



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MF No. 1

**“LESIÓN CERVICAL MÁS FRECUENTE EN LA CLÍNICA DE
DISPLASIAS DEL HGZ MF1 PACHUCA HIDALGO DEL 2014 AL 2017”**

Número de registro SIRELCIS: R-2018-1201-008

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DR. DALAY VÁZQUEZ MARTÍNEZ

ASESORES

**DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ
DRA. NORMA ESMERALDA OLGUÍN CRUZ
DRA. YURENI VÁZQUEZ URIBE**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

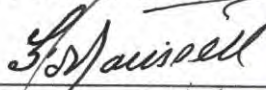

“LESIÓN CERVICAL MÁS FRECUENTE EN LA CLÍNICA DE DISPLASIAS DEL HGZ MF1 PACHUCA HIDALGO DEL 2014 AL 2017”

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DR. DALAY VÁZQUEZ MARTÍNEZ

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ Y MF No. 1

AUTORIZACIONES:

DRA. GRESS MARISELL GÓMEZ ARTEAGA
COORD. DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL



DRA. MARÍA GEORGINA ARTEAGA ALCARAZ.
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

P.A. 

DRA. ELBA TORRES FLORES.
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD.

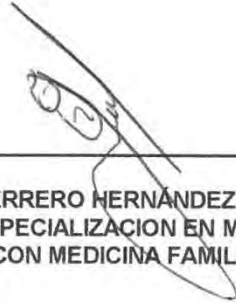


DRA. ESTRELLA ELIZABETH PASTÉN LÓPEZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD



DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ.
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

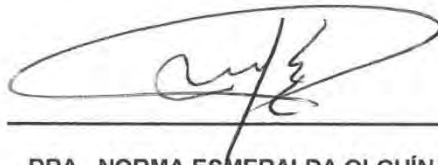
ASESORES DE TESIS



DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ.
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 1



DRA. YURENI VÁZQUEZ URIBE
MEDICO FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 1



DRA. NORMA ESMERALDA OLGÚN CRUZ
MEDICO NO FAMILIAR, GINECOLOGÍA Y OBSTETRÍCIA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 1

**“LESIÓN CERVICAL MÁS FRECUENTE EN LA CLÍNICA DE
DISPLASIAS DEL HGZ MF 1 PACHUCA HIDALGO
DEL 2014 AL 2017”**

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

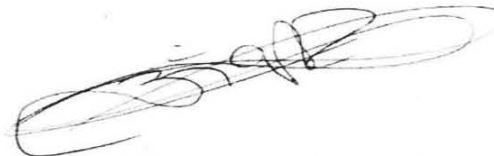
PRESENTA

DR. DALAY VÁZQUEZ MARTÍNEZ

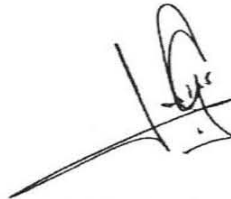
AUTORIZACIONES



**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL
COMISIÓN DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD



Dictamen de Autorización

Comité Local de Investigación en Salud 1201 con número de registro 17 CI 13 148 032 área COPEPMS y número de registro ante
COMBOENCA
H. GOB. ZONA - MZ - MZM I

FECHA Martes, 27 de febrero de 2015.

**M.E. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ
PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

LESIÓN CERVICAL MÁS FRECUENTE EN LA CLÍNICA DE DISPLASIAS DEL HIZ MFI PACHICA HIDALGO DEL 2014 AL 2017

que someto a consideración para evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A.U.T.O.R.I.Z.A.D.O.** con el número de registro institucional:

17 CI 13 148 032

ATENTAMENTE

CAMARGO CERVANTES LUIS ALBERTO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1201

1455

1. INDICE

1. ÍNDICE	6
2. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES.....	7
3. RESUMEN.....	8
4. MARCO TEÓRICO.....	9
5. JUSTIFICACIÓN.....	22
6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23
7. OBJETIVOS.....	24
8. HIPOTESIS CIENTÍFICA.....	24
9. MATERIAL Y MÉTODOS.....	25
10. ASPECTOS ÉTICOS.....	30
11. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.....	31
12. ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD.....	31
13. RESULTADOS.....	32
14. DISCUSIÓN.....	42
15. CONCLUSIÓN	44
16. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	45
17. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	46
18. ANEXOS.....	49

2. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

ASESOR RESPONSABLE:

NOMBRE: Dra. Rosa Elvia Guerrero Hernández
PROFESIÓN: Especialista en Medicina Familiar
ADSCRIPCIÓN: HGZ y MF No. 1
LUGAR: Pachuca Hidalgo.
DIRECCIÓN: Prolongación Av. Madero No. 405 Colonia Nueva Francisco I Madero
TELÉFONO: 7712148678
CORREO ELECTRONICO: rosaelviaguerrero@gmail.com

ASESOR CLÍNICO:

NOMBRE: Dra. Norma Esmeralda Olgún Cruz
PROFESIÓN: Especialista en Ginecología y Obstetricia
ADSCRIPCIÓN: HGZ y MF No. 1
LUGAR: Pachuca Hidalgo.
DIRECCIÓN: Prolongación Av. Madero No. 405 Colonia Nueva Francisco I Madero
TELÉFONO: 7712148678
CORREO ELECTRONICO: emeraud.gin@gmail.com

ASESOR METODOLÓGICO:

NOMBRE: Dra. Yureni Uribe Vázquez
PROFESIÓN: Especialista en Medicina Familiar
ADSCRIPCIÓN: HGZ y MF No. 1
LUGAR: Pachuca Hidalgo.
DIRECCIÓN: Prolongación Av. Madero No. 405 Colonia Nueva Francisco I Madero
TELÉFONO: 7711465857
CORREO ELECTRONICO: yuju_210@hotmail.com

TESISTA

NOMBRE: Dr. Dalay Vázquez Martínez
PROFESIÓN: Médico Residente de Medicina Familiar
ADSCRIPCIÓN: HGZ y MF No. 1
LUGAR: Pachuca, Hidalgo
DIRECCIÓN: Prolongación Av. Madero No. 405 Colonia Nueva Francisco I Madero
TELÉFONO: 2411080238
CORREO ELECTRONICO: dalayvm@gmail.com

3. RESÚMEN

TÍTULO: LESIÓN CERVICAL MÁS FRECUENTE EN LA CLÍNICA DE DISPLASIAS DEL HGZ MF1 PACHUCA HIDALGO DEL 2014 AL 2017.

Antecedentes: El cáncer cérvicouterino es uno de los problemas de salud más frecuentes en el mundo, es la tercera causa de muerte a nivel global, mientras que en México es la segunda causa de cáncer, esta patología es parte del 13.9% de defunciones en mujeres mexicanas por cáncer que es; la alteración celular originada en el epitelio del cuello del útero, se manifiesta inicialmente por lesiones intraepiteliales de avance lento pero progresivo hacia cáncer invasor. Su progresión es ordenada desde una diseminación local a los órganos pélvicos y ganglios linfáticos regionales, hasta estructuras a distancia.

Objetivos: Determinar la lesión cervical más frecuente en la clínica de displasias del HGZ MF1 Pachuca Hidalgo del 2014 al 2017.

Material y métodos: estudio observacional, descriptivo, transversal y prolectivo, que se realizó en el servicio de clínica de displasias, del Hospital General de Zona con Medicina Familiar Número 1. Se revisaron los expedientes de 98 pacientes con lesión cervical y que fueron atendidas durante el periodo comprendido de 2014 a 2017. Con la información obtenida se creó una en una base de datos para su análisis mediante el SPSS versión 23, se obtuvieron frecuencias y proporciones, chi-cuadrada para la comparación entre variables cualitativa y prueba t de Student para la comparación entre variables cuantitativas.

Recursos e Infraestructura: se contó con la infraestructura propia del HGZMF No.1, registros, expedientes; material de oficina, computadora, impresora; los gastos derivados de la presente investigación fueron cubiertos por los investigadores que en participaron en ella.

Experiencia de Grupo: asesores, clínicos y metodológico, con amplia experiencia en el que han participado en otros estudios de investigación, un tesista residente en medicina familiar.

Tiempo a desarrollarse: este estudio se realizó en un periodo de 2 meses posteriores a su aprobación.

Resultados: se analizaron a 98 expedientes de pacientes, 79 presentaron lesión cervical, el 69.4% se encontró entre 30 a 45 años, el 21.4% de 46 a 60 años y en el 9.2% más de 61 años, el primer grupo fue el más afectado ($p=0.041$), la presencia de toxicomanías fue significativa en las pacientes afectadas ($p=0.006$), la mayor frecuencia de parejas sexuales fueron 2 sin demostrar diferencias significativas, el método diagnóstico fue el cepillado endocervical y la biopsia directa, el 45.9% presentó infección por VPH y entre las lesiones más frecuentes fueron la displasia leve en el 67.3%, moderada en el 6.1% y severa en el 5.1%.

Conclusiones: Se concluye que la frecuencia de lesión intraepitelial cervical en la clínica de displasias del HGZ1 MF1 Pachuca Hidalgo del año 2014 al 2017 fue del 81% que correspondió a 79 pacientes, principalmente con LIE-BG (NIC1), seguida de la LIE-AG (NIC2, NIC3).

4. MARCO TEORICO

El cérvix es la porción inferior del útero, mide entre 3 y 4 centímetros de longitud y 2.5 centímetros de diámetro, aunque este tamaño varía durante el desarrollo de la mujer debido a cambios hormonales durante el ciclo menstrual, la gestación y la menopausia, así como el número de partos.¹ Al momento del nacimiento el tamaño del cérvix en relación con el tamaño del cuerpo del útero es similar, pero con el desarrollo el tamaño del cuerpo uterino aumenta hasta que en la adultez es cuatro veces mayor al cérvix.²

El cérvix se compone de una sección intravaginal y una porción supravaginal, estas porciones se recubren de dos tipos de epitelios, cuyo punto de unión se considera como una tercera zona, o zona de transición.²

La sección intravaginal, la cual es visible directamente con el uso de un espéculo vaginal, se denomina exocérvix que se encuentra recubierto de epitelio plano estratificado.²

La porción supravaginal, o endocérvix, comunica la vagina con la cavidad uterina, se encuentra delimitado por abajo con el orificio cervical externo y por arriba por el orificio cervical interno, el cual se relaciona estrechamente con el istmo uterino. Esta porción se encuentra recubierta de una capa única de epitelio cilíndrico.²

Los dos tipos de epitelio confluyen en la unión escamoso-cilíndrica, el punto donde se encuentra varía a lo largo de la vida de la mujer, dependiendo de los cambios fisiológicos que se presentan en las diferentes etapas de la vida de la mujer.¹ En la infancia se sitúa por debajo del orificio cervical externo y en la posmenopausia por encima, de tal forma que el epitelio poliestratificado se insinúa en el interior del canal cervical. Durante la gestación es muy frecuente que el epitelio endocervical recubra parte del exocérvix. En esta zona y en sus proximidades es donde se producen frecuentes fenómenos de transformación del epitelio cilíndrico en epitelio escamoso, proceso que se conoce como metaplasia escamosa.²

La vascularización arterial del cuello uterino procede de las arterias ilíacas internas, a través de las ramas cervical y vaginal de las arterias uterinas. Las venas del cuello

uterino discurren paralelamente a las arterias y desembocan en la vena hipogástrica. Los vasos linfáticos del cérvix desembocan en los ganglios iliacos comunes, externo e interno, obturador y parametriales. La inervación del cérvix procede del plexo hipogástrica.¹

LESIONES BENIGNAS CERVICALES

Las patologías benignas del cérvix se pueden clasificar en traumáticas, inflamatorias y neoformaciones.

Las lesiones traumáticas pueden consistir en desgarros perforaciones, ulceraciones y elongación. Los desgarros más comunes se presentan por razones obstétricas como el parto instrumentado, aunque también pueden ser consecuencia de la dilatación del cuello al realizar un legrado o una histeroscopia, su consecuencia principal es la insuficiencia cervical. Las ulceraciones se producen generalmente en las mujeres con un prolapso grave en el que el roce de la exocérvix con otras estructuras o la ropa lesiona el epitelio. La elongación del cuello suele asociarse al prolapso.²

Entre las lesiones inflamatorias se incluye la cervicitis la cual suele tener una etiología infecciosa, mientras que en el grupo de las tumoraciones benignas se considera el pólipo cervical, mioma cervical, endometriosis y quistes mesofrénico.²

CÁNCER CERVICOUTERINO

El cáncer cérvicouterino es uno de los problemas de salud más preocupantes en todo el mundo, siendo la tercera causa de muerte a nivel global. En México el cáncer cérvicouterino es la segunda causa de cáncer.³ El 13.9% de las defunciones en mujeres mexicanas corresponden a este tipo de cáncer.⁴

El cáncer cérvicouterino se debe a una alteración celular originada en el epitelio del cérvix, se manifiesta inicialmente por lesiones intraepiteliales de avance lento pero progresivo hacia cáncer invasor.⁵ Su progresión es ordenada desde una diseminación local a los órganos pélvicos y ganglios linfáticos regionales, hasta estructuras a distancia.²

El principal factor de riesgo para el desarrollo de cáncer cérvicouterino es la infección por el virus del papiloma humano (VPH).⁶ Esta infección se ha relacionado estrechamente con una amplia gama de lesiones que van desde verrugas cutáneas y condilomas, a lesiones epiteliales cervicales y cáncer cérvicouterino.⁷ Los principales tipos de VPH relacionados con el desarrollo de cáncer son los subtipos 16 y 18, encontrados en hasta el 70% de los casos, mientras que los subtipos de VPH 6 y 11 se relacionan con el 90% de las verrugas anogenitales.⁴

Se considera una infección de transmisión sexual frecuente y en muchos casos latente o asintomática, con un periodo de incubación promedio de 2.8 semanas, y un ciclo de desarrollo lento y que no ocasiona en el huésped reacción antigénica, pero es capaz de incorporar parte de su genoma a las células que infecta y se comporta como un parásito intracelular que induce a la transformación maligna.⁸ El virus del papiloma humano contiene dos tipos de genes, los tempranos y los tardíos, siendo los primeros responsables de la producción de oncoproteínas, las cuales inactivan a los productos génicos celulares supresores de tumores p53 y pRb causando proliferación celular descontrolada.⁹

Otros factores de riesgo para el desarrollo de cáncer cérvicouterino son el inicio de relaciones sexuales a edad temprana, múltiples parejas sexuales y enfermedades de transmisión sexual, así como tabaquismo, deficiencia de ácido fólico, uso prolongado de anticonceptivos orales combinados e inmunocompromiso.¹⁰

El cáncer cérvicouterino se encuentra precedido por una larga fase de enfermedades pre invasoras caracterizadas por una serie de cambios microscópicos que van desde la atipia celular a diversos grados de displasia o neoplasia intraepitelial cervical.¹

Debido a su alta incidencia y mortalidad en todo el mundo se han establecido estrategias para su prevención y diagnóstico temprano en la población de riesgo, gracias a esto su mortalidad ha disminuido.⁴

Entre las estrategias mencionadas se encuentran los programas de tamizaje y tratamiento. Las pruebas de tamizaje habituales que se utilizan ampliamente

incluyen las pruebas de detección del virus de papiloma humano, la citología (prueba de Papanicolaou), y la inspección visual con ácido acético. Estas pruebas pueden ser utilizadas como una única prueba o en una secuencia.¹¹

El examen de Papanicolaou consiste en obtener células del cuello del útero con una espátula o cepillo, para luego fijarlas y colorearlas sobre un portaobjetos en el laboratorio y ser estudiadas. Tiene una sensibilidad de 75% y especificidad de 95%.¹²

La prueba de tamizaje de elección para cáncer cervicouterino es la citología cervical de base líquida, ya que resulta en una muestra más completa sin células dañadas o cubiertas por sangre, moco o células inflamatorias, además de que puede ser utilizada para otras pruebas auxiliares como detección de VPH o clamidia, sin embargo, la citología cervical convencional sigue siendo la más utilizada debido a su menor costo.⁴

LESIONES PRECURSORAS DE CÁNCER CERVICOUTERINO

El concepto de precursores del cáncer cervicouterino empezó a utilizar a finales del siglo XIX, cuando se reconocieron zonas de cambios atípicos no invasores en muestras de tejido adyacente a cánceres invasores. Con el tiempo se han añadido nuevos conceptos como el de carcinoma in situ para denominar a las lesiones de células carcinomatosas indiferenciadas que abarcan todo el espesor del epitelio, pero sin interrumpir la membrana basal, y el término displasia para referirse a la atipia epitelial cervical intermedia entre el epitelio normal y el carcinoma in situ.¹

En un inicio la displasia se categorizó en tres grupos leve, moderada y pronunciada, sin embargo, en 1968 se introdujo el término de neoplasia intraepitelial cervical (NIC), propuesto por Richart, para denotar las múltiples posibilidades de atipia celular, sin embargo, fue criticado por la baja seguridad diagnóstica en los estados más bajos, por lo que se sugirió su modificación, creándose el sistema Bethesda.¹³

El sistema de clasificación sufrió diversas modificaciones hasta que en 1991 se definió con los siguientes apartados¹³:

- Anomalías celulares en células escamosas
 - Células escamosas atípicas (ASC)
 - De significado indeterminado (ASC-US)
 - No puede excluirse H-SIL (ASC-H)
 - Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (L-SIL)
 - Displasia leve/NIC 1
 - VPH
 - Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (H-SIL)
 - Displasia moderada/severa, NIC2/NIC3
 - Con características sugestivas de invasión
 - Ca in situ
 - Carcinoma epidermoide
- Anomalías en células glandulares
 - Células glandulares atípicas (AGC)
 - Endocervicales
 - Endometriales
 - Glandulares
 - Células atípicas sugestivas de neoplasia
 - Endocervicales
 - Glandulares
 - Adenocarcinoma endocervical in situ(AIS)
 - Adenocarcinoma
 - Endocervical
 - Endometrial
 - Extrauterino

La clasificación Bethesda combina los cambios condilomatosos planos y a NIC de bajo grado en el grupo de lesiones de bajo grado, mientras que el grupo de lesiones de alto grado abarca los NIC más avanzados. El termino lesión se utiliza para

remarcar que los cambios observados no necesariamente implican un proceso neoplásico. Este sistema es el más utilizado en América del Norte.¹

De acuerdo la literatura la lesión NIC remite frecuentemente, especialmente en mujeres jóvenes, con remisión del 61% en 12 meses y 91% a 12 meses; el riesgo de desarrollar un estadio NIC más avanzado es de 9 a 16%. Mientras que NIC 3 muestra una tasa de regresión de 32%, y NIC 2 una tasa de progresión a neoplasia de 25%, por lo que estas últimas dos son consideradas lesiones de alto riesgo.¹⁴

Las fases del proceso de atención de NIC incluyen la detección, referencia, diagnóstico, tratamiento, vigilancia y/o control, contra referencia y rehabilitación. Cuando la paciente abandona alguna de las tres primeras fases, se desconoce el diagnóstico de certeza por lo que las repercusiones dependerán básicamente del grado de lesión intraepitelial, el estado físico, anímico y económico de la paciente. Es más probable que la paciente abandone en las etapas iniciales cuando la enfermedad es asintomática o en las tardías porque la paciente considera que el tratamiento es innecesario.¹⁶

DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN

La presencia de NIC no presenta síntomas o características clínicas específicas. Pueden detectarse por examen microscópico de las células cervicales en un frotis teñido por técnica de Papanicolau.¹

La hipertrofia nuclear y los cambios de tamaño y forma, así como la mayor intensidad tintorial o hiper cromasia, son características constantes de todas las células displásicas, además de presentar una distribución irregular de la cromatina. Al realizar el diagnóstico se evalúan anomalías nucleares, frecuentemente existe una fuerte relación entre la porción del epitelio que presenta maduración y el grado de anomalía nuclear. En el epitelio normal las figuras mitóticas son poco frecuentes, mientras que conforme aumente la gravedad del NIC aumenta el número de figuras mitóticas.¹

En general en un frotis cervical se observan células con diversos grados de alteración, para clasificar la NIC se observa la proporción del espesor epitelial que presenta células maduras y diferencias. Los grados más avanzados de NIC suelen tener una mayor proporción del espesor epitelial con células indiferenciadas y solo una delgada capa superficial de células maduras diferenciadas.¹

La atipia escamosa de significado indeterminado (ASC-US) es el término para describir los cambios observados que pueden deberse a un proceso benigno pero intenso o a una lesión potencialmente grave, por lo tanto, son interpretados como de significado incierto. Los cambios observados son los de un proceso reactivo, pero cuantitativamente o cualitativamente insuficiente para ser clasificado como SIL.¹³

La NIC 1 es una lesión intraepitelial caracterizada por la presencia de células atípicas, con pérdida de la maduración en las capas epiteliales más profundas. En las capas más superficiales también se encuentran núcleos atípicos, pero con citoplasmas maduros similares a los de las células intermedias o superficiales del epitelio no afectado.^{1,2}

La NIC 2 se caracteriza por cambios celulares displásicas restringidos sobre todo a la mitad o los dos tercios inferiores del epitelio, con anomalías nucleares más marcadas que en la NIC 1. Pueden verse figuras mitóticas en toda la mitad inferior del epitelio.¹

En la NIC 3 la diferenciación y la estratificación pueden faltar por completo o existir solo en el cuarto superficial del epitelio, con abundantes figuras mitóticas. Las anomalías nucleares aparecen en todo el espesor del epitelio, muchas figuras mitóticas tienen formas anormales.¹

Se estima que cada año aproximadamente un 1 a 2% de las mujeres presentan NIC 2 o 3, siendo hasta 10% en las mujeres seropositivas al VIH.

La práctica generalizada consiste en someter a tamizaje a las mujeres utilizando citología y si los resultados de la citología son positivos, el diagnóstico de la NIC se basa en una posterior colposcopia, biopsia de las lesiones sospechosas y

tratamiento solo cuando se haya confirmado histológicamente la presencia de NIC 2 o 3. Este método tradicional de detección requiere recursos humanos capacitados y una sustanciosa cantidad de material de laboratorio.¹¹

Un método alternativo de diagnóstico y tratamiento de una NIC es el abordaje de tamizaje y tratamiento en el cual la decisión de tratar se basa en una prueba de tamizaje y no en un diagnóstico histológicamente confirmado, y el tratamiento se proporciona con prontitud o idealmente inmediatamente después de una prueba de tamizaje positiva. Los tratamientos disponibles incluyen crioterapia, escisión con asa grande de la zona de transformación y conización con bisturí.¹¹

La colposcopia es un método útil para el diagnóstico y la evaluación de la neoplasia intraepitelial cervical y el cáncer invasor preclínico. Permite observar, con ampliación, el sitio donde se produce la carcinogénesis del cuello uterino. Asimismo, con ella se pueden obtener biopsia dirigida y delinear la magnitud de las lesiones del cuello uterino en las mujeres cuya prueba de tamizaje resulta positiva, con lo cual se evita la conización. También ayuda a dirigir tratamientos de la neoplasia intraepitelial cervical como la crioterapia y la escisión electroquirúrgica con asa.¹

La biopsia de la lesión cervical es el estándar de oro en el diagnóstico final, ella nos va a reportar el grado de la alteración celular del tejido, y una vez confirmado el diagnóstico por histopatología se deberá realizar un tratamiento específico y llevar posteriormente controles periódicos a corto y largo plazo.⁸

Tratamiento

La conducta terapéutica de las lesiones intraepiteliales depende de su diagnóstico, que a menudo debe integrar los resultados de citología, colposcopia, biopsias y análisis del ADN-HPV, además de la información clínica. La mayor exactitud diagnóstica y el mejor conocimiento de dichas lesiones han motivado los cambios experimentados en el tratamiento. En las últimas décadas se ha pasado de una cirugía más agresiva, como la amputación cervical o histerectomía a un tratamiento

selectivo que contempla desde la conducta expectante al tratamiento lesional más conservador.²

Los objetivos del tratamiento son remover o destruir el epitelio anormal de la zona de transformación del cérvix donde con mayor frecuencia se localizan las lesiones de NIC. Con el fin de evitar la progresión de la lesión. Se debe seleccionar el método más eficaz y de menor costo considerando la preservación de la capacidad reproductiva.¹⁵

La elección del tratamiento depende de factores como el estadio clínico, el tamaño tumoral, presencia de ganglios pélvicos, histología, condiciones mórbidas y la preferencia de la paciente.³

La conducta observadora se considera debido al elevado número de casos con remisión espontánea de lesiones de bajo grado, posterior a descartar una lesión más avanzada por medio de colposcopia. El periodo de observación aconsejado es de 12 meses para permitir su remisión espontánea antes del tratamiento definitivo. El tratamiento expectante presenta la desventaja de que genera considerable ansiedad debido al frecuente seguimiento mediante citología y colposcopia a intervalos de 3 a 6 meses.²

El análisis de VPH de alto riesgo a los 12 meses del seguimiento de NIC 1 no tratado tiene una elevada sensibilidad para predecir el desarrollo de NIC 2 y 3. Si el VPH es negativo a los 12 meses, la paciente se remite de nuevo al programa de cribado, pero si es positivo se repetirá la colposcopia.²

Cuando las lesiones aparecen en mujeres con colposcopia insatisfactoria, estudio endocervical positivo, lesiones extensas o persistentes y en general en mujeres mayores de 40 años, deben tratarse mediante un procedimiento escisional.

Existen dos abordajes para el tratamiento de las lesiones intraepiteliales: los ablativos como la crioterapia o ablación por láser; y la escisional como la crioterapia, conización por láser o con asa diatérmica; así como radioterapia y cirugía.²³

Actualmente los tratamientos con crioterapia, laser de CO2 y asa diatérmica han desplazado la conización con bisturí y la histerectomía.²

Los tratamientos ablativos destruyen el tejido ya sea mediante el frío, la vaporización láser, la diatermo o la termocoagulación, por lo tanto, una vez completado el tratamiento no se dispone de tejido para remitir al patólogo. El principio básico es la capacidad de destruir el epitelio cervical anómalo que será reemplazado por epitelio escamoso normal.¹⁷

Los tratamientos incisionales son de elección en las mujeres con NIC 2 y 3. Actualmente se realiza con preferencia mediante asa diatérmica con anestesia local y de forma ambulatoria. Hay pocas indicaciones para realizar una conización clásica con bisturí en quirófano. Este tratamiento permite el estudio histológico exhaustivo y diagnostica un carcinoma oculto inicialmente invasivo en aproximadamente un 1% de los casos. Las complicaciones son fundamentalmente hemorragia en un 3 a 4% y estenosis cervicales hasta en 6%.¹⁷

La conización cervical es el método más exacto para el diagnóstico y tratamiento de las neoplasias porque permite conocer la extensión de la lesión y consiste en hacer una escisión anular el tejido cervical o zona de transformación con el uso de un electrodo de asa monopolar o por radiofrecuencia. La conización con radiofrecuencia es un procedimiento que consiste en la extirpación o destrucción de los tejidos por medio de la conversión de la energía en calor debido a la resistencia del tejido al paso de la corriente alterna por alta frecuencia.¹⁸

Con el tratamiento con el asa puede practicarse una exéresis simple de la zona de transformación o una exéresis cónica con doble escisión del exocérvix y endocérvix. Un cono diagnóstico se considerará terapéutico si reúne las siguientes condiciones: tamaño suficiente, en relación con el tamaño del cuello, márgenes exocervical, endocervical y profundos libres de lesión, legrado endocervical después de cono negativo, colposcopia, citología y determinación de VPH negativas en el control a los 6 meses.²

Seguimiento

El seguimiento de las pacientes tratadas por lesiones de alto grado es una parte esencial del programa de prevención del cáncer cérvicouterino, ya que la patología puede reaparecer independientemente de la técnica utilizada. Se ha demostrado que el riesgo de desarrollar un cáncer invasor es mayor en las mujeres tratadas por algún tipo de lesión que en aquellas que no lo han padecido.¹⁹

Los principales factores de riesgo para la recurrencia de la lesión son el tamaño, la afectación de los márgenes de tratamiento, la edad de la paciente y su estado inmunológico, así como la persistencia de la infección por VPH.²⁰

El objetivo del seguimiento es la detección de la persistencia de la enfermedad considerada enfermedad residual, y la detección de recurrencias, consideradas enfermedades de novó. La principal causa de la enfermedad residual es la afectación de los márgenes.²¹

ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

González y cols., Describieron la prevalencia de anomalías citológicas y de neoplasias de cuello uterino en mujeres de Bogotá, perteneciente a estratos socioeconómicos bajos, entre 25 y 59 años de edad y con antecedente de al menos una relación sexual. Para la clasificación de los resultados se utilizó el sistema Bethesda 2001, con las categorías: negativa, ASC-US, lesión intraepitelial de bajo grado (LIE-BG), lesión intraepitelial de alto grado (LIE-AG), células glandulares atípicas sin ningún otro significado y citología sospechosa de cáncer. El 69.1% de las citologías fueron reportadas como negativas, 24.7% como ASC-US, 4.3% LIE-BG, 1.2% LIE-AG, y 0.1% lesión sospechosa de carcinoma infiltrante.²²

En Colombia, Fernando y cols., describieron los resultados citológicos de 3544 mujeres que consultaron una institución de salud pública encontrando alteraciones en 4.2% de las pacientes, siendo la más frecuente la ASC-US en un 2.3%, LIE-BG en 1.3%, LIE-AG en 0.3%, y ASC-H en 0.2%, estos resultados se consideran bajos en comparación con otras poblaciones. Se considerando también los factores de riesgo encontrando que el mayor porcentaje de alteraciones se presentó en las mujeres que tuvieron su primera relación antes de los 18 años.²³

Otro estudio en Colombia fue el realizado por Tafurt-ardona y cols., quienes analizaron 160 muestras encontrando un 61% de resultados normales, 37% de cambios celulares reactivos, y 2% de citologías anormales.²⁴

López y cols., realizaron su análisis en 863 citologías, encontrando un 41.7% de reportes patológicos con anomalías citológicas; de estos el 33.33% presento LIE-BG, 19.44% LIE AG, y 47.22% de anomalías de células escamosas de significado indeterminado.²⁵

Un estudio similar fue el realizado por Alonso y cols., sin embargo, en esta investigación los autores se concentraron en la frecuencia de lesiones en mujeres menores de 25 años. Las mujeres menores de 25 años no se encuentran en el grupo de tamizaje, el motivo de realizar el examen fue por la presencia de cervicitis, leucorrea o presencia de condilomas, así como metrorragia. Los resultados obtenidos del análisis de 248 muestras positivas para algún tipo de NIC, fueron 22.6% de positividad para NIC 1, 41.9% para NIC 2, y 33.1% para NIC 3.²⁶

Mientras que García y cols., realizaron su investigación en un grupo de 1543 universitarias de 2004 a 2010; los resultados fueron 33% de citología anormales, las cuales se clasificaron según el sistema Bethesda en 2.5% VPH, 11% ASC-US, 0.3% ASC-H, LIE-BG 6.4%, LIE-AG 0.4%, así como 15.4% de hallazgos no neoplásicos y solo el 0.1% presento anomalías glandulares. El 13.9% de los resultados de las citologías anormales fue dado por la presencia de microorganismos de los cuales la *Candida albicans* representa el 13.7%.²⁷

En Chile se realizó el seguimiento a 616 mujeres, se tomó una primera muestra en 2001 y un seguimiento en 2006; los resultados encontraron un aumento significativo de diagnóstico de ASC-US, así como aumento de infección por VIH. En la primera muestra las frecuencias de lesiones fueron ASC-US 1.5%, LIS-BG 0.7%, LE-AG 1%, VPH alto riesgo 9.1%, VPH bajo riesgo 2.8%, mientras que los resultados de la segunda muestra en el mismo grupo de mujeres fueron de ASC-US 3.2%, LIE-BG 0.5%, LIE-AG 0.2%, VPH alto riesgo 14.3% y VPH bajo riesgo 7.3%.¹⁶

El estudio de Mota y cols., incluyó a mujeres positivas para VIH que acudieron a consulta ginecológica. Se encontró que en este grupo el 52.3% presentó una lesión cervical de bajo grado, mientras que el 47.1% presentó una lesión de alto grado, siendo 10.7% NIC2 y 17% NIC3. Se evidenció también que las que tenían menos de dos años de diagnóstico presentaron un mayor porcentaje de lesiones de bajo grado, y no se encontró una relación entre las cifras de carga viral y la aparición o el tipo de lesión.⁷

5. JUSTIFICACIÓN

El cáncer cérvicouterino a nivel mundial es de las principales causas de mortalidad femenina. Se han registrado hasta 530,000 nuevos casos a nivel mundial y más de 275 000 defunciones, en el 80 % de las muertes ocurren en países en desarrollo. La población femenina latinoamericana es considerada de alto riesgo para desarrollar cáncer cérvicouterino, debido a factores como raza, herencia, nutrición, edad y patrón de conducta. En México ocupa actualmente es la segunda causa de muerte en mujeres de 25 a 64 años.

El virus papiloma humano es una de las enfermedades más comunes en las mujeres, principalmente en jóvenes, las cuales pueden desarrollar lesión intraepitelial cervical (LIE-BG, LIE-AG), pero en el 61% tiene remisión a los 12 meses y en el 91% a los 12 meses. El riesgo de desarrollar un estadio de LIE (BG, AG) se incrementa constantemente, conforme avanza la edad y se tienen múltiples factores de riesgo, como son el tabaquismo, el factor hereditario, la nuliparidad, inmunosupresión y el inicio de vida sexual temprana.¹⁴

Se justificó realizar del estudio debido a que en Hospital General de Zona con Medicina Familiar No 1, no hay estudios que indiquen el tipo de lesión intraepitelial cervical, que con mayor frecuencia las pacientes atendidas en la clínica de displasias; una vez conocida la lesión más frecuente se podrán implementar acciones para su prevención.

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la investigación de García y cols., reportaron que el 33% de las citologías aplicadas, fueron anormales, en base a la clasificación del sistema Bethesda, presentaron principalmente ASC-US en el 11%, LIE-BG 6.4%, el resto de las pacientes fueron no neoplásicos.

El virus de papiloma humano es una infección que afecta a todas las mujeres al iniciar una vida sexual activa, por lo que amerita ser evaluada anualmente para evitar alguna complicación, que ocasiona lesión precancerosa.

El estudio de Mota y cols., evaluaron a mujeres inmunosuprimidas, el 52.3% tuvo lesión cervical de bajo grado, mientras que el 47.1% presentó una lesión de alto grado, siendo 10.7% NIC2 y 17% NIC3, por lo cual se identifica que el virus de papiloma humano tiene la capacidad de ser cancerígeno en un paciente susceptible.

En el Hospital General de Zona con Medicina Familia Número 1, se cuenta con el módulo de “clínica de displasias”, que atiende a mujeres con antecedente de reporte citológico de alguna alteración o lesión cervical, sin embargo, no se ha estudiado cual es el tipo de lesión que se presenta más frecuentemente. Por ello se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la lesión cervical más frecuente en la clínica de displasias del HGZ MF1 Pachuca Hidalgo en un periodo del 2014 al 2017?

7. OBJETIVOS

7.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la lesión cervical más frecuente en la clínica de displasias del HGZ MF1 Pachuca Hidalgo del 2014 al 2017.

7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar la edad en la que se presentó la lesión intraepitelial cervical más frecuente
2. Describir los factores de riesgo asociados a la lesión intraepitelial cervical.
3. Identificar la relación del tabaquismo con el tipo de lesión intraepitelial cervical.
4. Identificar la relación del uso de anticonceptivos orales con el tipo de lesión intraepitelial cervical.

8. HIPÓTESIS CIENTÍFICA

La lesión intraepitelial cervical más frecuente en la clínica de displasias es la displasia leve en el HGZ MF1 Pachuca Hidalgo en un periodo del 2014 al 2017.

HOPOTESIS NULA:

La lesión intraepiteial cervical más frecuente en la clínica de displasias no es la displasia leve en el HGZ MF1 Pachuca Hidalgo en un periodo del 2014 al 2017.

9. MATERIAL Y MÉTODOS

9.1 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se incluyeron en el estudio todos los expedientes de pacientes que acudieron a la clínica de displasias del HGZ MF 1 con diagnóstico confirmado de lesión intraepitelial cervical.

9.2 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio de tipo descriptivo, transversal y retrolectivo.

- **DESCRIPTIVO:** los datos solo permiten la descripción o identificación de algún fenómeno.
- **TRANSVERSAL:** La recolección de los datos en una población dada y en un punto específico de tiempo.
- **RETOLECTIVO:** La información se obtuvo de fuentes secundarias, las fuentes de información existentes (expedientes).

9.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ❖ Expedientes y registros de la clínica de displasias
- ❖ Pacientes del sexo femenino con edad de 30 a 70 años.
- ❖ Reporte histopatológico.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ❖ Expedientes de pacientes con neoplasias subyacentes.

- ❖ Expedientes de pacientes que hayan recibido tratamiento farmacológico por cáncer.
- ❖ Antecedente de histerectomía.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- ❖ Información del expediente clínico no legible o incompleto.
- ❖ Reporte histológico no confiable.

9.4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE				
VARIABLES	D.CONCEPTUAL	D.OPERACIONAL	ESCALA	VALOR
Reporte histológico	Resultado del análisis de células y tejidos al microscopio. También brinda información sobre el tamaño, la forma y la apariencia (descripción macroscópica), Para determinar el diagnóstico y el estadio del cáncer y determinar las opciones de tratamiento.	Resultado del análisis al microscopio del tejido del cuerpo, obtenido a través de una biopsia y cirugía	Cualitativa Nominal	Normal LIE-BG (NIC 1) LIE-AG (NIC 2) LIE-AG (NIC 3) IN SITU CANCER
VARIABLE DEPENDIENTE				
Cáncer cérvicouterino	Es una alteración celular del epitelio del cérvix, puede estar localizado, in situ (confinado a la superficie epitelial) o un cáncer invasor en donde las células con transformación maligna traspasan la membrana basal	Neoplasia en el cuello cervical por la transformación de su celularidad.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No
Tipo de lesión cervical	Es una alteración celular que se origina en el epitelio del cérvix, se manifiesta inicialmente como lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, las cuales progresan a cáncer in situ o un cáncer invasor	Neoplasia en el cuello cervical por la transformación de su celularidad. Displasia leve Displasia moderada Displasia grave In situ Micro invasor Invasor Adenocarcinoma Maligno no específico IVPH	Cualitativa Nominal Politómica	Displasia leve Displasia moderada Displasia grave In situ Microinvasor Invasor Adenocarcinoma Maligno no específico IVPH
VARIABLE DEPENDIENTE				
Nuliparidad	Palabra compuesta Nuli proviene de la palabra nulo o nada y "para" de parir, parto, mujer que nunca ha parido	Mujer cuando no ha tenido hijos.	Cualitativa Nominal dicotomica	1.Si 2.No
Número de Gestas	Número embarazos que ha presentado una mujer en edad reproductiva, hayan llegado o no al término.	Número de embarazos que ha tenido la paciente y obtenidos por vía vaginal y/o abdominal, incluye abortos	Cuantitativa.	1, 2, 3, 4 o más.
Resolución del Embarazo	Es la vía por la cual se obtiene el producto de la concepción, puede ser vía vaginal o abdominal	Parto: a través del canal Cesárea: por medio de una incisión abdominal	Cualitativa Nominal dicotomica	1.Vaginal 2.Abdominal
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona	Número de años vividos hasta el momento del registro	Cuantitativa Discretas De intervalo	30-34 35-39 40-44 45-49 50-54 55-59 60-64 65-69 70

Toxicomanías	Proceso complejo, en el que se origina dependencia física y psicológica de una sustancia. La adicción está relacionada no solo con el tipo de droga sino también con otros factores, como características individuales, circunstancias personales y sociales, frecuencia o dosis de consumo.	Estado derivado del consumo habitual y excesivo de ciertas sustancias tóxicas. 1 estimulantes 2 depresoras 3 alucinógenas	Cualitativa nominal	Estimulantes Tabaquismo Cocaína Crack Anfetaminas Depresoras Alcoholismo Sedantes Barbitúricos Narcóticos Inhalables Alucinógenas Marihuana PVC Peyote
---------------------	--	--	------------------------	---

9.5 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

1. Para la realización de la investigación, se acudió a la jefatura de enseñanza para la evaluación del estudio.
2. Posteriormente se subió a la plataforma SILRECIS del IMSS, para su evaluación por los comités de ética y de investigación, para obtener su autorización.
3. Una vez autorizado, se acudió a la clínica de displasias, se identificaron los expedientes de pacientes que fueron atendidas del 2014 al 2017.
4. Se revisó el censo y posteriormente los expedientes clínicos de las pacientes que cumplieron estrictamente con los criterios de selección.
5. Toda la información se recopiló en las hojas de recolección de datos, posteriormente se elaboró una base de datos en Excel.
6. La base de datos en Excel, se tabuló para su respectivo análisis de los resultados.

9.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

- La información de la base de datos de Excel, se tabuló en números, se importó al programa de SPSS versión 23, en el cual permitió realizar el análisis descriptivo, que comprende las medidas de tendencia central como la media, así como las de dispersión y la desviación estándar.

- Al obtener los valores de las frecuencias y proporciones, se aplicó la prueba estadística chi-cuadrada para la comparación entre variables cualitativa y prueba t de Student para la comparación entre variables cuantitativas y cualitativas.
- Los resultados obtenidos se graficaron, se crearon tablas 2x2 y se realizó la interpretación de cada cuadro.
- A partir de los resultados, se elaboró la discusión comparando los resultados con evidencia científica.

9.7 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para la obtención del tamaño de muestra, se empleó la fórmula para poblaciones finitas, la cual compete:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * S^2}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * S^2}$$

Tamaño de la población	N	994
Error Alfa	α	0.05
Nivel de Confianza	1- α	0.95
Z de (1-α)	Z (1- α)	1.96
Desviación estándar	s	16
Varianza		256.00
Precisión	d	3.00
Tamaño de la muestra	n	98.54

10. ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo con la Asociación Médica Mundial 2015 Declaración de Helsinki y acatando sus Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos:

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de cada persona, debiendo mantener la confidencialidad como derecho a la protección de las personas, además de contar con su consentimiento informado y voluntario, que en esta investigación no será necesario ya que se consultaran expedientes médicos electrónicos.

En base al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud título segundo de los aspectos éticos de la investigación en humanos Capítulo Único; Artículos 3, 4, 5, 6, 7, 13, 17, 20, 21, 22, 24, 27, 32, 33, 34, 48, 77 BIS 1 y BIS 9, 96, 97, el presente estudio no viola ninguno de los estatutos mencionados.

De acuerdo con el Artículo 17, I.- Se considera **SIN RIESGOS** debido a él tipo de estudio y se realizara a través de expedientes médicos electrónicos.

11. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

- ✓ **Recursos Humanos:** se cuenta con un asesor responsable y un asesor metodológico, especialistas en medicina familiar; un asesor metodológico especialista en ginecología y obstetricia ambos con amplia experiencia en el tema, que han participado en otros proyectos de investigación, así como un tesista residente en medicina familiar con experiencia en el tema
- ✓ **Recursos Físicos:** Infraestructura del HGZMF No. 1
- ✓ **Recursos Materiales:** Laptop, impresora, hojas, lápices, plumas, cédula de recolección de datos, gomas, paquete estadístico SPSS. Hojas blancas.
- ✓ **Recursos Financieros:** Los gastos generados por la presente investigación serán cubiertos por los investigadores que participan en la misma.

11.2 FACTIBILIDAD

La factibilidad del presente estudio se sustenta por la accesibilidad a los registros y expedientes de clínicos del módulo de la clínica de displasia.

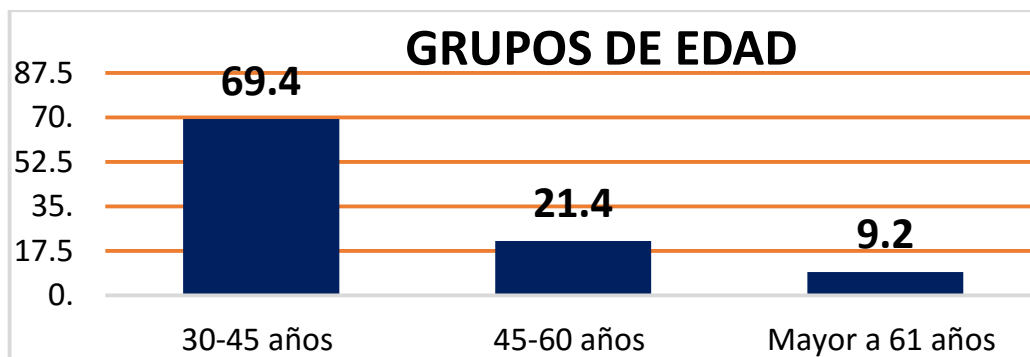
12. ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD

No se necesitan para la realización de esta investigación.

13.RESULTADOS

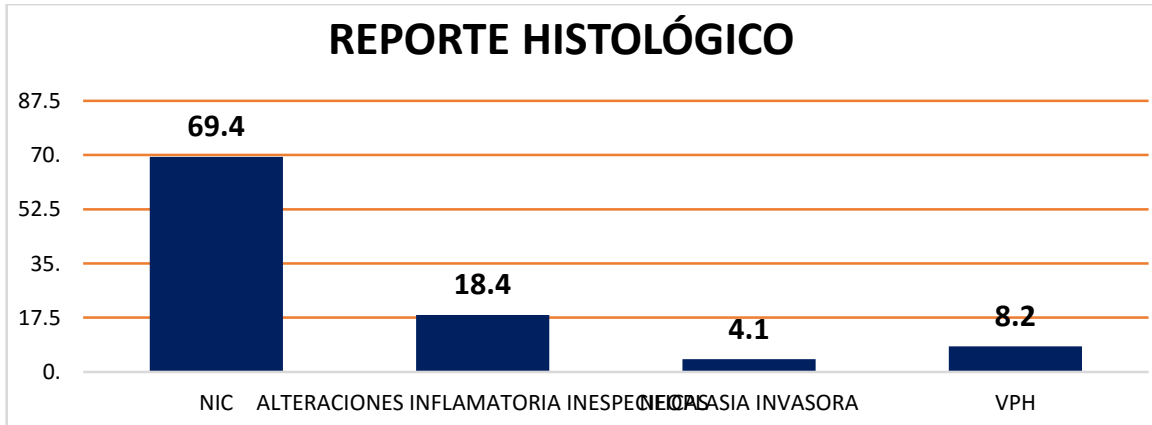
En el análisis de las pacientes que fueron sometidas al estudio denominado “Frecuencia de lesión cervical en la clínica de displasias del HGZ MF1 Pachuca Hidalgo del año 2014 al 2017”, se identificó que la población que acudió a la unidad médica para toma de colposcopia, fueron 706 en los últimos cuatro años, en el 2014 fue de 293 pacientes, en el 2015 fue de 150 pacientes, en el 2016 de 126 pacientes y en el 2017 de 137 pacientes. A partir de esto se obtuvo el cálculo de la muestra que fueron 98 expedientes de pacientes.

En la revisión de la información se evaluó la edad, teniendo en el 69.4% (68) al grupo de 30 a 45 años, en el 21.4%(21) al de 46 a 60 años y en el 9.2%(9) al grupo de más de 61 años. (Gráfica 1)



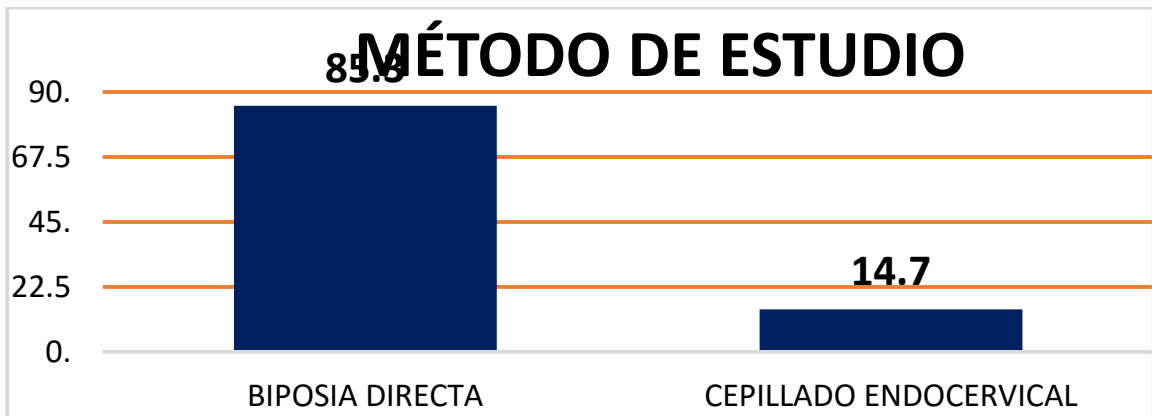
Gráfica 1. Grupos de edad de los expedientes de pacientes del HGZ MF1 Pachuca, Hidalgo.

En el análisis del reporte histológico se identificó que las alteraciones inflamatorias en el 18.4%(18), en la neoplasia intraepitelial cervical (NIC 1, 2, 3) en el 69.4%(68), la neoplasia invasora en el 4.1%(4) y solo con infección de virus de papiloma humano en el 8.2%(8). (Gráfica 2)



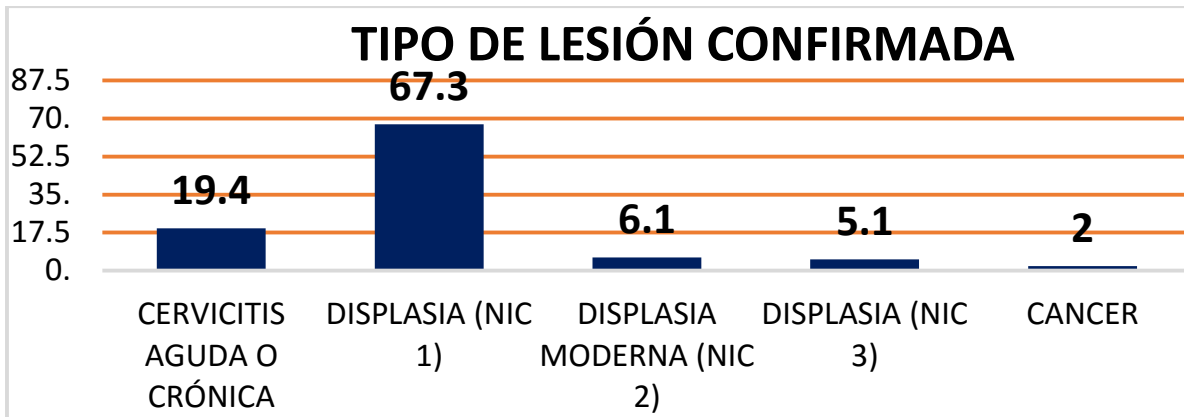
Gráfica 2. Reporte histológico de las alteraciones cervicales.

Para realizar el método de investigación, se realizó en el 86.7%(85) y en el 13.3%(13) se hizo el cepillado cervical, para obtener el diagnóstico. (Gráfica 3)



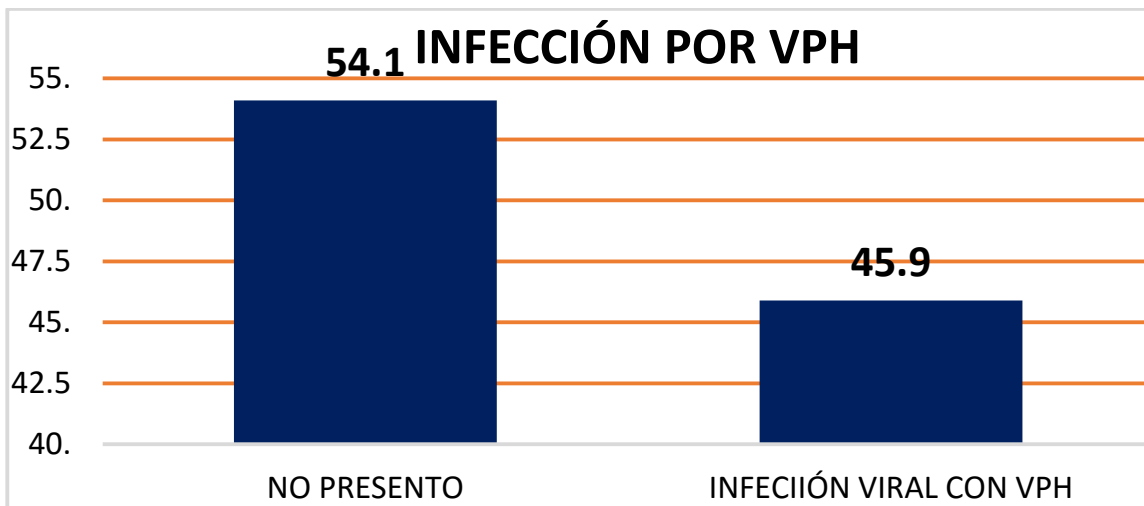
Gráfica 3. Método de estudio de los expedientes de pacientes.

Entre las lesiones intraepiteliales cervicales que se identificaron fueron cervicitis aguda en el 19.4%(19), LIE-BG (NIC1) en el 67.3%(66), LIE-AG (NIC2) en el 6.1%(6), LIE-AG (NIC3) en el 5.1%(5) y cáncer en el 2%(2). (Gráfica 4)



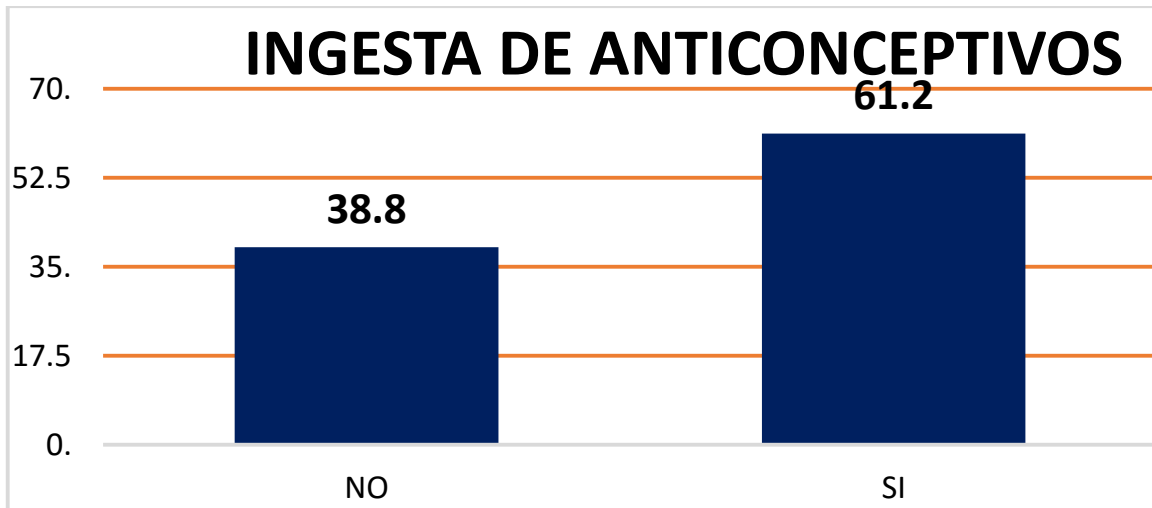
Gráfica 4. Tipo de lesión confirmada.

En la evaluación cervical, se identificó que el cuello uterino demostró mediante la colposcopia tener infección por virus del papiloma humano el 45.9%(45), mientras el 54.1%(53) no tuvieron este padecimiento. (Gráfica 5)



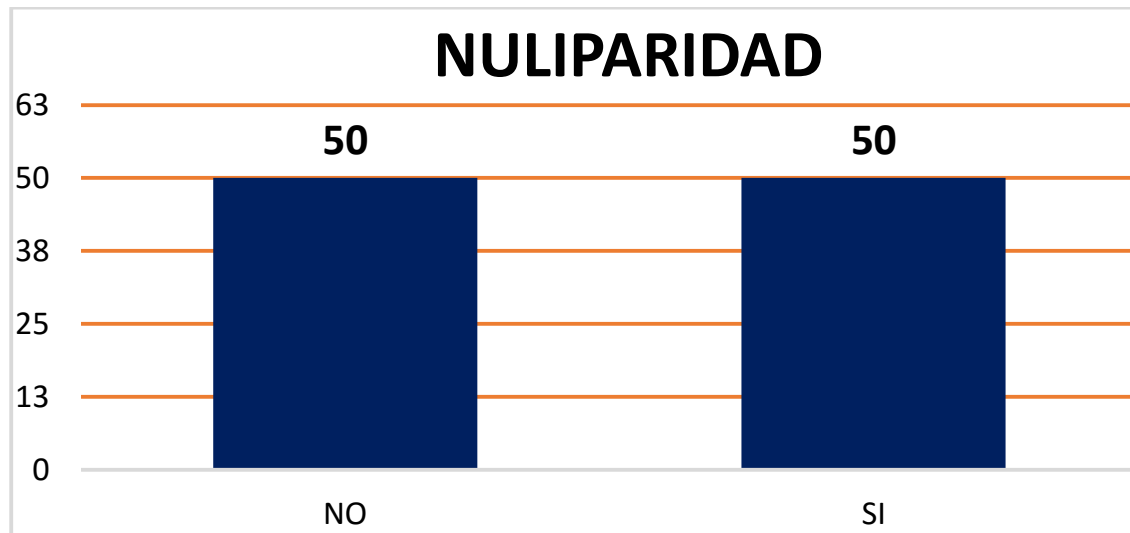
Gráfica 5. Presencia de virus de papiloma humano en los expedientes de pacientes.

Con respecto a la ingesta de anticonceptivos en las pacientes, se identificó que el 61.2%(60) de las pacientes utilizó algunos de estos medicamentos para contrarrestar la concepción, mientras el 38.8%(38) no utilizaba. (Gráfica 6)



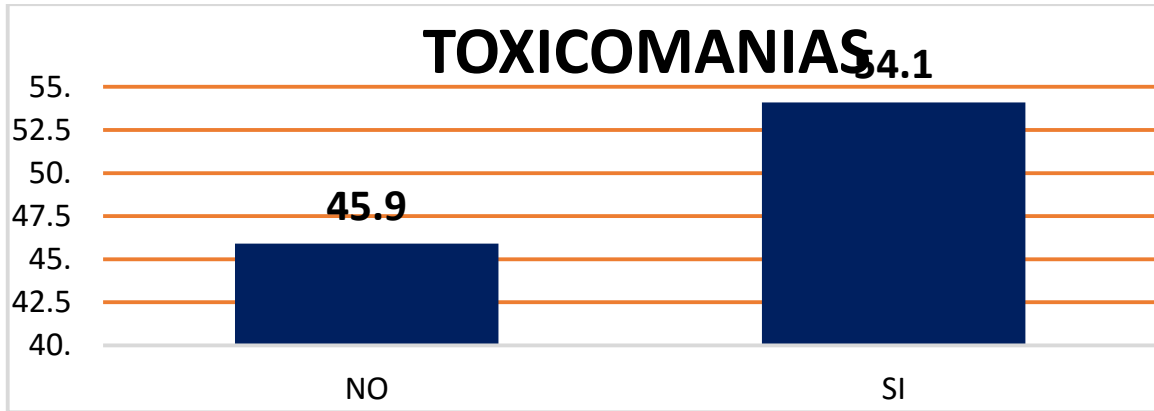
Gráfica 6. Ingesta de anticonceptivos en los expedientes de pacientes del estudio.

En la revisión de los expedientes de pacientes, se identificó que el 50%(49) de las pacientes analizadas eran nuliparas, mientras la otra mitad ya contaba con mínimo con 1 hijo. (Gráfica 7)



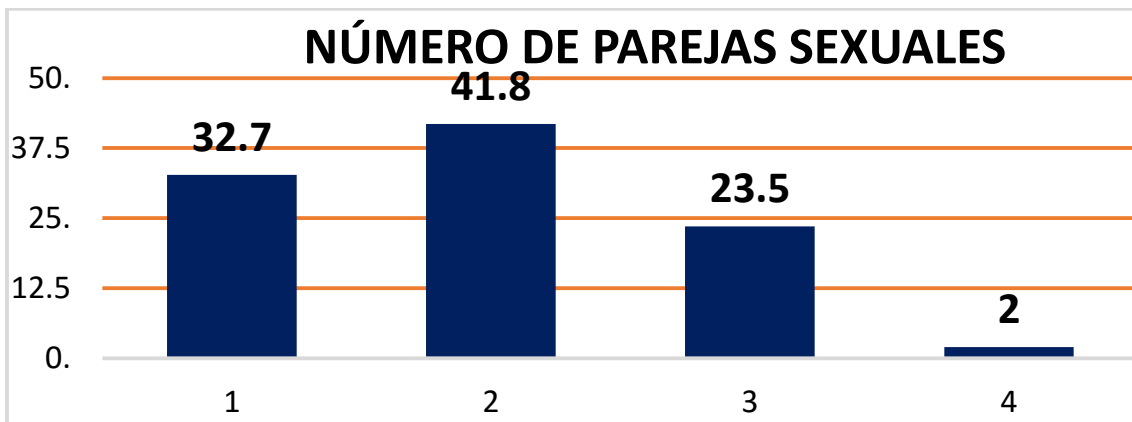
Gráfica 7. Presencia de nulipoaridad.

El análisis de los expedientes de pacientes del Hospital General de zona con Medicina Familiar Número 1, se encontró que en el 54.1%(53) presentaron alguna toxicomanía, mientras el 45.9%(45) no presentaron toxicomanías (alcoholismo, tabaquismo o drogadicciónn). (Gráfica 8)



Gráfica 8. Presencia de toxicomanias.

En el análisis se observó que el número de parejas sexuales, reportado fue; pacientes que refirieron tener solo una pareja sexual fue del 32.7% (32), con dos parejas el 41,8%(41), tres parejas sexuales el 23.5%(23) y el 2% tuvieron hasta 4(2). (Gráfica 9)



Gráfica 9. Número de parejas sexuales.

Al realizar el análisis correlacional de las variables de estudio, se realizó la división de los expedientes de pacientes que tuvieron lesión intraepitelial cervical, encontrando en 79 pacientes esta afectación, mientras que 19 pacientes resultaron no presentar lesión. En la agrupación de los expedientes de pacientes del Hospital General de Zona con Medicina Familiar Número 1, se identificó que las pacientes con edad entre 30 a 45 años son las más afectadas por lesión intraepitelial cervical, al aplicar la prueba estadística chi cuadrada se identificó que este grupo de edad tiene diferencia estadísticamente significativa sobre otros grupos de edad, con un valor de $p= 0.041$. (Tabla 1)

		EDAD			Total	Valor de p
		30-45 años	46-60 años	>61 años		
Lesión intraepitelial cervical	No	9	6	4	19	0.041
		47.40%	31.60%	21.10%	100.00%	
	Si	59	15	5	79	
		74.70%	19.00%	6.30%	100.00%	
	Total	68	21	9	98	
		69.40%	21.40%	9.20%	100.00%	

Tabla 1. Grupos de edad de las pacientes con y sin lesión intraepitelial cervical.

Se realizó el análisis de los expedientes de pacientes con presencia de toxicomanías, observando que hubo mayor frecuencia de lesión intraepitelial cervical (NIC1, 2, 3) en aquellas que refirieron alguna toxicomanía, esta diferencia resultó ser estadísticamente significativamente, al obtener un valor de $p=0.006$. (Tabla 2)

		Toxicomanías		Total	Valor de p
		NO	SI		
Lesión intraepitelial cervical	No	8	11	19	.006
		42.10%	57.90%	100.00%	
	Si	37	42	79	
		46.80%	53.20%	100.00%	
Total		45	53	98	
		45.90%	54.10%	100.00%	

Tabla 2. Toxicomanías de las pacientes con y sin lesión intraepitelial cervical.

Se analizó el número de parejas sexuales, identificando que aquellas pacientes con dos parejas sexuales tuvieron mayor frecuencia de lesión intraepitelial cervical, seguidas de aquellas pacientes con una sola pareja sexual, al realizar la comparación de las pacientes sin lesión intraepitelial cervical, no tuvieron diferencia estadísticamente significativa, al obtener un valor de $p=0.176$. (Tabla 3)

		NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES				Total	Valor de p
		1	2	3	4		
Lesión intraepitelial cervical	No	8	4	6	1	19	.176
		42.10%	21.10%	31.60%	5.30%	100.00%	
	Si	24	37	17	1	79	
		30.40%	46.80%	21.50%	1.30%	100.00%	
Total		32	41	23	2	98	
		32.70%	41.80%	23.50%	2.00%	100.00%	

Tabla 3. Número de parejas sexuales con y sin lesión intraepitelial cervical.

Se observa que les realiza cepillado endocervical o biopsia directa, gracias a este método diagnóstico, se pudo diagnosticar a las pacientes con lesión intraepitelial cervical, observando que el 69% de lesión intraepitelial cervical diagnosticada por biopsia, sin embargo, no demostró tener diferencia estadísticamente significativa. (Tabla 4)

		MÉTODO DE ESTUDIO		Total	Valor de p
		BIOPSIA DIRECTA	CEPILLADO ENDOCERVICAL		
Lesión intraepitelial cervical	No	16	3	19	,482
		84.20%	15.80%	100.00%	
	Si	69	10	79	
		87.30%	12.70%	100.00%	
Total		85	13	98	
		86.70%	13.30%	100.00%	

Tabla 4. Método de estudio de las pacientes con y sin lesión intraepitelial cervical.

En el análisis incluyó obtener la frecuencia de lesión intraepitelial cervical asociada a la presencia de virus de papiloma humano, obteniendo que las pacientes con esta infección fueron 39, (como principal factor de lesión intraepitelial cervical), al comparar con las pacientes que no presentaron esta infección no hubo diferencia estadística significativa. (Tabla 5)

		VPH		Total	Valor de p
		N0 PRESENTO	INFECCIÓN VIRAL CON VPH		
Lesión intraepitelial cervical	No	13	6	19	.127
		68.40%	31.60%	100.00%	
	Si	40	39	79	
		50.60%	49.40%	100.00%	
Total		53	45	98	
		54.10%	45.90%	100.00%	

Tabla 5. Presencia del virus de papiloma humano en pacientes con y sin lesión intraepitelial cervical.

Los expedientes de pacientes que cumplieron estrictamente con los criterios de selección, se realizó la identificación de los diagnósticos de pacientes con lesión intraepitelial cervical, obteniendo en el 83.5% displasia leve, siendo estadísticamente significativo con un valor de $p=0.0001$. (Tabla 6)

		TIPO DE LESIÓN CONFIRMADA					Total	Valor de p
		CERVICITIS AGUDA O CRÓNICA	LIE-BG (NIC 1)	LIE-AG (NIC 2)	LIE-AG (NIC 3)	CÁNCER		
Lesión intraepitelial cervical	No	19	0	0	0	0	19	.0001
		100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	
	Si	0	66	6	5	2	79	
		0.00%	83.50%	7.60%	6.30%	2.50%	100.00%	
Total		19	66	6	5	2	98	
		19.40%	67.30%	6.10%	5.10%	2.00%	100.00%	

Tabla 6. Tipo de lesión confirmada de las pacientes con y sin lesión intraepitelial cervical.

14. DISCUSIÓN

Esta investigación fue denominada “lesión cervical más frecuente en la clínica de displasias del HGZ MF1 Pachuca, Hidalgo del año 2014 al 2017”, se evaluaron 98 expedientes de pacientes, de las cuales las pacientes que presentaron lesión intraepitelial cervical se encontraban en el grupo de edad entre 30 a 45 años de edad, seguidas del grupo de pacientes con 46 a 60 años y las del grupo de más de 61 años, resultados similares a la investigación realizada en Canadá, en la que realizaron el tamizaje cervical, en la búsqueda de lesiones, encontrando solo en el 4.5% de pacientes en el grupo de edad entre 30 a 39 años, en el 3.5% de 40 a 49 años, del 2.4% de 50 a 59 años y de 1.6% en más de 60 años.²⁸

Torres Lobatón A y cols., realizaron un estudio epidemiológico en la población que acudió al seguro popular en el Hospital General de México, identificando que el 89% tuvo el diagnóstico histopatológico de carcinoma epidermoide, en el 11% de adenocarcinoma, de estos el 81% correspondió a carcinomas invasores y en el 19% a carcinoma in situ, resultados superiores a los obtenidos en esta investigación, como fue el diagnóstico de alteraciones inflamatorias en el 18.4%, neoplasia intraepitelial en el 69.4% y neoplasia invasora en el 4.1%.²⁹

Las guías de atención en el primer nivel de atención de México recomiendan la realización de tamizaje para las pacientes que han iniciado su vida sexual activa, inicialmente realizar la exploración ginecológica, con toma de citología cervical, en el caso de obtener el diagnóstico de lesión o alta sospecha de neoplasia cervical, realizar la toma de biopsia, de esta manera se confirmará el diagnóstico y se implementará el tratamiento correspondiente. Estas recomendaciones fueron realizadas en la clínica de displasias, para su exploración ginecológica, cepillado endocervical en el 86.7% y toma de biopsia en el 13.3% en las pacientes con alta sospecha de malignidad.³⁰

Entre los factores de riesgo para el desarrollo de cáncer cérvicouterino está la ingesta de anticonceptivos, por ello en el estudio de Camacho Rodríguez D y cols., analizaron a 328 mujeres con edad de la Universidad de santa Marta, que

empleaban anticonceptivos, el 30% reportó usar el método de hormonales inyectables, seguido por preservativo en el 29%, píldoras anticonceptivas en el 26% y el 5% tenían actividad sexual sin ningún método anticonceptivo, resultados diferentes a los obtenidos en esta investigación, en el que el 61.2% utilizaban medicamentos para contrarrestar la concepción.³¹

La nuliparidad ha sido evaluada en múltiples investigaciones, debido a que las pacientes tienen mayor exposición al estímulo hormonal, por ello Barrios L y cols., analizaron a 40 pacientes, con presencia de lesión cervical, con NIC I, teniendo nuliparidad en el 40% de las pacientes de estudio, de estas el 27.3% tuvieron lesión persistente que ameritó tratamiento quirúrgico, estos resultados fueron similares a los obtenidos en esta investigación al tener en el 50% de las pacientes nuliparidad.³²

En la investigación de Nuñez Troconis J, reportaron que una de las principales causas de lesiones intraepiteliales cervicales (NIC 1, 2, 3) para el desarrollo de cáncer es el tabaquismo, debido a que este producto tiene 62 de 5,000 compuestos químicos considerados como carcinogénicos, así como otros factores que desencadenan la evolución de este padecimiento como la ingesta de alcohol, la obesidad, la herencia, el sedentarismo, la infección de virus de papiloma humano y los factores hormonales. Por ello en esta investigación se analizó la frecuencia de toxicomanías, reportando que el 54.1% tuvieron toxicomanías, mientras el 45.9 no tuvieron ninguna toxicomanía.³³

Las lesiones intraepiteliales cervicales, se han asociado a múltiples factores de riesgo, como es la presencia de infección del virus del papiloma humano, el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, antecedente de infección de transmisión sexual o haber tenido múltiples parejas sexuales, resultados similares a los obtenidos en esta investigación, al tener principalmente dos parejas sexuales para tener mayor frecuencia de lesión intraepitelial cervical.³⁴

Se ha reportado que la presencia de lesiones intraepiteliales cervicales está asociado directamente con la infección del virus de papiloma humano, como lo reporta la investigación de Rodríguez González D y cols., en el que analizaron 342

pacientes, para evaluar la presencia de esta infección, demostrando que el 68.4% la padecía, relacionado con mayor número de parejas sexuales y nuliparidad, resultados similares a los obtenidos en esta investigación, en el que se identificó la presencia de esta infección en el 80.6%, con displasia leve, moderada y severa. ³⁵

15. CONCLUSIÓN

Se concluye que la frecuencia de lesión cervical en la clínica de displasias del HGZ1 MF1 Pachuca Hidalgo del año 2014 al 2017 fue del 81% que correspondió a 79 pacientes.

El grupo de edad con mayor frecuencia de lesión intraepitelial cervical fue del 69.4% en aquellas con 30 a 45 años, con menor frecuencia de daño en aquellas con más de 60 años, es por ello que se recomienda la realización de pruebas de tamizaje constantes para las pacientes jóvenes que han iniciado vida sexual.

Entre los tipos de lesiones intraepiteliales cervicales más frecuentes, la LIE-BG (NIC1) fue la más que predominó, ideal para realizar el tratamiento correspondiente, ya que la LIE-AG (NIC2, NIC3) necesitan tratamientos más rígidos.

Los factores asociados a la lesión intraepitelial cervical, fue la nuliparidad y el uso de anticonceptivos, sin embargo, no se hizo el enfoque de causalidad debido a que no es el objetivo del estudio

Se confirma la hipótesis de trabajo al tener una frecuencia de lesión intraepitelial cervical superior al 30% de lo reportado en la bibliografía internacional en la clínica de displasias del HGZ1 MF1 Pachuca Hidalgo.

16. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	AGOS 2017	SEP 2017	OCT 2017	NOV 2017	DIC 2017	ENE 2018	FEB 2018	MAR 2018	ABR 2018
Planeación del tema protocolo	X								
Revisión/selección de la literatura		X	X	X					
Estructura del protocolo					X	X			
Ingreso plataforma "SIRELCIS"							X		
Autorización Protocolo							X	X	
Trabajo de campo aplicación Escala								X	
Análisis de resultados								X	X
discusión y conclusiones								X	X
Recolección Firmas e Impresión								X	X

17. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS



1. Sellors JW, Sankaranarayanan R. La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical. World Health Organization: International Agency for Research on Cancer 2003.
2. Gómez J. Patología benigna y lesiones premalignas de cérvix. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. 2007.
3. CENETEC. Tratamiento del cáncer cervicouterino en segundo y tercer nivel de atención. Secretaria de Salud 2017.
4. CENETEC. Prevención y detección oportuna del cáncer cervicouterino en el primer nivel de atención. Secretaría de Salud 2011.
5. Dávila HL, Álvarez F, Peña ML, García A, Matos Z. Lesiones epiteliales asociadas al virus del papiloma humano. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia 2014; 40(4): 388-398.
6. Cordero J, García M. Citologías alteradas y algunos factores de riesgo para cáncer cervicouterino. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 2015; 41(4).
7. Mota M, Santos C, Gonell J, Muñoz J, Jiménez M. Factores relacionados al tipo de lesión cervical en mujeres positivas para el Virus de la Inmundeficiencia Humana. Anales de Medicina PUCMM 2015; 5(2):51-61.
8. Alaniz A, Orduño M, Cruz M, Alanis TL. Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado y su correlación citocolpohistológica. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM 2011; 54(6): 13-17.
9. Serman F. Cancer 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.
10. Lau D, Millán MM, Fajardo Y, Sánchez C. Lesiones preinvasivas del cuello uterino. Revista Cubana de Obstetricia y ginecología 2012; 28(3): 366-377.

11. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre detección y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino. Washington, DC: OPS, 2014.
12. Rodríguez O, Pichardo R, Escamilla G, Hernández M. Estudio de la patología citológica del cérvix. *Perinatol Reprod Hum* 2009; 23: 12-17.
13. Lacruz C. Nomenclatura de las lesiones cervicales (de Papanicolau a Bethesda 2001). *Rev Esp Patol* 2003; 36(1): 5-10.
14. Agüero A, Castillo K, González M. Neoplasia intraepitelial cervical de alto grado en mujeres menores de 25 años y mayores de 45 años. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2012; 72(2): 89-102.
15. Hernández-Alemán FR, Ornelas-Bernal LA, Apresa-García T, Sánchez-Garduño S, Martínez-Rodríguez OA, Hernández-Hernández DM. Motivos de abandono en el proceso de atención médica de lesiones precursoras de cáncer cervico uterino. *Revista de Investigación Clínica* 2006; 58(3): 217-227.
16. Solís MT, Aguayo F, Vargas M, Olcay F, Puschel K, Corvalán A, Ferrecio C. Factores de riesgo de alteraciones citológicas del cuello uterino en mujeres chilenas: un estudio de casos y controles. *Rev Med Chile* 2010; 138: 175-180.
17. Merlos-Gutierrez AL, Vargas-Espinoza JM, González-González G, Martínez-García M, Sereno-Coló JA. Recidiva de lesión intraepitelial cervical en pacientes postresección de cono con asa diatérmica. *Ginecol Obstet Mex* 2016; 84(2): 95-104.
18. García W, Alfaro G, Tinoco L, Aguagallo A. Eficacia de la conización cervical con radiofrecuencia en pacientes diagnosticadas con NIC II y NIC III del servicio de patología cervical y colposcopia de Solca, Quito. *Rev Oncol* 2010; 20(3-4): 99-104.
19. Cortés CM. Programas para el control del cáncer de cuello uterino. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia 2007. Recuperado de; <http://www.bdigital.unal.edu.co/664/1/597351.2007.pdf>

20. Ortiz R, Uribe CJ, Díaz LA, Dangond YR. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2004; 55(2): 146-160.
21. Carvajal JM, Torres RS, González A, Pérez D, Lasa F, Cantú D. Factores asociados a enfermedad residual en el cono central. *Gaceta Mexicana de Oncología* 2015; 14(1): 21-27.
22. González M, Murillo R, Ososrio E, Gamboa O, Ardila J. Prevalencia de anormalidades citológicas e histológicas de cuello uterino en un grupo de mujeres en Bogotá, Colombia. *Rev Colomb Cancerol* 2010; 14(1): 22-28.
23. Fernando W, Valencia M. Comportamiento de las alteraciones citológicas y algunos factores asociados en una IPS pública del suroeste antioqueño julio 2014 a julio 2015. *Hechos Microbiol* 2015; 6(1): 6-13.
24. Tafurt-Cardona, Acosta-Astaiza CP, Sierra-Torres CH. The prevalence of abnormal cytology and inflammation and their association with risk factors for uterine cervical neoplasms in Cauca, Colombia. *Rev Salud Publica* 2012; 14(1): 53-66.
25. López OA, Peña JA, Paternina VA, Pinedo LA. Prevalencia de anormalidades citológicas del cuello uterino en pacientes atendidos en el centro de atención primaria de la esperanza, Cartagena, Colombia de Enero a diciembre de 2010. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud* 2011; 8(2): 144-149.
26. Alonso Y, González MR, Vázquez VR, González JA, Enríquez I, Leyva IM. Lesiones de cuello uterino en mujeres menores de 25 años; *MediSur* 2011; 9(6): 22-28.
27. García A, Fajardo MT, Caballero MC, Camargo-Figueroa FA. Resultados de la citología cervicovaginal en población universitaria. Un estudio decriptivo. *Enfermería Global* 2016; 42.

18.ANEXOS

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

	<p>UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR</p> <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACION ESTATAL EN HIDALGO HGZ MF No 1 PACHUCA, HGO.</p>	
<p>Lesión cervical más frecuente en la clínica de displasias del HGZ MF1 Pachuca Hidalgo del 2014 al 2017</p>		
Nombre		
NSS		Edad
Reporte histológico		
VPH		
Lesión cervical		
Uso de anticonceptivos	Orales Inyectables Implante Parche	
Nuliparidad		
Número de embarazos		
Resolución del embarazo		
Toxicomanías		
Comentarios		