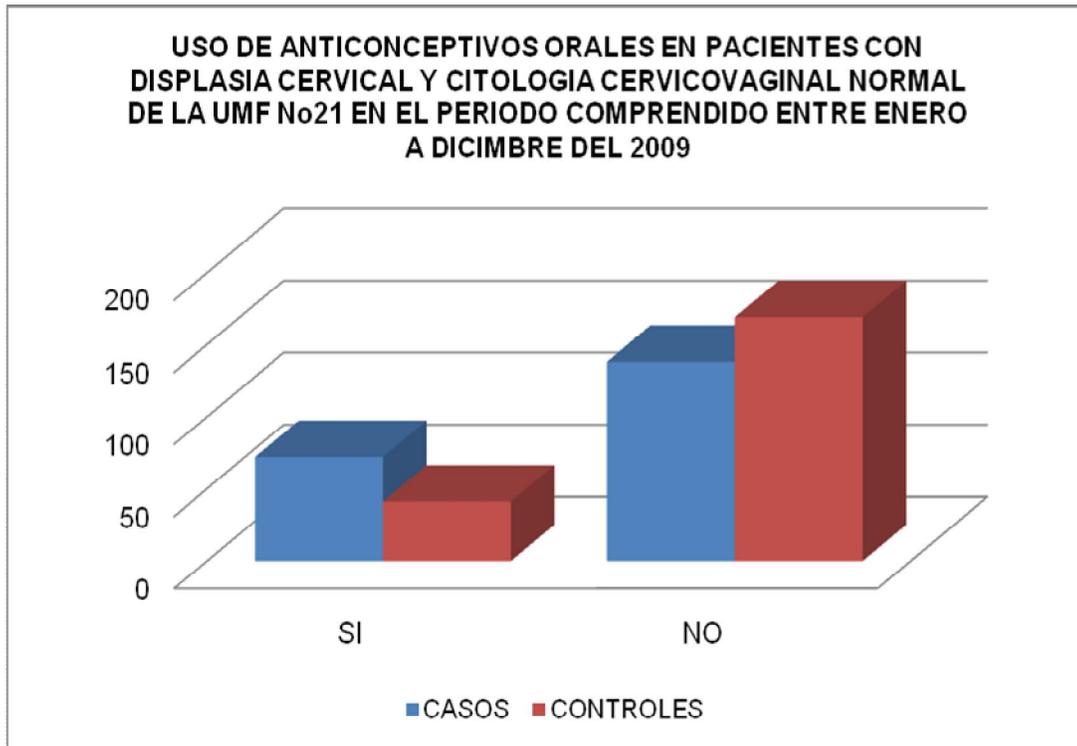
De estos métodos de planificación familiar el más usado por ambos grupos de pacientes fue el dispositivo intrauterino.

TIPO DE METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR DE PACIENTES CON DISPLASIA CERVICAL Y CITOLOGIA CERVICOVAGINAL NORMAL DE DE LA UMF No21 EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO A DICIMBRE DEL 2009		
	CASOS	CONTROLES
ANTICONCEPTIVOS ORALES	30	12
ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES	29	23
IMPLANTE HORMONAL	12	7
DIU	82 (39%)	112 (53%)
DE BARRERA	1	0
LIGADURA DE TROMPAS	40	53
NINGUNO	16	3
TOTAL	210	210



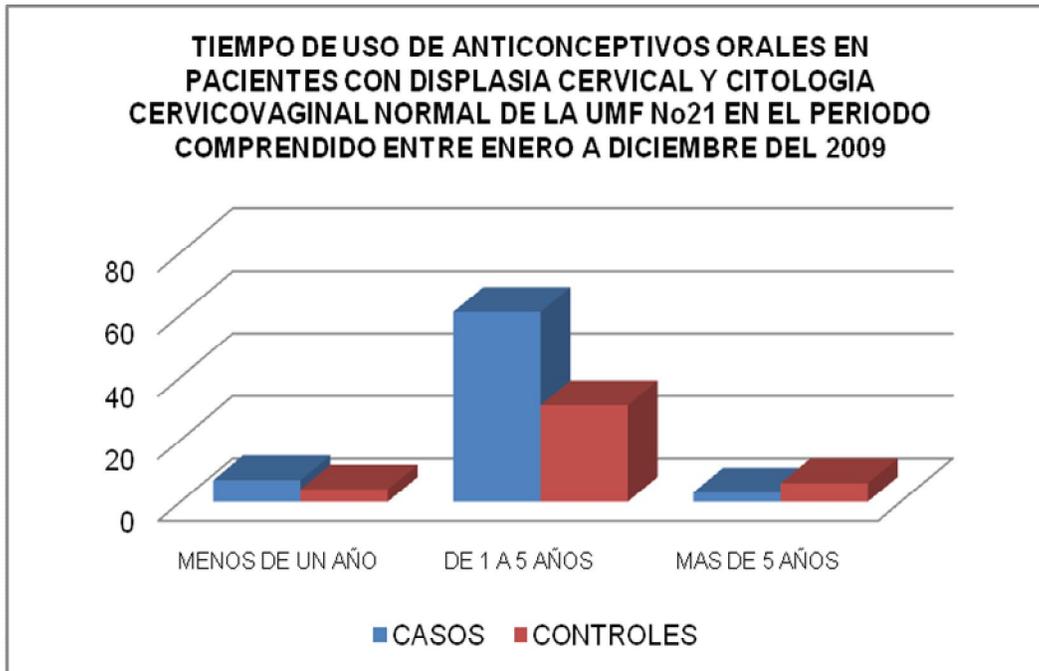
Las pacientes que desarrollaron displasia cervical presentaron una mayor frecuencia en el uso de anticonceptivos orales representada por un 34%; mientras que las pacientes con citología cervicovaginal normal solo lo usaron en un 20%.

USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES EN PACIENTES CON DISPLASIA CERVICAL Y CITOLOGIA CERVICOVAGINAL NORMAL DE LA UMF No21 EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO A DICIMBRE DEL 2009			
	SI	NO	TOTAL
CASOS	72 (34%)	138	210
CONTROLES	41 (20%)	169	210



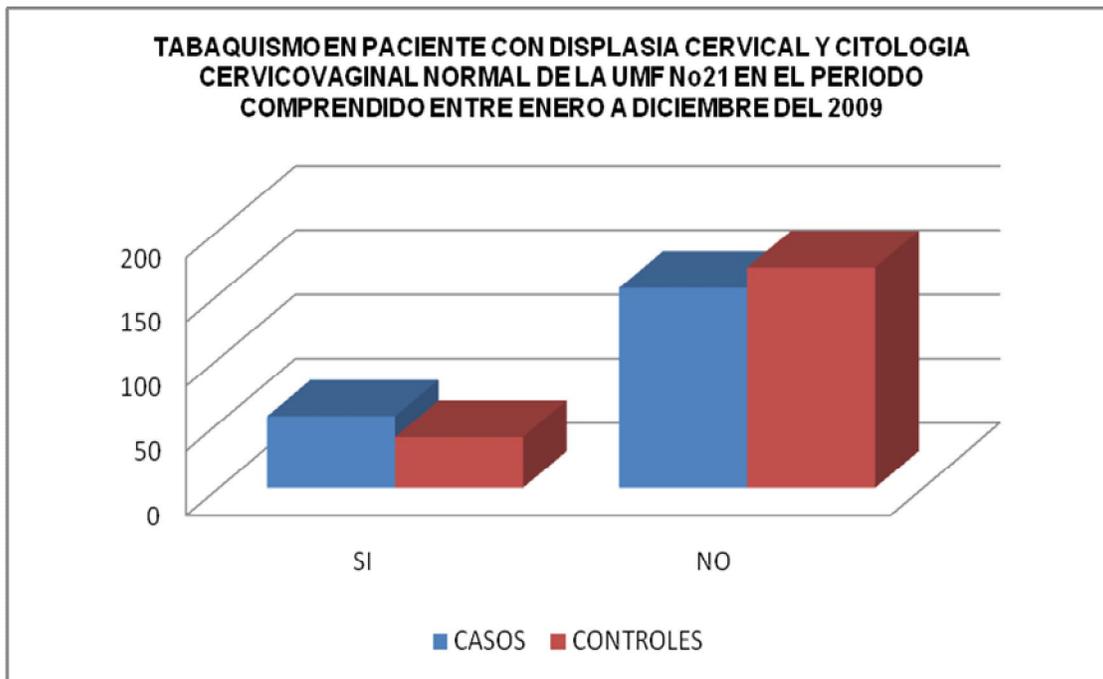
En ambos grupos el tiempo de uso de los anticonceptivos orales que predominó fue de uno a cinco años.

TIEMPO DE USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES EN PACIENTES CON DISPLASIA CERVICAL Y CITOLOGIA CERVICOVAGINAL NORMAL DE LA UMF No21 EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO A DICIEMBRE DEL 2009		
	CASOS	CONTROLES
MENOS DE UN AÑO	7	4
DE 1 A 5 AÑOS	61 (29%)	31 (15%)
MAS DE 5 AÑOS	3	6
NO APLICA	139	169
TOTAL	210	210



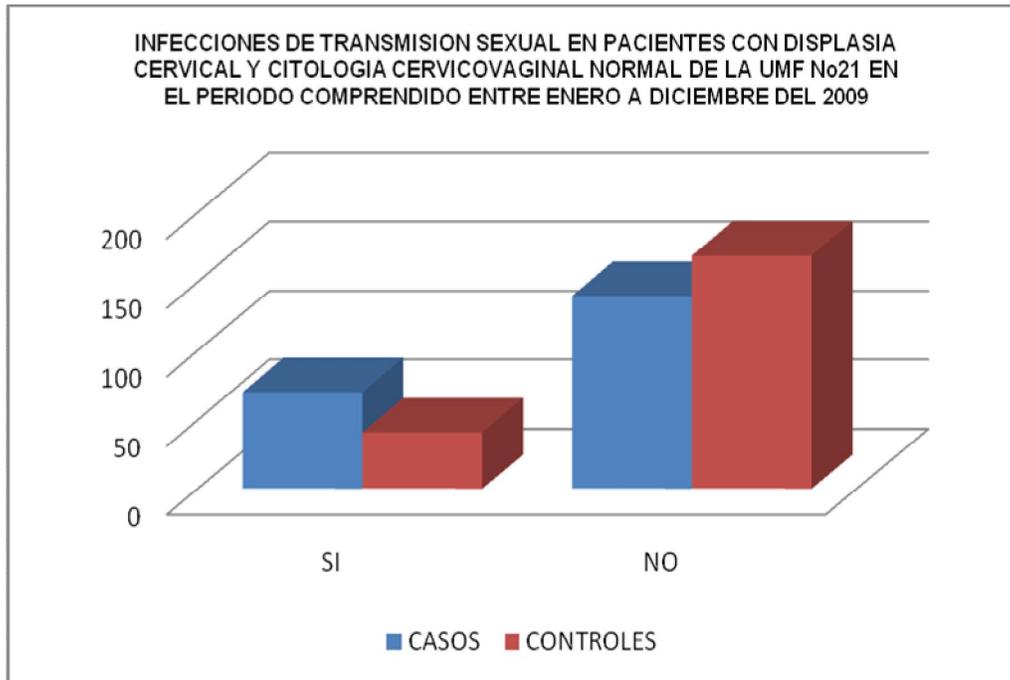
Las pacientes con displasia cervical presentaron una mayor frecuencia de tabaquismo representada por un 26%; en comparación con el grupo de pacientes con citología cervicovaginal normal donde esta adicción se presentó en el 19%.

TABAQUISMO EN PACIENTE CON DISPLASIA CERVICAL Y CITOLOGIA CERVICOVAGINAL NORMAL DE LA UMF No21 EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO A DICIEMBRE DEL 2009			
	SI	NO	TOTAL
CASOS	55 (26%)	155	210
CONTROLES	39 (19%)	171	210



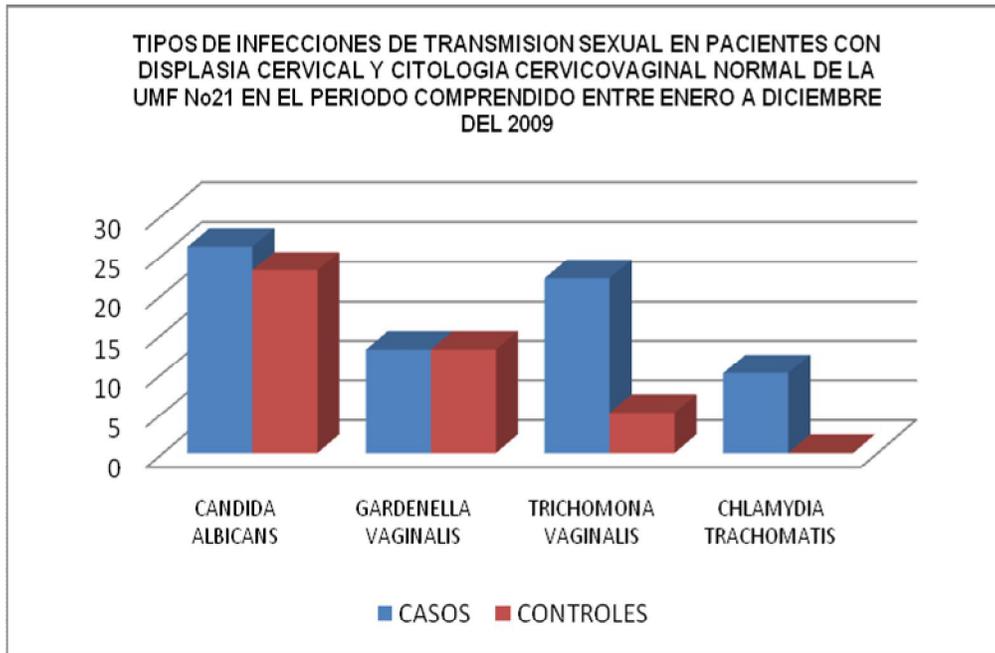
El grupo de pacientes con displasia cervical un 33% presento algún tipo de infección de transmisión sexual; en comparación con el grupo de pacientes con citología cervicovaginal normal donde se presento en el 20%.

INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL EN PACIENTES CON DISPLASIA CERVICAL Y CITOLOGIA CERVICOVAGINAL NORMAL DE LA UMF No21 EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO A DICIEMBRE DEL 2009			
	SI	NO	TOTAL
CASOS	70 (33%)	140	210
CONTROLES	41 (20%)	169	210



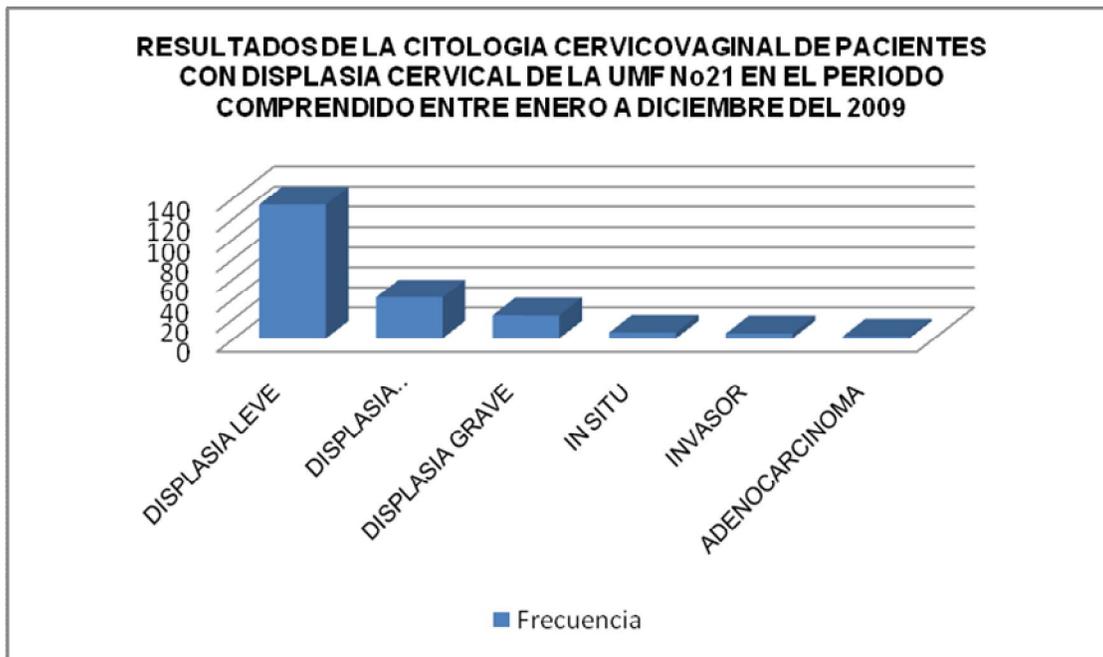
En ambos grupos la infección de transmisión sexual más común fue la ocasionada por *Candida albicans*.

TIPOS DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL EN PACIENTES CON DISPLASIA CERVICAL Y CITOLOGIA CERVICOVAGINAL NORMAL DE LA UMF No21 EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO A DICIEMBRE DEL 2009		
	CASOS	CONTROLES
CANDIDA ALBICANS	26 (12.4%)	23 (11%)
GARDENELLA VAGINALIS	13	13
TRICHOMONA VAGINALIS	22	5
CHLAMYDIA TRACHOMATIS	10	0
Total	71	41
NO PRESENTO ETS	139	169
TOTAL	210	210



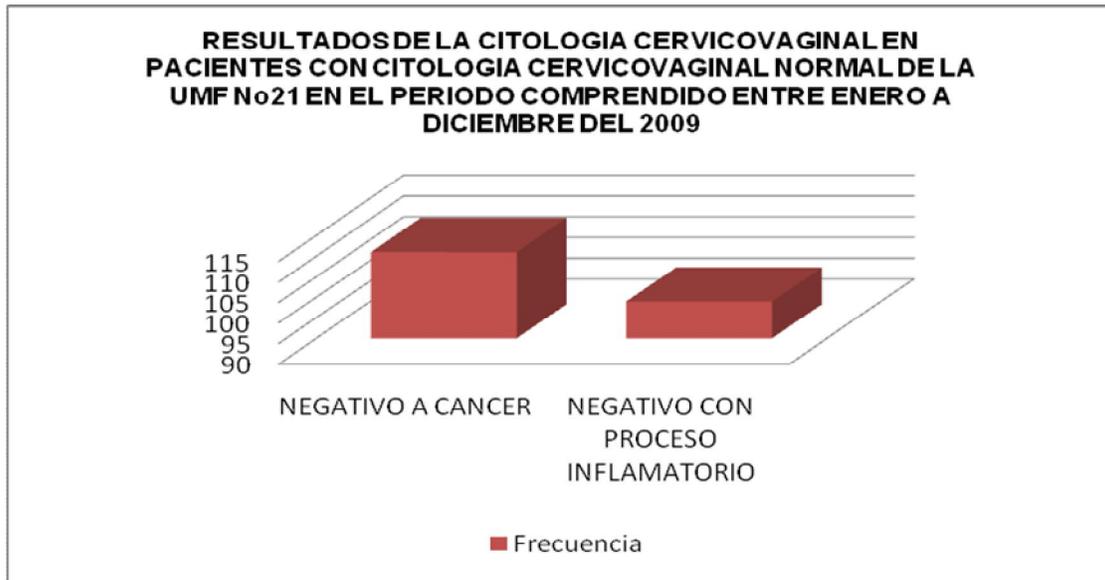
Las pacientes que se realizaron citología cervicovaginal con alteraciones sugestivas de displasia cervical, fueron enviadas a la Clínica de Displasias del Hospital General de Zona No1A “Venados” donde se confirmó el diagnóstico por estudio histopatológico o colposcópico. Los resultados mostraron que la displasia cervical leve fue la más común en el 63% de las pacientes.

RESULTADOS DE LA CITOLOGIA CERVICOVAGINAL DE PACIENTES CON DISPLASIA CERVICAL DE LA UMF No21 EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO A DICIEMBRE DEL 2009			
		Frecuencia	Porcentaje
	DISPLASIA LEVE	133	63.3
	DISPLASIA MODERADA	41	19.5
	DISPLASIA GRAVE	23	11.0
	IN SITU	6	2.9
	INVASOR	5	2.4
	ADENOCARCINOMA	2	1.0
	TOTAL	210	100.0



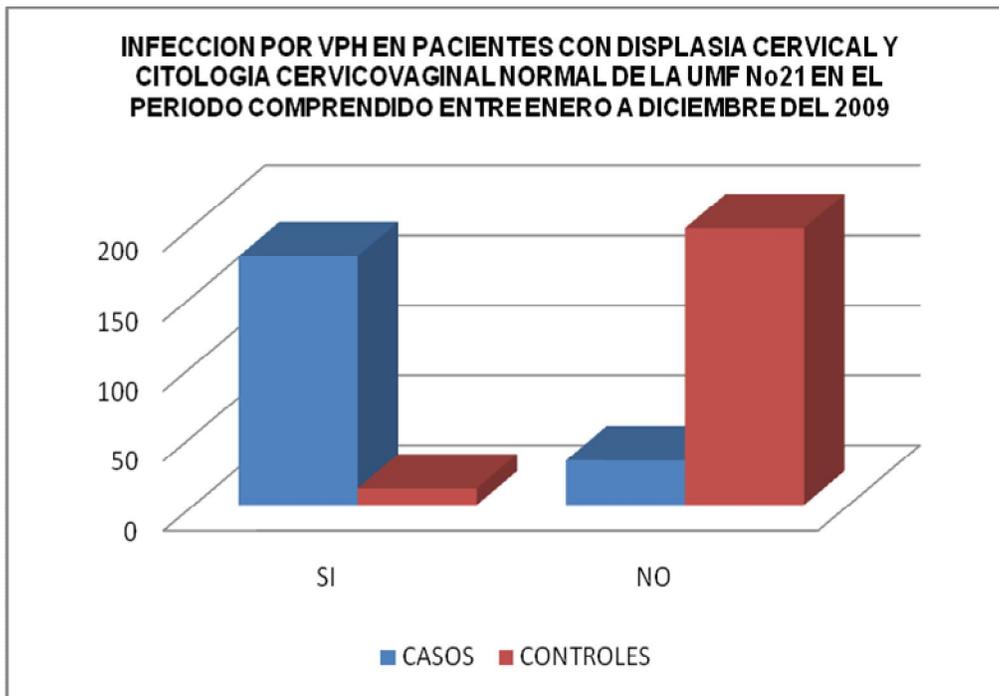
De las pacientes que se realizaron la citología cervicovaginal en el servicio de Medicina preventiva de la Unidad de Medicina Familiar No21 el 53% reportaron negativo a cáncer; mientras que el porcentaje restante correspondió a negativo con proceso inflamatorio.

RESULTADOS DE LA CITOLOGIA CERVICOVAGINAL EN PACIENTES CON CITOLOGIA CERVICOVAGINAL NORMAL DE LA UMF No21 EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO A DICIEMBRE DEL 2009		
	Frecuencia	Porcentaje
NEGATIVO A CANCER	111	52.9
NEGATIVO CON PROCESO INFLAMATORIO	99	47.1
TOTAL	210	100.0



En las pacientes que desarrollaron displasia cervical se identificó la presencia de virus de papiloma humano en el 85% de los casos; en comparación con el grupo de pacientes con citología cervicovaginal normal en las cuales solo se presentó el antecedente de virus de papiloma humano en el 6% de los casos.

INFECCION POR VPH EN PACIENTES CON DISPLASIA CERVICAL Y CITOLOGIA CERVICOVAGINAL NORMAL DE LA UMF No21 EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO A DICIEMBRE DEL 2009			
	SI	NO	TOTAL
CASOS	178 (85%)	32	210
CONTROLES	12 (6%)	198	210



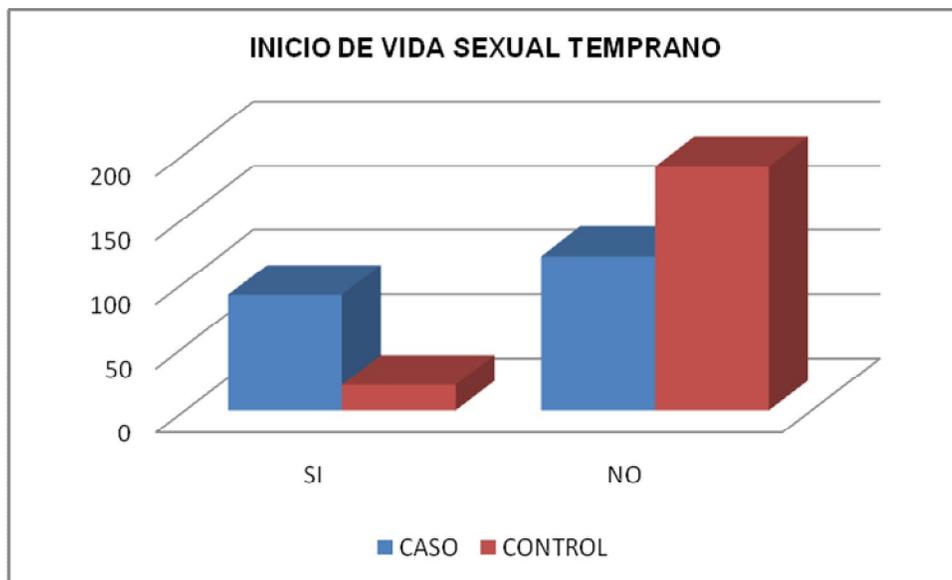
FACTORES DE RIESGO CON EL DESARROLLO DE DISPLASIA CERVICAL

La asociación entre displasia cervical y los factores de riesgo se midió mediante la “razón de momios u odds ratio” y el intervalo de confianza al 95%. Las pacientes que iniciaron su vida sexual antes de los 18 años se encontró un riesgo 7 veces mayor de presentar displasia cervical.

INICIO DE VIDA SEXUAL TEMPRANO / PACIENTE CASO AQUELLA CON DISPLASIA CERVICAL Y PACIENTE CONTROL AQUELLA CON PAPANICOLAUO NEGATIVO A CANCER

		CASO	CONTROL	Total
INICIO DE VIDA SEXUAL TEMPRANO	SI	90	20	110
	NO	120	190	310
Total		210	210	420

RAZON DE MOMIOS			
	Valor	INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%	
		Inferior	Superior
INICIO DE VIDA SEXUAL TEMPRANO	7,125	4,170	12,174



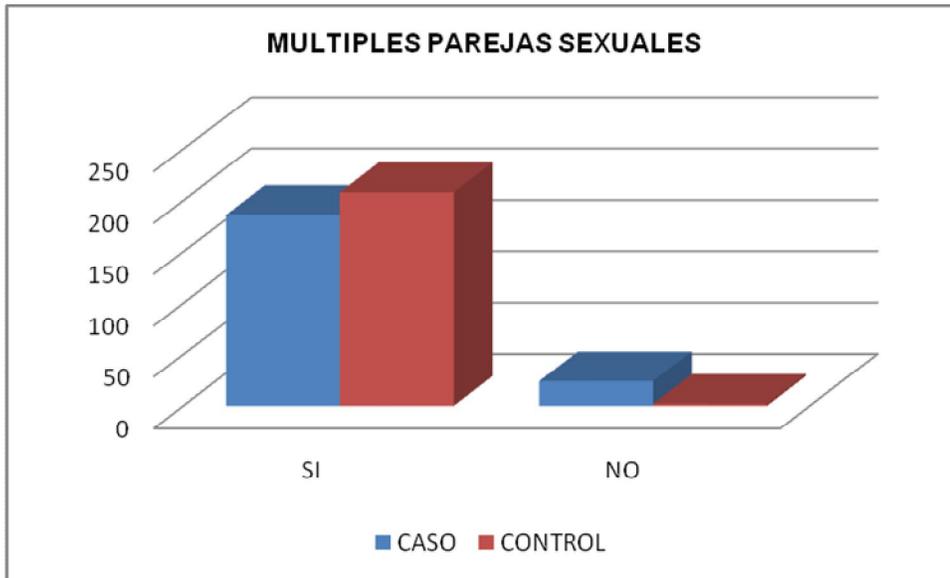
En cuanto al comportamiento sexual relacionado con el número de parejas sexuales; no se encontró asociación como factor de riesgo. Sin embargo cabe mencionar que influye de forma importante la cantidad de parejas sexuales del conyugue o concubino ; lo cual no se interrogo durante el estudio.

MULTIPLES PAREJAS SEXUALES / PACIENTE CASO AQUELLA CON DISPLASIA CERVICAL Y PACIENTE CONTROL AQUELLA CON PAPANICOLAUO NEGATIVO A CANCER

Recuento

		CASO	CONTROL	Total
MULTIPLES PAREJAS SEXUALES	MENOS DE 3 PAREJAS SEXUALES	186	208	394
	3 O MAS PAREJAS SEXUALES	24	2	26
Total		210	210	420

RAZON DE MOMIOS			
	Valor	INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%	
		Inferior	Superior
MULTIPLES PAREJAS SEXUALES	0,075	0,017	0,320



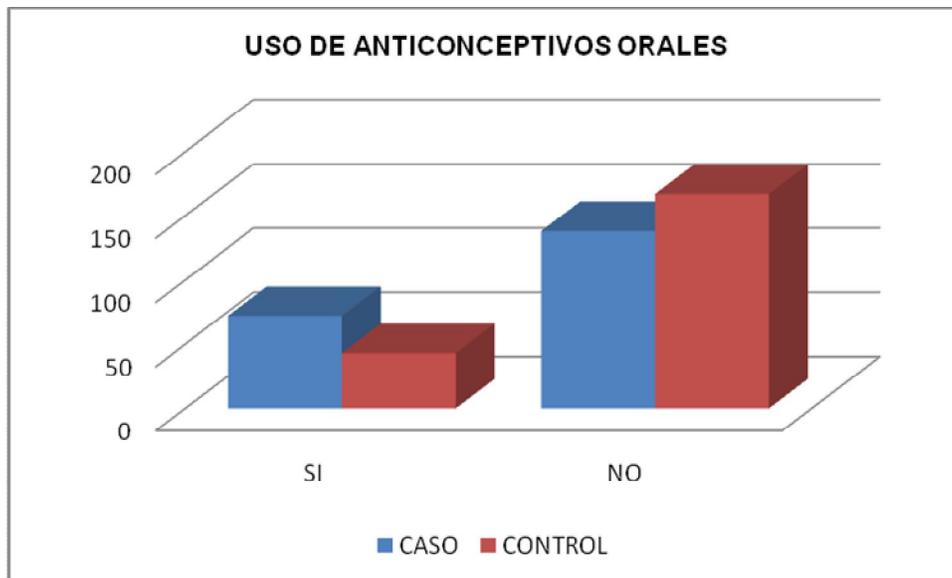
Las pacientes que usaron métodos anticonceptivos orales por periodos que oscilaron entre uno y cinco años; presentaron 2 veces mayor riesgo de displasia cervical.

USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES /PACIENTE CASO AQUELLA CON DISPLASIA CERVICAL Y PACIENTE CONTROL AQUELLA CON CITOLOGIA CERVICOVAGINAL NORMAL

67

		CASO	CONTROL	Total
USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES	SI	72	43	115
	NO	138	167	305
Total		210	210	420

RAZON DE MOMIOS			
	Valor	INTERVALO DE CONFIANZA DEL 95%	
		Inferior	Superior
USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES	2,026	1,305	3,146



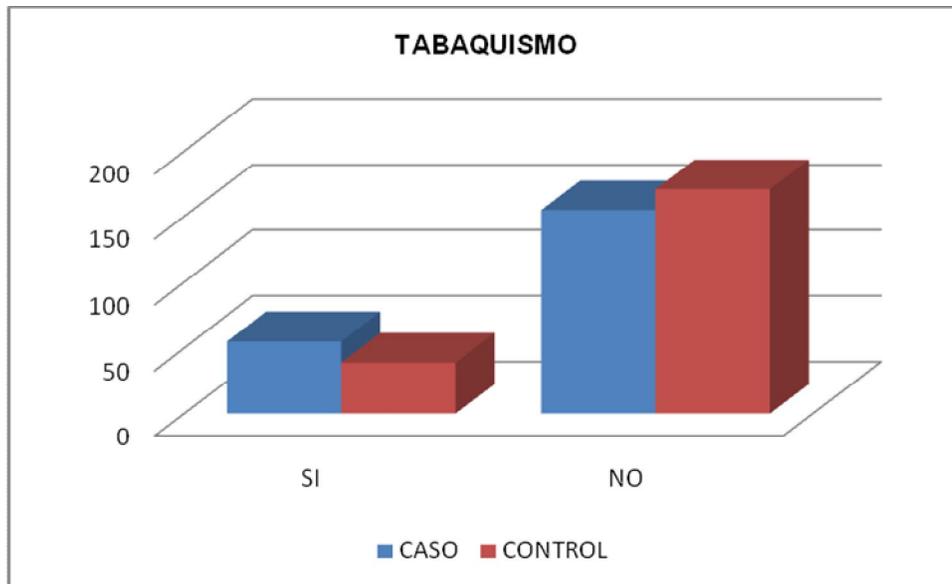
El antecedente de tabaquismo aumento 1.5 veces el riesgo de desarrollar displasia cervical.

TABAQUISMO / PACIENTE CASO AQUELLA CON DISPLASIA CERVICAL Y PACIENTE CONTROL AQUELLA CON CITOLOGIA CERVICOVAGINAL NORMAL

68

				Total
		CASO	CONTROL	
TABAQUISMO	SI	55	39	94
	NO	155	171	326
Total		210	210	420

RAZON DE MOMIOS			
	Valor	INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%	
		Inferior	Superior
TABAQUISMO	1,556	0,978	2,475



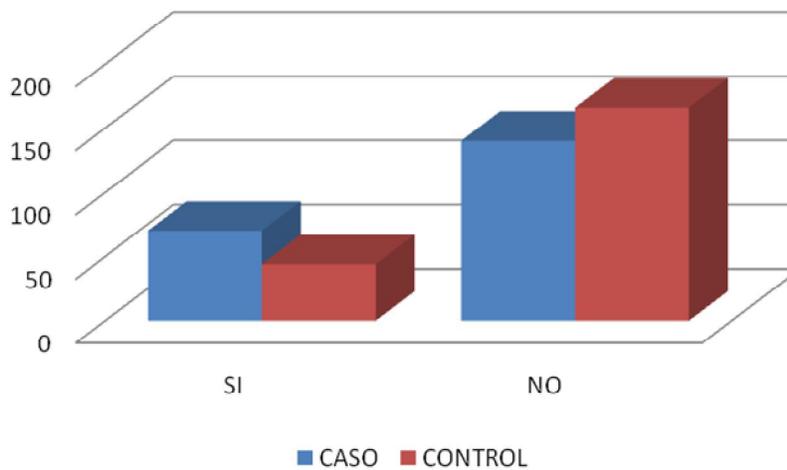
INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL / PACIENTE CASO AQUELLA CON DISPLASIA CERVICAL Y PACIENTE CONTROL AQUELLA CON PAPANICOLAUO NEGATIVO A CANCER

Recuento

		CASO	CONTROL	Total
INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL	SI	70	44	114
	NO	140	166	306
Total		210	210	420

RAZON DE MOMIOS			
	Valor	INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%	
		Inferior	Superior
INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL	1,886	1,216	2,926

INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL



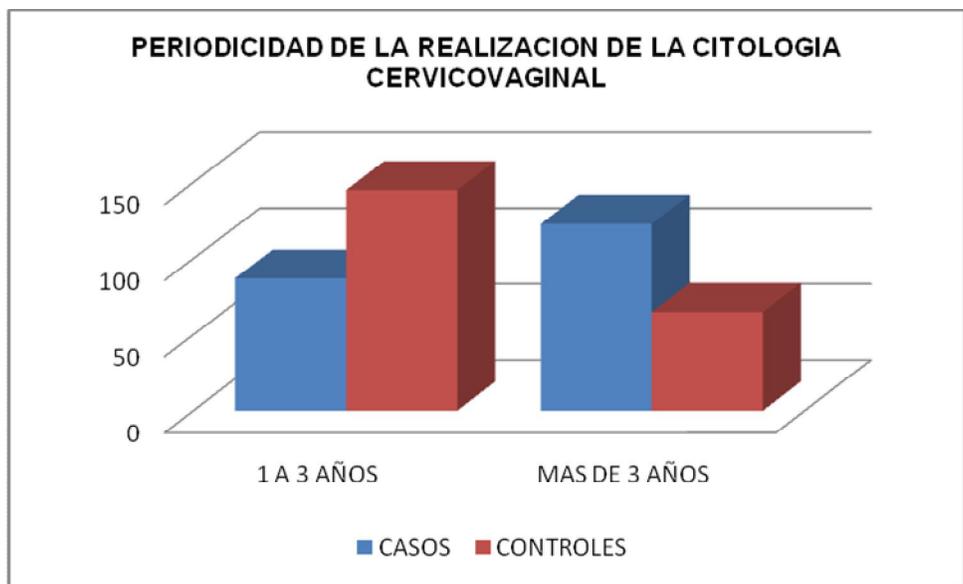
La periodicidad de la realización de la citología cervicovaginal , no mostro ninguna asociación con el desarrollo de displasia cervical

PERIODICIDAD EN LA REALIZACION DE CITOLOGIA CERVICOVAGINAL / PACIENTE CASO AQUELLA CON DISPLASIA CERVICAL Y PACIENTE CONTROL AQUELLA CON PAPANICOLAOU NEGATIVO A CANCER

70

		CASO	CONTROL	Total
PERIODICIDAD EN LA REALIZACION DE CITOLOGIA CERVICOVAGINAL	DE 1 A 3 AÑOS	87	145	232
	MAS DE 3 AÑOS	123	65	188
Total		210	210	420

RAZON DE MOMIOS			
	Valor	INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%	
		Inferior	Superior
PERIODICIDAD EN LA REALIZACION DE CITOLOGIA CERVICAL	0,317	0,212	0,474



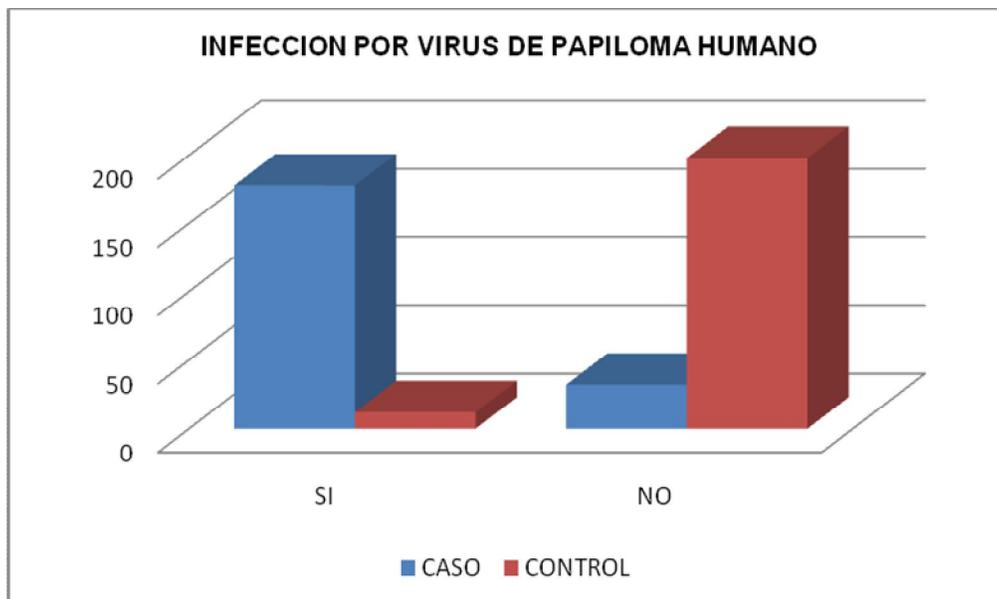
El factor de riesgo que mostro mayor asociación fue la identificación de virus de papiloma humano, el cual aumento 91 veces el riesgo de desarrollo de displasia cervical.

INFECCION POR VPH / PACIENTE CASO AQUELLA CON DISPLASIA CERVICAL Y PACIENTE CONTROL AQUELLA CON PAPANICOLAUO NEGATIVO A CANCER

71

		CASO	CONTROL	Total
INFECCION POR VPH	SI	178	12	190
	NO	32	198	230
Total		210	210	420

RAZON DE MOMIOS			
	Valor	INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%	
		Inferior	Superior
INFECCION POR VPH	91,781	45,868	183,655



DISCUSION

El Programa de Prevención y Control del Cáncer cérvico uterino, desarrollado en México por la Secretaría de Salud, informó que la edad promedio en que se detectan las displasias se ubica entre los 25 y 30 años en el caso de la leve, 30 y 35 años en la de la moderada y 40 y 50 años para el carcinoma *in situ* y el microinvasor entre los 45 y 50 años y el invasor de los 50 años en adelante. Lo mencionado en la literatura coincide con los hallazgos encontrado en la presente investigación; donde el grupo de edad más afectado, fue el de 25 a 30 años; en las cuales en más de la mitad de los casos fue detectada displasia leve.

Las pacientes que desarrollaron displasia cervical tuvieron un grado de escolaridad y un nivel socio económico más bajo; comparado con aquellas pacientes con citología cervicovaginal normal. Lo cual coincide con lo reportado en la literatura, la cual menciona que estos grupos demográficos son más susceptibles por su falta de conocimiento entorno a la detección oportuna del cáncer cérvico uterino y la falta de acceso a los servicios de salud. En lo referente al estado civil y la ocupación no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos; donde la mayoría fueron casadas y empleadas.

Los antecedentes gineco obstétricos fueron importantes dado que se hallaron diferencias importantes sobre todo en cuanto al comportamiento sexual; la edad de inicio de vida sexual se presento a edades más tempranas (antes de los 18 años) en el grupo de pacientes que desarrollaron displasia cervical; el número de parejas sexuales que predomino en estas pacientes fue de dos; en comparación con las pacientes sanas en las que el número promedio fue de una. El número de gestas y partos parece no haber influido en esta investigación, ya que las pacientes que presentaron mayor número de gestas y partos correspondió al grupo de pacientes con citología cérvico vaginal normal.

Las infecciones de transmisión sexual se presentaron más comúnmente entre las pacientes que desarrollaron displasia cervical siendo las ocasionadas por *Candida albicans* las de mayor repetición entre estas pacientes.

El virus de papiloma humano se identificó en el 89% de las pacientes con displasia cervical; comparativamente mayor que con el grupo control donde solo se presentó en el 6% de las pacientes. Esto representa una prevalencia mucho mayor que la reportada en la literatura médica, la cual menciona que en países en vías de desarrollo como el nuestro es del 10 al 20%; sin embargo resulta importante mencionar que esto puede deberse a un sesgo de selección, ya que las pacientes con displasia fueron obtenidas de un censo en la Clínica de Displasias del Hospital General de Zona No1A “Venados”.

En ambos grupos se reportó una gran frecuencia en el uso de métodos de planificación familiar; siendo el dispositivo intrauterino el más usado en ambos casos. Llama la atención que el uso de métodos de barrera no fue reportado como método de planificación habitual entre las mujeres de 25 a 65 años. Los anticonceptivos orales fueron usados con mayor frecuencia entre las pacientes con displasia cervical; siendo entre uno a cinco años su tiempo promedio de uso. El hábito tabáquico se demostró con mayor frecuencia entre las pacientes con displasia cervical.

En cuanto a los diferentes factores de riesgo se demostró una mayor asociación con la identificación del virus de papiloma humano y el desarrollo de displasia; lo cual se correlaciona con lo reportado en la literatura. Se identificó el doble de riesgo de desarrollo de displasia cervical con el uso de anticonceptivos orales, el hábito tabáquico y las infecciones de transmisión sexual; lo cual se relaciona con lo referido en la literatura médica consultada. En lo referente a la periodicidad en la realización de la citología cervical y el número de parejas sexuales; donde no se identificó una asociación; se podría explicar ya que uno de los criterios de inclusión fue precisamente el contar con citología cervical reciente y a que no se cuantificaron las parejas sexuales de los conyugues o concubinos de las pacientes estudiadas.

CONCLUSIONES

- Se analizaron 420 pacientes durante el periodo que comprendió el estudio; de estas 210 eran portadoras de displasia cervical.
- En el grupo de edad más afectado se encuentran mujeres en edad productiva entre 25 y 30 años.
- Las características socio demográficas que mostraron diferencias importantes entre ambos grupos, fueron el grado de escolaridad y el nivel socioeconómico; lo cual se relaciona principalmente con el acceso a los servicios de salud.
- El comportamiento sexual de las pacientes parece ser un factor que influye en forma importante en el desarrollo de displasia cervical y cáncer cérvico uterino posteriormente.
- La prevalencia de infección por virus de papiloma humano en las pacientes estudiadas fue del 85%; significativamente mayor que el reportado por la literatura médica en los países en vías de desarrollo donde oscila entre 10 y 20%. Lo cual se explica ya que las pacientes fueron tomadas de un hospital donde se concentran las pacientes con esta patología.
- En lo que respecta a la asociación con otros factores los que mostraron incrementar el riesgo en forma significativa se encontraron el tabaquismo, el uso de anticonceptivos orales y las infecciones de transmisión sexual.
- No se encontró asociación con la periodicidad de la realización de la citología cervical y el número de parejas sexuales.

SUGERENCIAS

- Ofrecer educación para el cuidado de la salud sexual en pacientes en las que se identifiquen factores de riesgo.
- Promover acciones para la detección oportuna capacitando a promotores que impulsen la realización de tamizaje a mujeres con vida sexual activa.
- Promover el uso de métodos anticonceptivos de barrera para asegurar relaciones sexuales seguras y disminuir el riesgo de infección por virus de papiloma humano.
- Difundir el uso de la vacuna contra virus de papiloma humano cuatrivalente en mujeres que no han iniciado su vida sexual.

IX. BIBLIOGRAFIA

¹ Hidalgo-Martínez A. El cáncer cervicouterino, su impacto en México y el porqué no funciona el programa nacional de detección oportuna. Rev Biomed 2006;17:81-84

² Organización Mundial de la Salud. Control Integral del Cáncer CervicoUterino. Guía de prácticas esenciales 2007.

³ Estadística de mortalidad en México: Muertes registradas en el 2003. Salud Pública de México 2005;47:171-87

⁴ Robert E. Bristow .Cáncer cervical.

En: Danforth . Tratado de ginecología y obstetricia .8ª edición. Editorial Mc Graw Hill. México; 2006. p.979-981.

⁵ Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino publicada en el Diario. Modificación a la Norma oficial jueves 31 de mayo de 2007

⁶ Prevención del cáncer cervicouterino ,Practica médica efectiva. Instituto Nacional de Salud Pública. Noviembre del 2007

⁷ The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Canadian Consensus Guidelines on Human Papillomavirus. J Obstet & Gynaecol Can 2007; Supp 3: S1-S55.

⁸ Naucler P et al. Human Papillomavirus and Papanicolaou Test to Screen for Cervical Cancer. N Eng J Med 2007; 357:1589-1597.

⁹ **Castle P et al. Risk assessment to guide the prevention of cervical cancer. Am J Obstet Gynecol 2007; 197:356e1-356e6.**

¹⁰ **Alberta Cervical Cancer Screening Program Alberta Clinical Practice Guideline for Cervical Cancer Screening, 2007 Update Available at www.cancerboard.ab.ca/accsp/resources.html. Consultado el 11 de octubre de 2007.**

¹¹ **Guía de práctica clínica Prevención y Detección Oportuna de Cáncer Uterino en el Primer Nivel de Atención; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009**

¹² **Alfredo Alaniz Sánchez, Jesús Flores Grimaldo, Cruz Elena Salazar Alarcón. Factores de riesgo para el desarrollo de displasia leve cervical. Rev Fac Med UNAM Vol. 52 No. 2 Marzo-Abril, 2009**

¹³ **Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Estimaciones internas 2007.**

¹⁴ **Lazcano-Ponce E, Rascón Pacheco R, Losano-Ascencio R, Velasco-Mondragón HE. Mortalidad del carcinoma cerviuterino en México: Impacto de su tamizaje 1980-1990. Act Cytol 1996;40:506-12**

¹⁵ **González-Losa M, Amaro-Camacho A, Domínguez Reyes M, Castro-Sansores C. Calidad de la toma de muestra de citología cervical de la Unidad Médica de Medicina Familiar No57 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev Biomed 2006;17:102-106**

¹⁶ **Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud. 2007-2012.**

¹⁷ **National Comprehensive Cancer Network. NCCN. Clinical Practice Guidelines in Oncology. Cervical cancer screening. 2007. Disponible en: www.nccn.org. consultado 11 de octubre de 2007.**

¹⁸ **American Society Colposcopy and Cervical Pathology. Disponible en www.asccp.org**

¹⁹ **Trejo-Amador U, Granados-Cosme JA, Ortiz-Hernández L, Delgado-Sánchez G. Diferencias sociales de la detección oportuna de cáncer cervicouterino en las mujeres trabajadoras de una universidad de la Ciudad de México. Rev Esp Salud Pública 2005;79:403-414**

²⁰ **Tirado-Gómez L, Mohar-Betancourt A, López Cervantes M. et al. Factores de riesgo de cáncer cervicouterino invasor en mujeres mexicanas. Salud Pub México 2005;47:142-50.**

X.ANEXOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DISPLASIA CERVICAL Y AL DESARROLLO POSTERIOR DE CANCER CERVICO UTERINO

El siguiente cuestionario, está elaborado con la finalidad de obtener información , que nos proporcione datos para disminuir la frecuencia de cáncer cérvico uterino en nuestra población derechohabiente.

1. Anote su edad en número:_____
2. Coloque una "X" a la ocupación que desempeñe:
 - a. Hogar
 - b. Jubilada
 - c. Pensionada
 - d. Empleada
 - e. No especificado
3. Coloque una "X" en su estado civil
 - a. Unión libre
 - b. Separada
 - c. Divorciada
 - d. Viuda
 - e. Casada
 - f. Soltera
4. Coloque una "X" en su grado de estudio
 - a. Ninguno
 - b. Preescolar
 - c. Primaria
 - d. Secundaria
 - e. Preparatoria o
 - f. Bachillerato
 - g. Normal
 - h. Carrera técnica
 - i. Comercial
 - j. Profesional superior
 - k. Maestría o Doctorado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DISPLASIA CERVICAL Y AL DESARROLLO POSTERIOR DE
CANCER CERVICO UTERINO**

El siguiente cuestionario, está elaborado con la finalidad de obtener información ,que nos proporcione datos para disminuir la frecuencia de cáncer cérvico uterino.

1. Coloque una "X" en su nivel socioeconómico
 - a. A/B Clase alta
 - b. C+ Clase media alta
 - c. C Clase media
 - d. D+ Clase media baja
 - e. D Clase baja
 - f. E Clase más baja
2. Edad de inicio de la vida sexual activa: _____
3. Escribir el número de parejas sexuales: _____
4. En alguna ocasión le han dicho que en su resultado de Papanicolaou se detectaron imágenes sugestivas de VPH:

5. Usted fuma: _____
6. Si su respuesta fue positiva, escriba cuantos: _____
7. Ha tenido alguna infección cérvico vaginal : _____
8. Si su respuesta es positiva, especificar cual: _____
9. Se ha realizado Papanicolaou: _____
10. Si su respuesta es positiva, escriba cuando fue el ultimo: _____
11. Describir cual fue su resultado: _____
12. Ha usado algún método de planificación familiar: _____
13. Especifique cual: _____
14. Por cuanto tiempo: _____

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades realizadas septiembre del 2009 a abril del 2010

FECHA 2009-2010	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR
TITULO	R						
ANTECEDENTES		R					
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA			R				
OBJETIVOS				R			
HIPÓTESIS				R			
PROPÓSITOS				R			
DISEÑO METODOLOGICO					R	R	R
ANÁLISIS ESTADÍSTICO							
CONSIDERACIONES ETICAS							
RECURSOS							
BIBLIOGRAFÍA							
ASPECTOS GENERALES							
ACEPTACIÓN							

P: Programado

R: Realizado

Actividades realizadas abril del 2010 a enero del 2011

FECHA 2010-2011	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE
PRUEBA PILOTO										
ETAPA DE EJECUCION DE PROYECTO										
RECOLECCION DE DATOS										
ALMACENAMIENTO DE DATOS										
ANÁLISIS DE DATOS										
DESCRIPCIÓN DE DATOS										
DISCUSIÓN DE DATOS										
CONCLUSIÓN DE ESTUDIO										
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL										
REPORTE FINAL										
AUTORIZACIONES										
IMPRESIÓN										
PUBLICACION										

P: Programado

R: Realizado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE EDUCACION ,INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD

COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México D.F. a : _____

83

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: *Factores de riesgo asociados al desarrollo de displasia cervical.*

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud con el número: _____.

El objetivo del estudio es: Identificar los factores de riesgo reconocidos para el desarrollo del cáncer cervicouterino en pacientes con el diagnóstico histopatológico o colposcópico de displasia cervical en comparación con mujeres del mismo grupo de edad con citología cérvico vaginal normal.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: la realización de una entrevista mediante un cuestionario estructurado, previamente elaborado, en el que tendré que especificar los factores de riesgo socio demográficos y gineco obstétricos relacionados con mi padecimiento.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: inversión de 15 minutos de tiempo para la realización del un cuestionario.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

El investigador responsable me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pueda cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo

Nombre y firma del sujeto

CASTRO PRESTEGUI PIEDAD ABIGAIL
MATRICULA 99389502 (TEL:57737009)

Testigo

Testigo