



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 20

TESIS
INCIDENCIA DE DISPLASIAS DE CUELLO UTERINO EN LA
UMF No.20. DEL I.M.S.S. DURANTE EL AÑO 2010.

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. NICOLAS CRUZ LOPEZ

TUTORA:

DRA. GRISELDA GOMEZ ORTEGA

ASESORAS METODOLOGICAS:

DRA. SANTA VEGA MENDOZA

DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA.

GENERACION 2008 – 2011

MEXICO D. F.





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.

TUTORA

DRA. GRISELDA GÓMEZ ORTEGA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRIA EN BIOÉTICA

ASESOR METODOLÓGICO

DRA. SANTA VEGA MENDOZA

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PROFESORA TITULAR DEL CURSO EN ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR EN LA U.M.F No 20

ASESOR METODOLÓGICO

DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PROFESORA TITULAR DEL CURSO EN ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR EN LA U.M.F No 20

Vo. Bo.

DRA. VICTORIA PINEDA AQUINO

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

MAESTRA EN CIENCIAS

COORDINADORA CLINICA DE EDUCACION E
INVESTIGACION EN SALUD EN LA U.M.F No 20

DEDICATORIAS

A Dios:

Por guiar mis pasos hasta el final de las metas trazadas, dándome fortaleza y esperanza.

A mis padres:

Gracias por su comprensión, acertados consejos y sugerencias en mis momentos de flaqueza, por su apoyo y bendiciones. Los quiero mucho. ¡Gracias!

A mi esposa:

Por brindarme apoyo y cariño en los momentos difíciles, por todo lo que has hecho por mí, por estar siempre conmigo cuando más te necesite, por ser una excelente amiga y compartir juntos alegrías, tristezas y logros. ¡Gracias por todo!

A mis hijos:

Por su espera, cariño y apoyo incondicional que me han dado todo el tiempo, son mi luz y mi fuerza para seguir adelante. ¡Mil gracias!

A mis hermanos.

Por su confianza y apoyo, porque de una u otra forma hicieron un aporte para llegar hasta la meta final. ¡Gracias!

AGRADECIMIENTOS

Al Instituto Mexicano del Seguro social, en especial a la U.M.F. No. 20. Por brindarme la oportunidad de realizar la especialidad en Medicina Familiar.

A las Doctoras: Griselda Gómez Ortega y Santa Vega Mendoza, por su apoyo, su tutoría y orientación científica durante todo el proceso de investigación. Quien durante todo este tiempo me aportaron sugerencias, ideas, críticas constructivas, dándome apoyo en el momento necesario. ¡Muchas Gracias!

A mis maestros quienes me han forjado como persona y profesionista, ya que ellos me han indicado el camino a seguir, con su ejemplo de humildad y excelencia.

A todos mis grandes amigos por brindarme su amistad, comprensión e impulsarme a seguir adelante y conseguir mis metas.

A todos mil GRACIAS.

ÍNDICE

	Página
ÍNDICE	
RESUMEN	
I. ANTECEDENTES	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
III. OBJETIVOS	14
IV. JUSTIFICACIÓN	15
V. HIPÓTESIS	16
VI. SUJETOS MATERIAL Y METODOS	17
VII. VARIABLES DEL ESTUDIO	19
VIII. DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO	24
IX. RECURSOS HUMANOS FISICOS Y FINANCIEROS	25
X. ANALISIS DE RESULTADOS	26
XI. DISCUSIÓN	45
XII. CONCLUSIONES	48
XIII. BIBLIOGRAFIA	49
XIV. ANEXOS	51

INCIDENCIA DE DISPLASIAS DE CUELLO UTERINO EN LA
UMF N.20. DEL I.M.S.S. DURANTE EL AÑO 2010.

INCIDENCIA DE DISPLASIAS DE CUELLO UTERINO EN LA UMF N.20. DEL I.M.S.S.

Nicolás-Cruz Lopez¹, Gómez Ortega Griselda², Vega Mendoza Santa³

1. Médico Residente del tercer año del curso de especialización de Medicina Familiar.
2. Especialista en Medicina Familiar. Maestría en Bioética.
3. Especialista en Medicina Familiar. Profesora Titular del curso de especialización en Medicina Familiar.

RESUMEN:

Introducción: La información estadística es relevante ya que entre otros aspectos, contribuye a monitorear los nuevos casos de los padecimientos en la población dentro de los cuales las displasias de cuello uterino en la mujer, destacan como un problema de salud pública. **Objetivo:** Determinar la incidencia de displasias de cuello uterino, en un grupo de población de riesgo procedente de la U.M.F. No. 20, del I.M.S.S. de Enero a Diciembre del 2010. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio Retro lectivo, observacional, transversal, descriptivo, se analizaron los expedientes de mujeres portadoras de displasia con diagnóstico por Papanicolaou. Se analizó el formato institucional Vigilancia epidemiológica del Cáncer Cervico Uterino y la historia clínica, en los expedientes clínicos de la unidad en busca de los casos de displasias del cuello uterino y sus antecedentes socio demográficos, gineco-obstetricos, de las pacientes seleccionadas, mismos que fueron estadificados. **El Análisis** a través de estadística descriptiva se capturo y valido la información utilizando el paquete estadístico SPSS 19.0. **Resultados:** La incidencia de displasias de cuello uterino durante el periodo estudiado fue de 0.0014494, con 61 casos nuevos, las mujeres en riesgo son aquellas que se encuentra en el rango de edad de 20 a 69 años. El diagnóstico citológico definitivo fue displasia leve: 45 casos, displasia moderada: 12 casos, displasia severa: 4 casos. **Conclusión:** La edad de la primera relación sexual, el número de parejas sexuales, la paridad, el tabaquismo, entre otros son factores que influyen en forma directa para el inicio de la enfermedad.

Palabras clave: Incidencia, displasias, cuello uterino.

SUMMARY:

Introduction: The statistical information is important because among other things, helps to monitor new cases of the diseases in the population in which cervical dysplasia in women, stand out as a public health problem. **Objective:** To determine the incidence of cervical dysplasia in a population at risk from the UMF No. 20, from January to December IMSS de 2010. **Material and Methods:** We performed a retrospective study academic, observational, transversal; we analyzed the records of women with dysplasia diagnosed by Pap smear. Institutional format was analyzed epidemiological surveillance of cervical cancer and medical history, medical records of the unit for cases of cervical dysplasia and sociodemographic background, gynecologic, in selected patients, which were staged. **The analysis** through descriptive statistics is captured and valid information using the SPSS 19.0 statistical package. **Results:** The incidence of cervical dysplasia during the study period was 0.0014494, with 61 new cases; women at risk are those in the age range of 20 to 69 years. The final cytological diagnosis was mild dysplasia: 45 cases, moderate dysplasia: 12 cases, severe dysplasia, 4 cases. **Conclusion:** The age of first intercourse, number of sexual partners, parity, smoking, and other factors that influence directly to the onset of the disease.

Keywords: Incidence, dysplasia, cervix.

I. ANTECEDENTES

El cáncer cervicouterino constituye un problema de salud pública y salud reproductiva en la mujer, ocupa el tercer lugar entre los cánceres más comunes en el mundo y es la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres en países en desarrollo. Los últimos datos disponibles indican que cada año se presentan en el mundo alrededor de 466,000 casos nuevos de cáncer cérvicouterino (CaCu). Además, se presentan 231,000 muertes anuales a causa de este cáncer, de las cuales, aproximadamente 80% se produce en los países en desarrollo, donde el CaCu es el más letal de los cánceres entre las mujeres.

Así, los tumores genitales femeninos constituyen aproximadamente una cuarta parte de todos los tipos de cáncer que padecen las mujeres. El CaCu representa 15% de todas las variantes de cáncer diagnosticadas en mujeres; y ocupa el segundo lugar dentro de las muertes por cáncer y es responsable aproximadamente de 35% de todos los que se presentan en el sexo femenino, particularmente en el grupo de 25 a 64 años de edad. (1)

El cáncer cervicouterino es la primera causa de muerte en mujeres mayores de 25 años por neoplasias en México.

Diversos estudios han analizado los factores de riesgo del cáncer cervicouterino, incluyendo: Mujer en el grupo de 25 a 64 años, inicio temprano de vida sexual (antes de los 18 años), múltiples parejas sexuales (MPS), antecedentes ginecoobstétricos y de infecciones de transmisión sexual (ITS), bajo nivel cultural de salud sexual y reproductiva en las mujeres y otras conductas asociadas a la salud (tabaquismo, mal estado nutricional como la deficiencia de folatos y vitaminas A, C, y E,), el virus del papiloma humano (VPH) sobre todo los tipos de riesgo oncogénico como el 16,18,31,45 y 56 mismos que pueden detectarse en el 85 al 90% de las lesiones precancerosas y neoplásicas.

La citología cervical (Papanicolaou), actualmente se sigue utilizando como el método más eficaz y de bajo costo para detectar el cáncer cervical. Si las lesiones precancerosas son detectadas precozmente y tratadas con éxito, la mujer no desarrollará cáncer. (1)

Existen sistemas formales para la clasificación citológica de las condiciones precursoras de cáncer cervical. Conforme al sistema de Neoplasia Cervical Intraepitelial (NIC), propuesto por Richart, en 1969, a la displasia cervical leve donde se encuentran células en mitosis e inmaduras únicamente en el tercio inferior de el epitelio se le clasifica como (NIC I); a la displasia moderada se le clasifica como (NIC II), afecta el tercio medio del epitelio, y a la displasia severa incluyendo el carcinoma in situ (CIS) se le clasifica como (NIC III).

La detección precoz de este cáncer es una medida costo-efectiva, importante para salvar muchas vidas. Información de la Secretaría de Salud reporto que la reducción de la mortalidad por esta patología solo se logrará elevando la cobertura de toma de muestras de Papanicolaou, lo que conduce a una detección temprana de las lesiones que en un futuro derivarían en cáncer cervicouterino. (1)

Las lesiones benignas del cuello podemos clasificarlas en traumáticas, Inflammatorias y neo formaciones.

Las lesiones pre malignas de cérvix se pueden desarrollar a partir de cualquiera de los tejidos que componen el mismo, fundamentalmente a partir de los epitelios de revestimiento: epitelio pavimentoso poli estratificado del exocérvix (carcinomas epidermoides) o epitelio glandular del endocérvix (adenocarcinomas). (2)

El término displasia de cuello uterino designa a la atipia epitelial cervical intermedia entre el epitelio normal y el carcinoma "in situ" (células carcinomatosas en todo el espesor del epitelio sin interrumpir la membrana basal).

Con la confirmación de las teorías etiológicas que relacionaron el cáncer de cérvix y la infección por VPH surgió la necesidad de modificar la terminología usada hasta entonces, sobre todo en el campo de la citología. Así es como surgen las sucesivas clasificaciones de Bethesda cuya última edición en 2001 pretende adaptarse a los nuevos conocimientos.

SISTEMA BETHESDA 2001

- 1.- No existe lesión intraepitelial o neoplasia maligna.
- 2.- Anomalías de células epiteliales.

* Célula escamosa.

- I. Células escamosas atípicas (ASC)
 1. De significado incierto (ASC-US)
 2. No puede descartarse SIL de alto grado (ASC-H)
- II. Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (SIL-L)
- III. Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (SIL-H)
- IV. Carcinoma de células escamosas.

* Glandular.

- I. Células glandulares atípicas (AGC), de significado incierto (AGC-US)
 - II. Células glandulares atípicas, posiblemente neoplásicas (AGCFN)
 - III. Adenocarcinoma in situ endocervical (AIS)
 - IV. Adenocarcinoma
- Infección por VPH y lesiones precursoras del cáncer cervical. (2)

La infección subclínica sólo se puede diagnosticar si se emplean métodos especiales, como la colposcopia o la citología, debiendo confirmarse mediante una biopsia. Incluyen tanto lesiones benignas como pre malignas.

La infección productiva se caracteriza por una replicación masiva del virus, para lo que es necesario un epitelio diferenciado. Se va a manifestar clínicamente como verrugas genitales o condilomas acuminados. La duración media de la infección por el VPH varía según las diferentes series entre 6-12 meses y 2 años. La duración es mayor en los VPH de alto riesgo que en los de bajo riesgo. (3)

Los distintos cofactores que van a favorecer la persistencia de la infección y por tanto el desarrollo de lesiones preneoplásicas son fundamentalmente: Genotipo viral: VPH 16 y 18, Carga viral, Integración en el genoma, Coinfección, Multiparidad, Uso prolongado de anticonceptivos hormonales, Tabaquismo, Inmunodepresión Infecciones asociadas (VHS o Chlamydia), Nutrición y dieta, Expresión de factores angiogénicos. Las variaciones genéticas individuales de los genes relacionados con

la respuesta inmunitaria innata, humoral y celular pueden influir en la persistencia de la infección por el VPH.

El gen de IL6, ha sido reportado en relación con CaCU, así como el gen de la matriz-metaloproteasa 10 (MMP10) por primera vez relacionado con esta neoplasia. El análisis de agrupamiento jerárquico, además, reveló que las muestras que contienen el mismo tipo viral están asociadas, sugiriendo posibles diferencias en expresión entre tipos virales. (3)

El VPH interfiere en el ciclo celular lo que provoca cambios en oncogenes, y termina produciendo pérdida de la heterocigosis y pérdida de regiones cromosómicas específicas. Estas evidencias, parecen señalar el probable papel de algunos genes supresores de tumores en la génesis del CC. La expresión de diversas proteínas dependientes de genes en el epitelio cervical puede ser evaluada a través de técnicas de inmunohistoquímica (IHQ). Proteínas como p53, bcl2, C-Myc, Ki 67, Ciclinas, P16 INK4a, p21, p27, β -catenina y MCM han sido examinadas en NIC y en CC utilizando estas técnicas. Algunos resultados de estas investigaciones han creado expectativas entre quienes aspiran lograr evidencias para precisar el pronóstico de NIC y del CC y su relación con el VPH. (4)

La biopsia cervical efectuada con la tinción de hematoxilina y eosina se considera el patrón de referencia (estándar) para establecer el diagnóstico de neoplasia intraepitelial del cuello uterino (NIC); sin embargo, existe una baja concordancia diagnóstica. Klaes realizó un trabajo entre expertos ginecopatólogos y encontró que la concordancia con cualquier diagnóstico era del 65%, entre los cuales la neoplasia intraepitelial del cuello uterino era muy baja (40%). Debido a esto se desarrollaron métodos inmunohistoquímicos para distinguir las lesiones verdaderas de las reactivas y graduar correctamente la neoplasia intraepitelial del cuello uterino en sus tres categorías. Los marcadores de proliferación celular estudiados con mayor frecuencia son: el Ki67, la sobreexpresión del p53, telomerasas, detección del virus del papiloma humano (VPH) por hibridación in situ y, recientemente, el p16INK4A (p16). Cuando Klaes mostró la tinción con p16, aumentó la concordancia diagnóstica de 65 a 97%, específicamente para la neoplasia intraepitelial del cuello uterino de 40 al 97%, lo cual indicó que la confiabilidad, sensibilidad y especificidad para detectar la neoplasia en

cualquiera de sus variedades es de 100%. El p16 resultó una herramienta útil para establecer el diagnóstico real, ya que es una técnica confiable y reproducible. Este marcador es accesible para la mayor parte de los laboratorios de histopatología y el ginecólogo; la certeza diagnóstica evita el sobre y subdiagnóstico, y ayuda para establecer el tratamiento en los casos con lesión real. (5)

El desarrollo de la inmunohistoquímica y biología molecular han provocado la incorporación de diversos marcadores moleculares para establecer el diagnóstico histológico y citológico, desde el genoma viral hasta la alteración de proteínas celulares por la infección de VPH (p16) y marcadores de proliferación o maduración celular (Ki-67, p63 y ciclina E).

Recientemente se introdujo otra prueba de detección para VPH de alto riesgo, estandarizada para uso clínico (Invader® TWT), y se encuentra en evaluación por la FDA. (6).

El diagnóstico definitivo del CaCu es histológico, la estadificación del carcinoma cervical es clínica, sin embargo puede apoyarse en los métodos de imagen, sobre todo TC y RM, aunque esta última tiene mejor predilección por su mejor definición, ambos son útiles para estadificar la enfermedad avanzada y detectar recurrencia. Por su parte el PET CT es un método útil en la valoración de ganglios linfáticos, metástasis a distancia y en la valoración de respuesta a tratamiento.

La evolución en los métodos de imagen ha permitido la mejor estadificación y planeación terapéutica. (7)

En Chile, el tamizaje para CaCU se realiza desde los años 60, la toma de PAP se realiza cada 3 años y está focalizado a mujeres entre 25 y 64 años. La cobertura de mujeres beneficiarias del sistema público de salud ha aumentado de 26% a 66% entre los años 1990 y 2003, respectivamente, con una disminución de la mortalidad de una tasa de 11,9 en 1990 a 8,0 por 100.000 mujeres en 2002, y una supervivencia a 5 años de 91,5% en los cánceres localizados y un 12,6% con cáncer invasivo.

Se realizó un estudio con el objetivo de describir la prevalencia de displasia cervical en pacientes infectadas con Virus Papiloma Humano, su distribución por edad y potencial oncogénico de la cepa viral. Fueron utilizados 274 resultados de biopsias de cuello

uterino con diagnóstico histopatológico de infección por Virus Papiloma Humano entre enero de 2003 y septiembre de 2005, del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar, en Chile. (8)

La prevalencia observada de displasias cervicales fue de 45,25%. La distribución de los grados de displasia fueron: Lesión Intraepitelial I 48,28%, Lesión Intraepitelial II 27,8% y Lesión Intraepitelial III 23,76%. La prevalencia según edad presenta su valor más alto entre los 15 y 29 años.

En los últimos años se han desarrollado nuevas técnicas de detección como la citología de base líquida, capturas híbridas virales y reacción en cadenas de polimerasa (PCR), que es actualmente el método más sensible y específico, pero con costo muy elevado, siendo utilizado sólo para investigación. (8)

El cáncer de cuello uterino es una enfermedad que ocupa el tercer lugar en incidencia en las mujeres de Uruguay con una tasa ajustada de 17,0 por 100.000 mujeres para el año 2003. Como causa de muerte ocupa el quinto lugar dentro de las causas neoplásicas más frecuentes en la mujer produciendo alrededor de 140 muertes por año en Uruguay, con una tasa de mortalidad ajustada de 5.99 por 100.000 (1999-2003). Por este motivo se realizó una investigación para determinar la prevalencia de la infección por HPV en las lesiones H-SIL y dentro de ellas en especial las displasias severas y carcinoma in situ de cuello uterino. Se detectó la presencia de ADN de HPV en 39 de las 49 (80%) piezas de conización estudiadas. El tipo viral hallado con mayor frecuencia fue el tipo 16 en 23 de los conos (47%, de lo cuales en 18 casos no se presentó con ninguno de los otros subtipos de alto riesgo analizados), seguidos por el tipo 33 con siete casos (14%) y el tipo 31 en dos casos (4%). Se destaca la ausencia del tipo HPV 18. No se encontraron diferencias significativas en la edad de las pacientes para los diferentes tipos de HPV. No se detectó el tipo viral 18 en ninguna de las 49 piezas de conización investigadas; es posible que el tipo viral 18 tenga una menor prevalencia dentro de las lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino de las mujeres uruguayas, pero hay que tener en cuenta el tamaño muestral considerado. Estos resultados requieren confirmación con un estudio de mayor tamaño. (9)

En los últimos años se han desarrollado vacunas profilácticas tendientes a evitar el ingreso de los tipos virales de alto riesgo 16 y 18 al organismo de la mujer. Esta es una forma de prevención del cáncer de cuello uterino muy efectiva para los tipos virales más frecuentes en las lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino epidermoide. (9)

En Ushuaia, Provincia de Tierra del Fuego, Argentina. Se realizó un estudio de caso-control de 132 cepillados endocervicales. La detección y tipificación del genoma viral fue realizada por la reacción en cadena de la polimerasa, con posterior análisis de polimorfismos de fragmentos de restricción o hibridación. La prevalencia general de la infección fue 41%, correspondiendo 26% a los controles y 71% a los casos. El grupo etario con mayor prevalencia de HPV fue el de 14 a 24 años. Los tipos virales más frecuentes en la población infectada fueron HPV16 (23%), HPV18 (11%) y HPV33/35 (8% cada uno), resultando infectados con tipos virales de alto riesgo el 30% de las muestras, 16% de los controles y 60% de los casos. El trabajo aporta los primeros datos sobre los tipos virales predominantes en Ushuaia. Los resultados demostraron una prevalencia menor que en regiones con alta incidencia de cáncer cervical, siendo el HPV16 el más frecuente. La información obtenida permitiría estimar la efectividad de las vacunas en vías de aprobación, en la población estudiada. Este trabajo confirmó el predominio de la infección por HPV en la población joven (menor de 40 años), con un pico de prevalencia en mujeres entre 14 a 24 años. Si bien este patrón epidemiológico es similar en todo el mundo, se han sugerido diferencias geográficas asociadas con las conductas sexuales y con el nivel socio-cultural. (10)

Estudios recientes sugieren que la sobreexpresión de p16, determinada por inmunohistoquímica, sería un marcador específico de células escamosas displásicas y neoplásicas con alta asociación con HPV de alto riesgo. En el Hospital Municipal Prof. Dr. B. Houssay, de Buenos Aires, se realizó un estudio cuyo objetivo fue correlacionar los hallazgos cito/histológicos con la expresión de p16 y el subtipo de HPV por PCR. Seleccionándose 95 biopsias de cuello uterino y 4 legrados endocervicales de 99 individuos, y 30 extendidos cervicovaginales de otros 30 individuos, que se dividieron según el diagnóstico morfológico. Inmunomarcándose cortes del material incluido en parafina y los extendidos con el kit CINtec, p16INK4a (DAKO).

Evaluaron HPV por PCR utilizando 25/99 biopsias con lesión intraepitelial escamosa de bajo grado. Observándose marcación positiva para p16 en 1/35 biopsias (2.9%) y 1/11 extendidos (9%) en los grupos sin HPV ni displasia; 16/25 biopsias (64%) y 6/10 extendidos (60%) en aquellos con lesión de bajo grado y 38/39 biopsias (97.4%) y 8/9 extendidos (89%) en los grupos con lesión de alto grado y carcinoma escamoso. Todas las muestras con HPV-6/11 fueron negativas o positivas focales para p16, en tanto que aquellas con HPV-18 u otros subtipos fueron mayoritariamente positivas de tipo difuso. Concluyéndose que la expresión de p16 presenta alta correlación con el diagnóstico cito/histológico y alta asociación entre la marcación difusa y la presencia de HPV de alto riesgo, aportando mayor objetividad en casos dudosos y ayudando a seleccionar grupos de individuos con riesgo de Progresión de enfermedad, con un costo aceptable para estudiar grandes grupos. (11)

En Bogotá, Colombia, se registran 322 muertes y 676 casos asociados a cáncer de cuello uterino anualmente. Esto ocasiona la pérdida de 1,5 años de vida por cada 1 000 mujeres al año, la mayoría en mujeres entre los 40 y 69 años. Adicionalmente, se diagnosticarían 6 084 lesiones de cuello uterino de alto grado y 22 984 de bajo grado. El costo de la enfermedad ascendería a 7 millones de dólares anuales aproximadamente.

Por otra parte, la proporción global de mujeres (18 a 69 años) que se hacen la citología en Bogotá según la encuesta de Demografía y Salud es de 89,2 %, pero cuando se estratifica por la frecuencia del tamizaje se encuentra que el 54 % menciona hacérsela una vez al año, el 5,6 % cada dos años y rara vez 18 %. Una lectura cuidadosa a estos datos sugeriría que hasta un 40 % de la población femenina en Bogotá no se realiza la citología o lo hace de manera errática, lo cual resalta la necesidad de mejorar el acceso de las mujeres a la información sobre la prueba y a la prueba misma. (12)

En México el cáncer cervicouterino se considera prioridad porque ocupa el primer lugar en incidencia debida a tumores malignos y el tercero en mortalidad por neoplasias malignas en la población general. Es la primera causa de muerte en mujeres, particularmente en el grupo que va de 25 a 64 años de edad.

Existen varios estudios publicados en México sobre la participación del virus del papiloma humano en el cáncer cervicouterino. En una investigación realizada en el occidente de México se concluye que el virus coexiste en 41% de las pacientes con lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado, y en 69% de las que padecieron cáncer cervicouterino, sin diferencias estadísticamente significativas. El tipo viral más frecuente fue el 16, con 24 y 61% para los grupos mencionados con diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.03$). La frecuencia del virus tipo 58 es elevada en esta región.

En el estado de Colima se encontró que la prevalencia de la infección para cualquier tipo del virus, detectado mediante PCR, fue de 96.4%. Los tipos más frecuentes del virus de alto riesgo fueron el 16, 18 y 31. El 16 fue el que más se relacionó con las lesiones escamosas intraepiteliales y el cáncer cervicouterino, ya que estaba presente en 75.7% de los casos y sólo en 31.3% de los controles, un riesgo 6.84 veces más alto para los primeros. (13)

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 micro invasor entre los 45 y 50 años y el invasor de los 50 años en adelante.

En nuestro país ocupa uno de los cinco primeros lugares de demanda de consulta en el primer nivel de atención médica y en grupos de edad entre los 15 a 44 años. (14)

Los informes del Registro Histopatológico de Neoplasias demuestran que la incidencia del cáncer cervicouterino invasor en el año 2000 fue de 9,801 casos, de un total de 91,913 neoplasias malignas, cifra que lo sitúa en primer lugar entre los cánceres en la mujer (20.1%) y que le permite ocupar 69.7% de los cánceres del conducto genital femenino.

En el 25% de las mujeres mexicanas con cáncer uterino se ha identificado al VPH 16 de alto riesgo que tiene una variedad llamada asiático americana (VPH 16 AA), considerada nueve veces más oncogénica que la variante europea de este virus (VPH 16 E). El tipo VPH 16 AA-c es una variante del VPH 16

considerada como propia de la población mestiza mexicana. La infección por este tipo viral se ha relacionado en mujeres más jóvenes y con neoplasias más agresivas. (14)

Al considerar cada una de las entidades federativas, el Distrito Federal, conjuntamente con la zona metropolitana, ocupa el primer lugar en frecuencia de este padecimiento. En la última década se reportaron en México más de 4,950 defunciones con una tasa de 19.9 por 100,000 mujeres, con esto se estima que cada año mueren 12.5 mujeres por día.

Al inicio de las relaciones sexuales, se dice que 20% de las mujeres contraen este padecimiento, pero la mayor incidencia se presenta entre quienes tienen de 35 a 40 años de edad. (15)

El Papanicolaou (Pap) es el análisis que se usa para detectar el cáncer cervical y que se hace durante un examen pélvico. El Pap tiene una alta sensibilidad (75%) y especificidad (95%). Con una tasa de resultados falsos negativos, señalados en la literatura mundial que varía de 5 a 50%, pero al repetir el estudio, esta tasa disminuye de 1 a 2%. Se ha establecido que las mujeres que previamente hayan tenido al menos un frotis cervical negativo presentan bajas tasas de cáncer invasor por diez o más años. (15)

El hecho de que gran parte de los casos de CaCu se desarrollen en mujeres de escasos recursos o que tienen un acceso limitado a los servicios de salud, muchas de ellas no se hacen la prueba de Pap, que es la más conocida para detectar el CaCu. Las razones son variadas, entre las que destacan el hecho de que no han sido suficientemente informadas acerca de los beneficios para su salud, no tener acceso a los centros de salud que lo proporcionan gratuitamente o que han tenido experiencias negativas con el médico u otros profesionales de salud que los atendió.

También hay que considerar la educación, el pudor de gentes del área rural, y la formación familiar que han recibido, la reacción de su pareja, quien puede prohibirle que vaya al ginecólogo. Las palabras y el tono que utiliza el personal de salud para referirse al procedimiento o a sus observaciones, forman parte de las experiencias vividas de las mujeres que ellas consideran para regresar o no al mismo lugar y aún para considerar con mayor o

menor dificultad el volver a realizar la DOC de manera oportuna.
(16)

Por otra parte, en América Latina esta prueba está estrechamente ligada a los programas de planificación familiar. Por ende, el tamizaje se hace a las mujeres menores de 30 años de edad. Pero, puesto que el grupo de mujeres que corre el riesgo más alto de tener Ca Cu es de 25 a 60 años, los programas de prevención y detección no son tan eficaces como deberían serlo en mujeres de más de 30 años.

Los costos del tratamiento son graves problemas en América Latina. Si bien los exámenes de Pap son gratuitos en la mayoría de los casos, el diagnóstico confirmatorio y tratamiento posteriores pueden no serlo. (16)

La etiología y nosología de la enfermedad tiene diferentes significados para el equipo médico y para las mujeres. Para estas últimas, las causas de la enfermedad tienden a vincularlo con prácticas que son valoradas de manera negativa en su cultura, tienden a mencionar con frecuencia que se debe a que las mujeres tienen diferentes parejas sexuales y no mencionan en el mismo nivel de preocupación las relaciones de sus parejas con otras mujeres y que son ellos los portadores del VPH. Aparentemente no hay una vinculación clara entre las prácticas sexuales de los hombres con el cáncer que ellas consideran como propio de las mujeres. El principio de no maleficencia considera la protección del paciente en forma adecuada, a través de medidas efectivas de prevención, así como la protección de terceros en riesgo, por lo cual la DOC se debería de hacer llegar de igual manera a los hombres al igual que las mujeres, ya que se sabe que el principal cofactor del Ca Cu es un virus, considerado como una infección viral y que no sólo es por una parte, sino que juega un papel importante la pareja. (16)

Se realizó un estudio observacional, transversal, donde se incluyó a mujeres que demandaron realizarse la citología cervical en el Hospital Central del Estado de Chihuahua. Se recabó información demográfica, antecedentes clínicos y factores de riesgo. Se incluyó en el estudio a 2 602 mujeres entre edades 13 a 80 años, el 28,8% de ellas acudía por primera vez al examen. La prevalencia de positividad fue 142 (5,46%); la NIC I fue la de mayor prevalencia (128 (90,1%).

El cáncer cervicouterino en Chihuahua es un problema de salud pública con una alta prevalencia, a pesar del bajo índice de primera vez. Los factores asociados fueron múltiples parejas sexuales, papiloma virus humano, así como erosión, cervicitis y leucorrea. Se debe fomentar el programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino. (17)

Los reportes epidemiológicos señalan que el VPH se presenta en 99.7% de los casos positivos de cáncer cervicouterino (CaCu), y en estudios nacionales se ha reportado que la presencia de VPH de alto riesgo aumenta 78 veces la probabilidad de presentar CaCu. El CaCu es la segunda causa de muerte de mujeres mayores de 25 años en México y Sonora. Los programas de detección oportuna de América Latina y el Caribe (a excepción de Cuba) han tenido un éxito limitado al mantener las tasas de incidencia y mortalidad más altas del mundo, sólo superadas por las de África Oriental y Melanesia. (18)

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La alta incidencia de displasias de cuello uterino en nuestro país determinó que esta enfermedad y sus complicaciones tardías, constituyeron un problema de salud que debemos enfrentar hoy en día, ya que estas displasias son un factor importante en el aumento de la morbimortalidad de cáncer cervico-uterino, lo que ocasiona costos muy elevados para las instituciones.

La transición epidemiológica pone de manifiesto la emergencia de las displasias de cuello uterino en la agenda de todas las instituciones de salud.

Las cifras dan muestra de la importante demanda de servicios diagnósticos, para la detección y el tratamiento de estas patologías.

Aunque existen programas bien establecidos para la detección de las displasias de cuello uterino que afectan a la mujer, se requiere fortalecer estrategias abocadas a los grupos de edad en riesgo.

Por lo anterior consideramos importante determinar en nuestro medio la incidencia de displasias de cuello uterino, y las situaciones clínicas que favorecen su presencia.

En el presente trabajo se pretende presentar los casos nuevos registrados en relación a estas patologías, con la intención de ofrecer un apoyo estadístico que a futuro pudiera orientar hacia una sospecha diagnóstica, y ofrecer al paciente una oportunidad temprana de tratamiento.

Por lo que se formula la siguiente interrogante.

¿Cuál es la incidencia de las displasias de cuello uterino en las usuarias que acuden a la U.M.F. No 20 del I.M.S.S.?

III. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL:

Determinar la incidencia de displasias de cuello uterino, de la U.M.F. No 20 del I.M.S.S. en el periodo comprendido entre Enero a Diciembre del 2010.

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar el número de casos nuevos de displasias de cuello uterino, presentados en la población femenina de riesgo, procedente de la U.M.F. No. 20, del IMSS en un periodo determinado.
2. Perfil socio demográfico y clínico de la mujeres que padecen displasias
3. Describir el diagnostico cito patológico más frecuente encontrado.
4. Determinar la oportunidad de la atención de los casos encontrados con reporte de displasia, así como el turno y consultorio en donde se reporta el mayor número de casos.

IV. JUSTIFICACIÓN

Sólo mediante la vigilancia epidemiológica sistemática de las displasias de cuello uterino, será posible conocer las características de su comportamiento y la real magnitud del problema en nuestra unidad médica de trabajo. La vigilancia epidemiológica de esta patología es una de las funciones que el Servicio de Epidemiología debe realizar para apoyar la labor de la prevención y el control de las mismas, tal como lo describen experiencias desarrolladas.

Para alcanzar el propósito indicado, los estudios de incidencia y prevalencia nos permitirán determinar el estado y comportamiento de las displasias de cuello uterino, con lo cual se podrá plantear el desarrollo de acciones y programas que permitan enfrentarlos.

Uno de los propósitos principales del presente trabajo es impulsar el estudio sistemático de las displasias de cuello uterino en nuestra unidad médica de trabajo.

Una ventaja adicional está referida a la posibilidad de evaluar el impacto de las acciones de control y prevención que se implementen.

Finalmente, si consideramos a las displasias de cuello uterino como un problema que atañe a todas las unidades médicas de salud, los estudios de incidencia y prevalencia que se realicen en los diferentes establecimientos médicos bajo un mismo marco metodológico, permitirán la comparación epidemiológica del problema, con el consecuente intercambio de experiencias; lo cual será beneficioso para las unidades médicas involucradas.

El Instituto Mexicano del Seguro Social debe hacer frente a esta problemática ampliando sus programas de prevención y atención.

Por lo que con este trabajo de investigación se pretende:

- Establecer y actualizar información estadística que permita, conocer la incidencia de las displasias de cuello uterino, en la población de nuestro ámbito de estudio.
- Conocer las variables predominantes que se relacionen con dicha patología, con enfoques de detección oportuna.

V. HIPÓTESIS

Este estudio no requiere hipótesis, ya que se trata de un estudio descriptivo.

VI. SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS.

a) Área de Estudio: El presente estudio se realizó en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar # 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación 1 noroeste, que se encuentra ubicado en Av. Vallejo No 675 en la colonia Magdalena de las Salinas México D.F, la cual es una clínica de primer nivel de atención, en donde se cuenta con 30 consultorios, los cuales se encargan de brindar servicios de Consulta externa general, además de contar con los servicios de Odontología, Enfermería materno-infantil, Prevenirss, Medicina del trabajo, Planificación familiar, Laboratorio, Rayos X, Farmacia, Curaciones y Medicina preventiva, a donde acuden derechohabientes para recibir atención y de quienes se consultaron los datos registrados en sus expedientes para realizar el presente estudio.

b) Diseño: Observacional.

c) Tipo de Estudio:

Retro lectivo, observacional, transversal, descriptivo.

d) Grupo de Estudio

Expedientes de mujeres portadoras de resultado anormal de Papanicolaou, del servicio de Consulta Externa de la U.M.F. # 20, durante periodo del 1 de enero al 31 de diciembre del 2010.

e) Criterios de inclusión:

Expedientes de mujeres que se realizaron citología cervical, con reporte de algún grado de displasia de cuello uterino en el periodo establecido.

Que se encontraron adscritas a la U.M.F. # 20 del I.M.S.S.

Que contaron con expediente clínico en la U.M.F. donde se realizo el estudio.

Todas las pacientes con Neoplasia Cervical Intraepitelial.

Sin distinción de turno.

f) Criterios de exclusión:

Expedientes de mujeres con citología cervical con reporte inespecífico

g) Criterios de Eliminación:

Los expedientes que no cumplieron con la integridad necesaria para la recopilación de datos.

h) Tamaño de la muestra:

Se estimó la muestra, de acuerdo al número de resultados de Papanicolaou con algún grado de displasia de cuello uterino, reportados entre el periodo del 01 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2010.

Fórmula:

Tasa de incidencia =

$$\frac{\text{No de casos nuevos}}{\text{Población en riesgo durante el periodo de tiempo.}}$$

VII. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

<i>Variable</i>	<i>Definición Conceptual</i>	<i>Definición Operacional</i>	<i>Escala de Medición</i>	<i>Estadístico de análisis</i>
CONSULTORIO	Área laboral donde se realizó la detección.	En base a número de consultorios de atención medica de la UMF que son 30 consultorios.	Cualitativa Ordinal	
TURNO	Horario laboral cuando se realizó la detección.	Se clasificara en: 1.=matutino. 2.= vespertino	Cualitativa nominal	
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento estimado en años.	Se medirá en años cumplidos, clasificándolos por grupos etarios, de quinquenios cuando se obtengan los datos y va de: 1) 15-19años, 3) 20–24años 4) 25-29años, 5) 30-34años, 6) 35-39años 7) 40-44años 8) 45-49años, 9) 50-54años, 10) 55 = 59 11) 60 y mas años.	Cuantitativa de Razón	
OPORTUNIDAD DE ATENCION	Ocasiones en que la paciente acude a la realización de la detección.	Se obtendrán los datos en el expediente clínico, y se clasificará en: 1) Primera vez. 2) Subsecuente	Escala	
ULTIMA CITOLOGÍA REALIZADA.	Intervalo de tiempo entre la toma actual de Papanicolaou y la previa.	Se obtendrán los datos de el formato de citología cervical en el expediente clínico, y se clasificará en 1) Primera vez en la vida, 2) Un año o menos. 3) 2 años. 4) 3 o más años.	Cualitativa Nominal	

SIGNOS Y SÍNTOMAS.	Manifestaciones subjetivas y objetivas expresados por la paciente al momento del estudio.	Se obtendrán los datos de el formato de solicitud de citología cervical y se clasificaran en: 1) Flujo. 2) Prurito o ardor vulvar. 3) sangrado anormal. 4) Ninguno.	Cualitativa Nominal	
EXPLORACIÓN FÍSICA GINECOLÓGICA.	Características físicas de cuello uterino al momento de la toma de la muestra.	Se obtendrán los datos de el formato de citología cervical en el expediente clínico, y se clasificará en 1) Cuello aparentemente sano. 2) Cuello anormal sin tumoración. 3) Cuello anormal con tumoración. 4) No se observa cuello.	Cualitativa Nominal	
UTENSILIO CON EL QUE SE TOMO LA MUESTRA.	Herramienta o instrumento con se obtuvo la muestra cervical.	Se obtendrán los datos de el formato de citología cervical en el expediente clínico, y se clasificará en: 1) Espátula de Ayre. 2) Citobrush. 3) Pipeta. 4) Abate lenguas. 5) Otro.	Cualitativa Nominal	

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA.	Contenido de la muestra al momento del análisis.	Se obtendrán los datos de el formato de citología cervical en el expediente clínico, y se clasificará en: <ol style="list-style-type: none"> 1) Presencia de células endocervicales. 2) Metaplasia epidermoide. 3) Inadecuada para el diagnostico. 	Cualitativa nominal	
DIAGNOSTICO CITOLÓGICO.	En base a tipificación histopatológica	Se clasificaran de acuerdo a resultado de examen citológico <ol style="list-style-type: none"> a) Negativo a cáncer b) Negativo con proceso inflamatorio c) Displasia leve (NIC I) d) Displasia moderada (NIC II) e) Displasia grave (NIC III) f) "in situ" (NIC III) g) Micro invasor. h) Invasor. i) Adenocarcinoma j) Maligno no especificado 	Cualitativa Nominal	
HALLAZGOS ADICIONALES.	Material histopatológico añadido, encontrado en la muestra cervical.	Se obtendrán los datos de el formato de citología cervical en el expediente clínico, y se clasificará en: <ol style="list-style-type: none"> 1) Imagen del virus del papiloma. 2) Imagen del virus del herpes. 3) Tricomonas. 4) Bacterias. 5) Hongos. 6) Otros. 7) Ninguno. 	Cualitativa nominal.	

ADICCIONES	Hábito de quien se deja dominar por el uso de alguna o algunas drogas tóxicas.	Se obtendrá a través de la historia clínica en el expediente y se clasificará en: 1) Tabaquismo. 2) Alcoholismo. 3) Marihuana. 4) Cocaína. 5) Otras drogas.	Cualitativa nominal	
RELIGION	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto.	Se obtendrán los datos en el expediente clínico, y se clasificará en: 1) Católica 2) Evangélica 3) Pentecostés. 4) Otras. 5) ninguna	Cualitativa nominal	
ESTADO CIVIL	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles, y a la cual está sujeta la vida de cada uno.	Se obtendrán los datos en el expediente clínico, y se clasificará en: 1) Soltera, 2) Casada, 3) unión libre, 4) Divorciada / Separada. 5) Viuda. 6) no aplica	Cualitativa Nominal	
OCUPACIÓN (Situación Laboral)	Condición de un individuo que presta un servicio, actividad o función; dentro de una empresa o institución, para recibir a cambio un pago monetario	Basado en su historial clínico en el expediente: 1) Empleada. 2) Desempleada. 3) Jubilada. 4) Pensionada. 5) Ama de casa. 6) No aplica.	Cualitativa Nominal	

<p>ESCOLARIDAD (Grado máximo de estudios)</p>	<p>Nivel de estudios alcanzados.</p>	<p>Se obtendrá a través de la historia clínica en el expediente y se clasificará</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Primaria 2) Secundaria, 3) Preparatoria, 4) Carrera técnica 5) licenciatura, 6) Posgrado 7) Ninguna. 	<p>Cualitativa Nominal</p>	
<p>ESTADO SOCIOECONÓMICO</p>	<p>Grado de bienestar, principalmente material, alcanzado por los componentes de una clase social.</p>	<p>A través de la escala validada de Graffar, que toma en cuenta las siguientes variables: Profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingresos, condiciones de la vivienda. Y se clasifica en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) De 4-6 puntos, estrato Alto. 2) De 7-9 puntos, Medio Alto. 3) De 10-12 puntos, Medio Bajo. 4) De 13-16 puntos, Obrero. 5) De 17-20 puntos, Marginal. 	<p>Cualitativa Ordinal</p>	

<p>ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS.</p>	<p>Conocimiento de las circunstancias gineco-obstétricas previas, de las mujeres en estudio.</p>	<p>Se obtendrán los datos en el expediente clínico, y se clasificará en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Menarca. 2) Ritmo. 3) Dolor menstrual. 4) Edad de IVSA. 5) Número de parejas sexuales. 6) Gestas. 7) Paras. 8) Abortos. 9) Legrados. 10) Cesáreas. 11) Histerectomía. 12) Método de PPF. 13) Infecciones cervicovaginales recurrentes. 14) Detección de CA MA. 	<p>Cualitativa nominal</p>	
---	--	---	----------------------------	--

VIII. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Previa presentación y aprobación del trabajo por el comité de investigación de la unidad, se presentó a las autoridades correspondientes para obtener el apoyo del personal de la unidad.

Se realizó un estudio observacional, retrolectivo, transversal, descriptivo, de pacientes adscritas a la UMF 20, Vallejo, que se realizaron detección de citología cervical y que se reportaron con algún grado de displasia, en un periodo comprendido de Enero a Diciembre del 2010.

El estudio se realizó mediante la recolección de datos procedentes de los archivos clínicos de la población en estudio, así como de los registros estadísticos del servicio de epidemiología.

Se solicitó el apoyo del servicio de archivo clínico de la unidad, así como los de estadística epidemiológica.

Los datos fueron recolectados por el investigador.

Se solicitó orientación de los médicos tutor y asesores para la realización del procesamiento de la información, el análisis de los datos recolectados y la realización gráfica estadística, a través del programa estadístico SPSS 15.0. Los resultados se presentaron en cuadros y gráficos.

ANÁLISIS DE DATOS

Se analizaron a través de estadística descriptiva utilizando para variables cuantitativas media, mediana y para variables cualitativas porcentajes y distribución de frecuencias. La forma de captura y validación de la información se realizó a través del paquete estadístico SPSS 19.0.

IX. RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS

En cuanto a los recursos humanos consistió en todo el personal involucrado en el presente estudio, incluyendo investigador, asesores, personal de epidemiología y de archivo clínico.

Los recursos físicos fueron, toda la infraestructura que involucra a los expedientes, material electrónico de información y archivos de la UMF # 20 Vallejo.

Los recursos financieros incluyeron los recursos económicos que se utilizaron para las hojas, lápices, fotocopias y todos los materiales implicados en la realización del estudio, los cuales fueron financiados por parte del alumno investigador.

X. ANÁLISIS DE RESULTADOS:

Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo, en 61 pacientes con displasia de cuello uterino de la UMF # 20 del I.M.S.S. en el periodo comprendido de Enero a Diciembre del 2010.

Se obtuvieron los siguientes resultados: Se apreció **una incidencia** de 0.001449413106 de displasia. (Cuadro 1)

El **perfil socio demográfico** de las mujeres fue una edad media de 38.11 años, una mínima de 22 años y máxima de 68 años. El rango de edad predominante fue de 30 a 34 años un 21.3 % (N=13), religión católica 83.6 % (N=51), estado civil casadas 57.4% (n=35), ocupación empleada 49.2% (n= 30), nivel de escolaridad primaria 34.4% (n=21), nivel socioeconómico medio alto 44.3% (n=27). En cuanto a adicciones se apreció predominio de tabaquismo 29.5% (n=18). (Cuadro 2).

El **consultorio** con mayor numero de reportes fue el consultorio # 25, 11.5% (n=7), el turno con mayor numero de reportes fue el matutino 60.7% (n= 37), la oportunidad de atención fue de primera vez 59% (n= 36). (Cuadro 3).

En cuanto a los **antecedentes ginecoobstetricos**, la presencia de menarca a los 13 años 39.3% (n=24), ritmo regular 67.2 % (n=41), eumenorreicas 49.2% (n=30), edad de inicio de vida sexual 17 y 18 años 26.2 % (n=16) cada una respectivamente, una pareja sexual el 36.1 % (n= 22), dos gestas 36.1 % (n= 22), dos paras 32.8 % (n= 20), ningún abortos 77.0 (n = 47), ningún legrados 80.3% (n=49), ninguna cesáreas 75.4 % (n= 46), sin histerectomía 96.7 % (n=59), método de planificación familiar DIU 37.7 % (n= 23), tiempo de planificación familiar de 0 – 4 años, 36.1 % (n= 22),. citologías previas realizadas ninguna 59.0 % (n= 36), de las mujeres con citologías previas refirieron 1 año o menos de la última citología el 31.1% (n=19), infecciones cervico vaginales recurrentes negativo 44.3 % (n= 27), numero de detecciones de cáncer mamario realizadas 1 detección 49.2 % (n= 30), fecha de ultima detección de cáncer mamario 1 año o menos 93.4 % (n=57), con último resultado de detección de cáncer mamario normal, el 80.3 % (n=49). (Cuadro 4 A, B, C).

Las **características clínicas** referidas por las pacientes a la toma de la citología fueron: flujo 49.2 % (n= 30), exploración ginecológica con cuello aparentemente sano 36.1 % (N=22), (Cuadro 5).

Resultados de la citología cervical realizada: metaplasia epidermoide 83.5 % (n= 51). Diagnostico citológico con displasia leve (NIC 1) 73.8 % (n=45). Hallazgos adicionales, imagen del virus del papiloma 65.6 % (n=40), utensilio con el que se tomo la muestra espátula de ayre y citobrush 95.1 % (n=58 (Cuadro 6).

Las características de las mujeres con **diagnóstico citológico de displasia leve (NIC 1)**, edad de 30-34, 24.4 % (n=11), religión, católica 80.0 % (n=36), estado civil, casada 62.2 % (n=28), ocupación, empleada 51.1 % (n=23), escolaridad primaria 33.3 % (n= 15), economía medio alto 48.9 % (n=22), adicciones tabaquismo 31.1 % (n=14), del consultorio 25, 13.3 % (n= 6), turno matutino 73.3 % (n= 33), oportunidad de atención primera vez 60.0 % (n= 27). Con antecedentes ginecoobstetricos de menarca a los 13 años 42.2 % (n=19), ritmo regular 71.1 % (n=32), eumenorreica 53.3 % (n=24), edad de inicio de vida sexual 17 años, 28.9 % (n= 13), número de parejas sexuales una 40.0 % (N=18), 2 gestas 37.8 % (n=17), 2 paras 33.3 % (n= 15), ningún aborto 71.1 % (n=32), ningún legrado 73.3 % (n= 33), ninguna cesárea 66.7 % (n= 30), sin histerectomía 97.8 % (n=44), método de planificación familiar DIU 40.0 % (n= 18), tiempo de planificación familiar de 0-4 años 33.3 % (n=15). Ninguna citología previa realizada 60.0 % (n=27), de las mujeres con citologías previas refirieron 1 año o menos de la última citología el 33.3 % (n= 15), infecciones cervico vaginales recurrentes negativo 46.7% (n=21), 1 detección de cáncer mamario realizado 51.1 % (n=23), fecha de ultima detección de cáncer mamario 1 año o menos 93.3 % (n=42), último resultado de detección de cáncer mamario normal 84.4 %, (n=38).Las características clínicas a la toma de citología fueron: síntomas de flujo 57.8 % (n=26), exploración ginecológica cuello anormal sin tumoración 53.3 % (N=24). Las características de la muestra fue con metaplasia epidermoide 77.8 % (n= 35), hallazgos de imagen del virus del papiloma 60.0 % (n=27), utensilio con el que se tomo la muestra espátula de ayre y citobrush 95.6 % (n=43). (Cuadros 7, 8,9-A, B, C, 10, 11)

Las características de las mujeres con **diagnostico citológico de displasia moderada (NIC 2)**, edad de 20-24, 25.0 % (n=3), religión, católica 91.7 % (n=11), estado civil, casada 33.3 % (n=4), ocupación, empleada 58.3 % (n=7), escolaridad secundaria 41.7 % (n= 5), economía obrero 41.7 % (n=5), adicciones tabaquismo 33.3 % (n=4), del consultorio 11, 16.7 % (n=2), turno vespertino 75.0 % (n= 9), oportunidad de atención primera vez 66.7 % (n= 8). Con antecedentes ginecoobstetricos de menarca a los 12 años 41.7 % (n=5), ritmo regular 66.7 % (n=8), eumenorreica 41.7 % (n=5), edad de inicio de vida sexual 18 años, 33.3 % (n= 4), número de parejas sexuales tres, 41.7 % (N=5), 2 gestas 41.7 % (n=5), 2 paras 41.7 % (n= 5), ningún aborto 91.7 % (n=11), ningún legrado 100.0 % (n= 12), ninguna cesárea 100.0 % (n= 12), sin histerectomía 91.7 % (n=11), método de planificación familiar DIU 33.3 % (n= 4), tiempo de planificación familiar de 0-4 años 58.3 % (n=7). Ninguna citología previa realizada 66.7 % (n=8), de las mujeres con citologías previas refirieron 1 año o menos de la última citología el 25.0 % (n= 3), infecciones cervico vaginales recurrentes con tratamiento únicamente a la paciente 50.0 % (n= 6), 1 detección de cáncer mamario realizado 50.0 % (n=6), fecha de ultima detección de cáncer mamario 1 año o menos 100.0 % (n=12), último resultado de detección de cáncer mamario normal 66.7 %, (n=8). Las características clínicas a la toma de citología fueron: síntomas de flujo mas prurito o ardor vulvar 50.0 % (n=6), exploración ginecológica cuello anormal sin tumoración 91.7 % (N=11). Las características de la muestra fue con metaplasia epidermoide 100 % (n= 12), hallazgos de imagen del virus del papiloma 91.7% (n= 11), utensilio con el que se tomo la muestra espátula de ayre y citobrush 91.7 % (n=11). (Cuadros 7,8,9-A,B,C, 10, 11)

Las Características de las mujeres con **diagnóstico citológico de displasia grave (NIC 3)**, edad de 35-39, 25.0 % (n=1), religión, católica 100.0 % (n=4), estado civil, casada 75.0 % (n=3), ocupación, ama de casa 100.0 % (n=4), escolaridad primaria 50.0 % (n= 2), economía medio bajo 75.0 % (n=3), del consultorio 26, 50.0 % (n=2), turno vespertino 75.0 % (n= 3), oportunidad de atención subsecuente 75.0 % (n= 3). Con antecedentes ginecoobstétricos de menarca a los 12 años 50.0 % (n=2), ritmo no regla 75.0 % (n=3), dolor menstrual no regla 75.0 % (n=3), edad de inicio de vida sexual 14 años, 25.0 % (n= 1), número de parejas sexuales una 50.0 % (N=2), 4 gestas 50.0 %

(n=2), cuatro paras 50.0 % (n= 2), ningún aborto 100.0 % (n=4), ningún legrado 100.0 % (n= 4), ninguna cesárea 100.0 % (n= 4), sin histerectomía 100.0 % (n=4), ningún método de planificación familiar 75.0 % (n= 3), sin tiempo de planificación familiar 75.0 % (n=3), 1 citología previa realizada 50.0 % (n=2), de las mujeres con citologías previas refirieron 2 años de la ultima citología el 50.0 % (n= 2), infecciones cervico vaginales recurrentes con tratamiento únicamente a la paciente 50.0 % (n= 2), 2 detecciones de cáncer mamario realizadas 75.0 % (n=3), fecha de ultima detección de cáncer mamario 1 año o menos 75.0 % (n=3), último resultado de detección de cáncer mamario normal 75.0 %, (n=3). Las características clínicas a la toma de la citología fueron: síntomas de flujo 50.0 % (n=2), exploración ginecológica cuello anormal sin tumoración 100.0 % (N= 4), Las características de la muestra fue con metaplasia epidermoide 100.0 % (n= 4). Hallazgos de imagen del virus del papiloma 50.0 % (n=2), utensilio con el que se tomo la muestra espátula de ayre y citobrush 100.0 % (n= 4). (Cuadros 7, 8,9-A, B, C, 10, 11).

CUADRO No 1: INCIDENCIA DE DISPLASIA EN LA UMF # 20 DEL IMSS EN EL AÑO 2010

GRUPO DE EDAD	CASOS NUEVOS	POBLACION EN RIESGO	INCIDENCIA
20 – 69 AÑOS	61	42086	0.001449413106

CUADRO No 2: PERFIL SOCIODEMOGRAFICO DE LAS PACIENTES CON DISPLASIA CERVICAL ESTUDIADAS.

SOCIODEMOGRAFIA	N=61	%
EDAD:		
20-24	5	8.2
25-29	6	9.8
30-34	13	21.3
35-39	8	13.1
40-44	7	11.5
45-49	10	16.4
50-54	7	11.5
55-59	3	4.9
60-64	1	1.6
65-69	1	1.6
RELIGION:		
CATOLICA	51	83.6
EVANGELICA	5	8.2
PENTECOSTES	3	4.9
NINGUNA	2	3.3
ESTADO CIVIL:		
SOLTERA	7	11.5
CASADA	35	57.4
UNION LIBRE	10	16.4
DIVORCIADA/SEPARADA	7	11.5
VIUDA	2	3.3
OCUPACION:		
EMPLEADA	30	49.2
AMA DE CASA	29	47.5
ESTUDIANTE	2	3.3
ESCOLARIDAD:		
PRIMARIA	21	34.4
SECUNDARIA	19	31.1
BACHILLERATO	14	23.0
CARRERA TECNICA	2	3.3
LICENCIATURA	3	4.9
NINGUNA	2	3.3
ECONOMIA:		
ALTO	2	3.3
MEDIO ALTO	27	44.3
MEDIO BAJO	13	21.3
OBRERO	19	31.1
ADICIONES:		
NO	34	55.7
SI TABAQUISMO	18	29.5
SI ALCOHOLISMO	2	3.3
TABAQUISMO Y ALCOHOLISMO	7	11.5

CUADRO No 3: CARACTERISTICAS DE LA ATENCION EN LAS PACIENTES CON DISPLASIA CERVICAL ESTUDIADAS:

CACTERISTICAS DE LA ATENCION	N= 61	%
CONSULTORIO:		
CONSULTORIO 1	1	1.6
CONSULTORIO 2	2	3.3
CONSULTORIO 4	4	6.6
CONSULTORIO 5	1	1.6
CONSULTORIO 9	2	3.3
CONSULTORIO 11	3	4.9
CONSULTORIO 12	3	4.9
CONSULTORIO 13	2	3.3
CONSULTORIO 14	1	1.6
CONSULTORIO 15	2	3.3
CONSULTORIO 16	2	3.3
CONSULTORIO 17	4	6.6
CONSULTORIO 18	4	6.6
CONSULTORIO 19	1	1.6
CONSULTORIO 20	2	3.3
CONSULTORIO 22	1	1.6
CONSULTORIO 24	3	4.9
CONSULTORIO 25	7	11.5
CONSULTORIO 26	4	6.6
CONSULTORIO 27	4	6.6
CONSULTORIO 28	4	6.6
CONSULTORIO 29	3	4.9
CONSULTORIO 30	1	1.6
TURNO:		
MATUTINO	37	60.7
VESPERTINO	24	39.3
ATENCION:		
1ra VEZ	36	59.0
SUBSECUENTE	25	41.0

CUADRO No 4-A: ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS DE LAS PACIENTES CON DISPLASIA CERVICAL ESTUDIADAS:

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS	N= 61	%
MENARCA:		
9 AÑOS	1	1.6
10 AÑOS	1	1.6
11 AÑOS	9	14.8
12 AÑOS	23	37.7
13 AÑOS	24	39.3
14 AÑOS	2	3.3
16 AÑOS	1	1.6
RITMO:		
REGULAR	41	67.2
IRREGULAR	8	13.1
NO REGLA	12	19.7
DOLOR MENSTRUAL:		
EUMENORREICA	30	49.2
DISMENORREICA NO INCAPACITANTE	15	24.6
DIMENORREICA INCAPACITANTE	4	6.6
NO REGLA	12	19.7
EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL:		
14 AÑOS	5	8.2
15 AÑOS	2	3.3
16 AÑOS	9	14.8
17 AÑOS	16	26.2
18 AÑOS	16	26.2
19 AÑOS	9	14.8
20 AÑOS	2	3.3
21 AÑOS	1	1.6
22 AÑOS	1	1.6
No. DE PAREJAS SEXUALES:		
1	22	36.1
2	18	29.5
3	12	19.7
4	6	9.8
5	3	4.9
GESTAS:		
NINGUNA	3	4.9
1	9	14.8
2	22	36.1
3	11	18.0
4	9	14.8
5	3	4.9
6	3	4.9
8	1	1.6

CUADRO No 4-B: ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS DE LAS PACIENTES CON DISPLASIA CERVICAL ESTUDIADAS:

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS	N= 61	%
PARAS:		
NINGUNA	11	18.0
1	12	19.7
2	20	32.8
3	6	9.8
4	7	11.5
5	3	4.9
6	1	1.6
7	1	1.6
ABORTOS:		
NINGUNO	47	77.0
1	12	19.7
2	1	1.6
3	1	1.6
LEGRADOS:		
NINGUNO	49	80.3
1	11	18.0
2	1	1.6
CESAREAS:		
NINGUNA	46	75.4
1	12	19.7
2	3	4.9
HISTERECTOMIA:		
SIN HISTERECTOMIA	59	96.7
CON HISTERECTOMIA	2	3.3
METODO DE PALNIFICACION FAMILIAR:		
RITMO	1	1.6
CONDONES	2	3.3
HORMONALES ORALES	2	3.3
HORMONALES INYECTABLES	1	1.6
DIU	23	37.7
PARCHE SUBDERMICO	4	6.6
OTB	12	19.7
VASECTOMIA	1	1.6
NINGUNO	15	24.6
TIEMPO DE PLANIFICACION FAMILIAR:		
0-4 AÑOS	22	36.1
5-9 AÑOS	13	21.3
10-14 AÑOS	3	4.9
15-19 AÑOS	8	13.1
NINGUNO	15	24.6

CUADRO No 4-C: ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS DE LAS PACIENTES CON DISPLASIA CERVICAL ESTUDIADAS:

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS	N= 61	%
CITOLOGIAS PREVIAS REALIZADAS:		
1	11	18.0
2	7	11.5
3	5	8.2
4	1	1.6
6	1	1.6
NINGUNA	36	59.0
FECHA DE ULTIMA CITOLOGIA		
1 AÑO O MENOS	19	31.1
2 AÑOS	6	9.8
NO REALIZADO	36	59.0
INFECCIONES CERVICOVAGINALES RECURRENTES:		
NEGATIVO	27	44.3
SI CON TRATAMIENTO A LA PACIENTE.	20	32.8
SI CON TRATAMIENTO A LA PACIENTE Y A LA PAREJA	11	18.0
SI SIN TRATAMIENTO	3	4.9
NUMERO DE DETECCIONES DE CANCER MAMARIO REALIZADAS:		
1	30	49.2
2	21	34.4
3	2	3.3
4	5	8.2
NINGUNA	3	4.9
FECHA DE ULTIMA DETECCION DE CANCER MAMARIO:		
1 AÑO O MENOS	57	93.4
2 AÑOS	1	1.6
NO REALIZADO	3	4.9
ULTIMO RESULTADO DE DETECCION DE CANCER MAMARIO:		
NORMAL	49	80.3
FIBROSIS QUISTICA	9	14.8
NO REALIZADO	3	4.9

CUADRO No 5: CARACTERISITICAS CLINICAS A LA TOMA DE LA CITOLOGIA EN LAS PACIENTES CON DISPLASIA CERVICAL ESTUDIADAS.

CARACTERISITICAS CLINICAS	N= 61	%
SINTOMAS:		
FLUJO	30	49.2
PRURITO O ARDOR VULVAR	10	16.4
SANGRADO ANORMAL	4	6.6
FLUJO + PRURITO O ARDOR VULVAR	12	19.7
NINGUNO	5	8.2
EXPLORACION GINECOLOGICA:		
CUELLO APARENTEMENTE SANO	22	36.1
CUELLO ANORMAL SIN TUMORACION	39	63.9

CUADRO No 6: RESULTADO DE LA CITOLOGIA CERVICAL REALIZADA Y UTENSILIO CON QUE SE TOMO LA MUESTRA.

RESULTADO	N = 61	%
CARACTERISTICA DE LA MUESTRA:		
PRESENCIA DE CELULAS ENDOCERVICALES	10	16.4
METAPLASIA EPIDERMIOIDE	51	83.6
DIAGNOSTICO CITOLOGICO:		
DIPLASIA LEVE (NIC 1)	45	73.8
DISPLASIA MODERADA (NIC 2)	12	19.7
DISPLASIA GRAVE (NIC 3)	4	6.6
HALLAZGOS ADICIONALES:		
IMAGEN DEL VIRUS DEL PAPILOMA TRICOMONAS	40	65.6
BACTERIAS	9	14.8
HONGOS	3	4.9
NINGUNO	6	9.8
UTENSILIO CON EL QUE SE TOMO LA MUESTRA:		
ABATELENGUAS	3	4.9
ESPATULA DE AYRE Y CITOBUSH	58	95.1

CUADRO No 7: CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS RELACIONADAS CON EL DIAGNOSTICO CITOLOGICO

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	DIAGNOSTICO CITOLOGICO					
	DISPLASIA LEVE (NIC1)		DISPLASIA MODERADA (NIC2)		DISPLASIA GRAVE (NIC 3)	
	N= 45	%	N= 12	%	N= 4	%
EDAD:						
20-24	2	4.4	3	25.0	0	0
25-29	6	13.3	0	0	0	0
30-34	11	24.4	2	16.7	0	0
35-39	5	11.1	2	16.7	1	25.0
40-44	6	13.3	1	8.3	0	0
45-49	8	17.8	1	8.3	1	25.0
50-54	5	11.1	1	8.3	1	25.0
55-59	2	4.4	1	8.3	0	0
60-64	0	0	0	0	1	25.0
65-69	0	0	1	8.3	0	0
RELIGION:						
CATOLICA	36	80.0	11	91.7	4	100.0
EVANGELICA	5	11.1	0	0	0	0
PENTECOSTES	3	6.7	0	0	0	0
NINGUNA	1	2.2	1	8.3	0	0
ESTADO CIVIL:						
SOLTERA	4	8.9	3	25.0	0	0
CASADA	28	62.2	4	33.3	3	75.0
UNION LIBRE	8	17.8	2	16.7	0	0
DIVORCIADA/SEPARADA	5	11.1	2	16.7	0	0
VIUDA	0	0	1	8.3	1	25.0
OCUPACION:						
EMPLEADA	23	51.1	7	58.3	0	0
AMA DE CASA	21	46.7	4	33.3	4	100.0
ESTUDIANTE	1	2.2	1	8.3	0	0
ESCOLARIDAD:						
PRIMARIA	15	33.3	4	33.3	2	50.0
SECUNDARIA	13	28.9	5	41.7	1	25.0
BACHILLERATO	12	26.7	2	16.7	0	0
CARRERA TECNICA	2	4.4	0	0	0	0
LICENCIATURA	2	4.4	1	8.3	0	0
NINGUNA	1	2.2	0	0	1	25.0
ECONOMIA:						
ALTO	2	4.4	0	0	0	0
MEDIO ALTO	22	48.9	4	33.3	1	25.0
MEDIO BAJO	7	15.6	3	25.0	3	75.0
OBrero	14	31.1	5	41.7	0	0
ADICCIONES:						
NO	25	55.6	5	41.7	4	100.0
TABAQUISMO	14	31.1	4	33.3	0	0
ALCOHOLISMO	2	4.4	0	0	0	0
TABAQUISMO Y ALCOHOLISMO	4	8.9	3	25.0	0	0

CUADRO No 8: CARACTERISTICAS DE LA ATENCION EN LAS PACIENTES CON DISPLASIA CERVICAL ESTUDIADAS, RELACIONADAS CON EL DIAGNOSTICO CITOLOGICO.

CARACTERISTICAS DE LA ATENCION	DIAGNOSTICO CITOLOGICO					
	DISPLASIA LEVE (NIC 1)		DISPLASIA MODERADA (NIC2)		DISPLASIA GRAVE (NIC 3)	
	N= 45	%	N= 12	%	N= 4	%
CONSULTORIO:						
CONSULTORIO 1	1	2.2	0	0	0	0
CONSULTORIO 2	1	2.2	1	8.3	0	0
CONSULTORIO 4	2	4.4	1	8.3	1	25.0
CONSULTORIO 5	1	2.2	0	0	0	0
CONSULTORIO 9	2	4.4	0	0	0	0
CONSULTORIO 11	0	0	2	16.7	1	25.0
CONSULTORIO 12	2	4.4	1	8.3	0	0
CONSULTORIO 13	1	2.2	1	8.3	0	0
CONSULTORIO 14	1	2.2	0	0	0	0
CONSULTORIO 15	2	4.4	0	0	0	0
CONSULTORIO 16	2	4.4	0	0	0	0
CONSULTORIO 17	3	6.7	1	8.3	0	0
CONSULTORIO 18	4	8.9	0	0	0	0
CONSULTORIO 19	1	2.2	0	0	0	0
CONSULTORIO 20	1	2.2	1	8.3	0	0
CONSULTORIO 22	1	2.2	0	0	0	0
CONSULTORIO 24	2	4.4	1	8.3	0	0
CONSULTORIO 25	6	13.3	1	8.3	0	0
CONSULTORIO 26	2	4.4	0	0	2	50.0
CONSULTORIO 27	4	8.9	0	0	0	0
CONSULTORIO 28	2	4.4	2	16.7	0	0
CONSULTORIO 29	3	6.7	0	0	0	0
CONSULTORIO 30	1	2.2	0	0	0	0
TURNO:						
MATUTINO	33	73.3	3	25.0	1	25.0
VESPERTINO	12	26.7	9	75.0	3	75.0
ATENCION:						
1ra VEZ	27	60.0	8	66.7	1	25.0
SUBSECUENTE	18	40.0	4	33.3	3	75.0

CUADRO No 9 A: RELACION DE ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS Y EL DIAGNOSTICO CITOLOGICO.

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS	DIAGNOSTICO CITOLOGICO					
	DISPLASIA LEVE (NIC 1)		DISPLASIA MODERADA (NIC2)		DISPLASIA GRAVE (NIC 3)	
	N= 45	%	N= 12	%	N= 4	%
MENARCA:						
9 AÑOS	0	0	1	8.3	0	0
10 AÑOS	0	0	1	8.3	0	0
11 AÑOS	8	17.8	0	0	1	25.0
12 AÑOS	16	35.6	5	41.7	2	50.0
13 AÑOS	19	42.2	4	33.3	1	25.0
14 AÑOS	2	4.4	0	0	0	0
16 AÑOS	0	0	1	8.3	0	0
RITMO:						
REGULAR	32	71.1	8	66.7	1	25.0
IRREGULAR	6	13.3	2	16.7	0	0
NO REGLA	7	15.6	2	16.7	3	75.0
DOLOR MENSTRUAL:						
EUMENORREICA	24	53.3	5	41.7	1	25.0
DISMENORREICA NO INCAPACITANTE	11	24.4	4	33.3	0	0
DIMENORREICA INCAPACITANTE	3	6.7	1	8.3	0	0
NO REGLA	7	15.6	2	16.7	3	75.0
EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL:						
14 AÑOS	3	6.7	1	8.3	1	25.0
15 AÑOS	0	0	2	16.7	0	0
16 AÑOS	6	13.3	3	25.0	0	0
17 AÑOS	13	28.9	2	16.7	1	25.0
18 AÑOS	11	24.4	4	33.3	1	25.0
19 AÑOS	8	17.8	0	0	1	25.0
20 AÑOS	2	4.4	0	0	0	0
21 AÑOS	1	2.2	0	0	0	0
22 AÑOS	1	2.2	0	0	0	0
No. DE PAREJAS SEXUALES						
1	18	40.0	2	16.7	2	50.0
2	14	31.1	3	25.0	1	25.0
3	7	15.6	5	41.7	0	0
4	5	11.1	1	8.3	0	0
5	1	2.2	1	8.3	1	25.0
GESTAS:						
NINGUNA	1	2.2	2	16.7	0	0
1	8	17.8	1	8.3	0	0
2	17	37.8	5	41.7	0	0
3	9	20.0	1	8.3	1	25.0
4	5	11.1	2	16.7	2	50.0
5	2	4.4	0	0	1	25.0
6	3	6.7	0	0	0	0
8	0	0	1	8.3	0	0

CUADRO No 9 B: RELACION DE ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS Y EL DIAGNOSTICO CITOLOGICO.

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS	DIAGNOSTICO CITOLOGICO					
	DISPLASIA LEVE (NIC 1)		DISPLASIA MODERADA (NIC2)		DISPLASIA GRAVE (NIC 3)	
	N= 45	%	N= 12	%	N= 4	%
PARAS:						
NINGUNA	9	20.0	2	16.7	0	0
1	11	24.4	1	8.3	0	0
2	15	33.3	5	41.7	0	0
3	4	8.9	1	8.3	1	25.0
4	3	6.7	2	16.7	2	50.0
5	2	4.4	0	0	1	25.0
6	1	2.2	0	0	0	0
7	0	0	1	8.3	0	0
ABORTOS:						
NINGUNO	32	71.1	11	91.7	4	100.0
1	11	24.4	1	8.3	0	0
2	1	2.2	0	0	0	0
3	1	2.2	0	0	0	0
LEGRADOS:						
NINGUNO	33	73.3	12	100.0	4	100.0
1	11	24.4	0	0	0	0
2	1	2.2	0	0	0	0
CESAREAS:						
NINGUNA	30	66.7	12	100.0	4	100.0
1	12	26.7	0	0	0	0
2	3	6.7	0	0	0	0
HISTERECTOMIA:						
SIN HISTERECTOMIA	44	97.8	11	91.7	4	100.0
CON HISTERECTOMIA	1	2.2	1	8.3	0	0
METODO DE PALNIFICACION FAMILIAR:						
RITMO	1	2.2	0	0	0	0
CONDONES	2	4.4	0	0	0	0
HORMONALES ORALES	2	4.4	0	0	0	0
HORMONALES INYECTABLES	0	0	1	8.3	0	0
DIU	18	40.0	4	33.3	1	25.0
PARCHE SUBDERMICO	1	2.2	3	25.0	0	0
OTB	12	26.7	0	0	0	0
VASECTOMIA	0	0	1	8.3	0	0
NINGUNO	9	20.0	3	25.0	3	75.0
TIEMPO DE PANIFICACION FAMILIAR:						
0-4 AÑOS	15	33.3	7	58.3	0	0
5-9 AÑOS	11	24.4	1	8.3	1	25.0
10-14 AÑOS	3	6.7	0	0	0	0
15-19 AÑOS	7	15.6	1	8.3	0	0
NINGUNO	9	20.0	3	25.0	3	75.0

CUADRO No 9 C: RELACION DE ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS Y EL DIAGNOSTICO CITOLOGICO.

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS	DIAGNOSTICO CITOLOGICO					
	DISPLASIA LEVE (NIC 1)		DISPLASIA MODERADA (NIC2)		DISPLASIA GRAVE (NIC 3)	
	N= 45	%	N= 12	%	N= 4	%
CITOLOGIAS PREVIAS REALIZADAS:						
1	9	20.0	0	0	2	50.0
2	6	13.3	1	8.3	0	0
3	3	6.7	2	16.7	0	0
4	0	0	1	8.3	0	0
6	0	0	0	0	1	25.0
NINGUNA	27	60.0	8	66.7	1	25.0
FECHA DE ULTIMA CITOLOGIA:						
1 AÑO O MENOS	15	33.3	3	25.0	1	25.0
2 AÑOS	3	6.7	1	8.3	2	50.0
NO REALIZADO	27	60.0	8	66.7	1	25.0
INFECCIONES CERVICOVAGINALES RECURRENTES:						
NEGATIVO	21	46.7	5	41.7	1	25.0
SI CON TRATAMIENTO A LA PACIENTE.	12	26.7	6	50.0	2	50.0
SI CON TRATAMIENTO A LA PACIENTE Y A LA PAREJA	9	20.0	1	8.3	1	25.0
SI SIN NINGUN TRATAMIENTO	3	6.7	0	0	0	0
NUMERO DE DETECCIONES DE CANCER MAMARIO REALIZADAS:						
1	23	51.1	6	50.0	1	25.0
2	15	33.3	3	25.0	3	75.0
3	1	2.2	1	8.3	0	0
4	3	6.7	2	16.7	0	0
NINGUNA	3	6.7	0	0	0	0
FECHA DE ULTIMA DETECCION DE CANCER MAMARIO:						
1 AÑO O MENOS	42	93.3	12	100.0	3	75.0
2 AÑOS	0	0	0	0	1	25.0
NO REALIZADO	3	6.7	0	0	0	0
ULTIMO RESULTADO DE DETECCION DE CANCER MAMARIO:						
NORMAL	38	84.4	8	66.7	3	75.0
FIBROSIS QUISTICA	4	8.9	4	33.3	1	25.0
NO REALIZADO	3	6.7	0	0	0	0

CUADRO No 10: CARACTERISITICAS CLINICAS A LA TOMA DE MUESTRA RELACIONADAS CON EL DIAGNOSTICO CITOLOGICO.

CARACTERISITICAS CLINICAS	DIAGNOSTICO CITOLOGICO					
	DISPLASIA LEVE (NIC 1)		DISPLASIA MODERADA (NIC2)		DISPLASIA GRAVE (NIC 3)	
	N= 45	%	N= 12	%	N= 4	%
SINTOMAS:						
FLUJO	26	57.8	2	16.7	2	50.0
PRURITO O ARDOR VULVAR	8	17.8	1	8.3	1	25.0
SANGRADO ANORMAL	1	2.2	2	16.7	1	25.0
FLUJO + PRURITO O ARDOR VULVAR	6	13.3	6	50.0	0	0
NINGUNO	4	8.9	1	8.3	0	0
EXPLORACION GINECOLOGICA:						
CUELLO APARENTEMENTE SANO	21	46.7	1	8.3	0	0
CUELLO ANORMAL SIN TUMORACION	24	53.3	11	91.7	4	100.0

CUADRO No 11: RESULTADO DE LA CITOLOGIA CERVICAL REALIZADA Y UTENSILIO CON EL QUE SE TOMO LA MUESTRA, RELACIONADAS CON EL DIAGNOSTICO CITOLOGICO

RESULTADO DE LA CITOLOGIA CERVICAL	DIAGNOSTICO CITOLOGICO					
	DISPLASIA LEVE (NIC 1)		DISPLASIA MODERADA (NIC2)		DISPLASIA GRAVE (NIC 3)	
	N= 45	%	N= 12	%	N= 4	%
CARACTERISTICA DE LA MUESTRA: PRESENCIA DE CELULAS ENDOCERVICALES METAPLASIA EPIDERMOIDE	10	22.2	0	0	0	0
	35	77.8	12	100.0	4	100.0
HALLAZGOS ADICIONALES: IMAGEN DEL VIRUS DEL PAPILOMA TRICOMONAS BACTERIAS HONGOS NINGUNO	27	60.0	11	91.7	2	50.0
	9	20.0	0	0	0	0
	3	6.7	0	0	0	0
	5	11.1	0	0	1	25.0
	1	2.2	1	8.3	1	25.0
UTENSILIO CON EL QUE SE TOMO LA MUESTRA: ABATELENGUAS ESPATULA DE AYRE Y CITOBRUSH	2	4.4	1	8.3	0	0
	43	95.6	11	91.7	4	100.0

XI. DISCUSION:

En el presente estudio se encontró una incidencia de displasias de cuello uterino de: 0.001449413106, con un 73.8 % de displasia leve, 19.7 % de moderada, y 6.6 % de severa.

En el artículo de *factores de riesgo para el desarrollo de la displasia cervical*, realizado en 100 mujeres, por **Alaniz y cols.** (14) en la clínica de displasias del hospital de ginecología y obstetricia del Tlatelolco del IMSS en México, en el 2009, se reporto un 58 % displasia leve, 4% a displasia moderada, 20% con reporte negativo, y 18 % con infección de VPH. **Salas y cols.** (17) en su estudio *de prevalencia de displasia y cáncer cervicouterino y factores asociados* realizado en el hospital central de Chihuahua en el 2006, en una muestra de 142 casos el 90.1%, correspondieron a displasia leve, 4.9 % a displasia moderada y 0.7% a displasia severa. Estas cifras difieren mucho de nuestros resultados, ya que son hospitales de segundo nivel de atención donde se hace el diagnostico definitivo mediante otros procedimientos como es la biopsia y colposcopia disminuyendo así la severidad del padecimiento e incrementando los casos leves, aun así observamos que la citología de cuello uterino en nuestras unidades de primer nivel determinan un grado de displasia siendo la más frecuente la leve y que al enviarse a otra unidad se inicia tratamiento oportuno.

El perfil socio demográfico que acompañan a la presencia de displasias nuestro trabajo revelo una edad promedio de 38.11 años, con un rango de 22 a 68 años, la religión católica, estado civil casadas, ocupación empleadas, nivel de escolaridad primaria, nivel socioeconómico medio alto, y el tabaquismo. **Alaniz y cols.** (14) en su análisis antes mencionado, describen datos semejantes al nuestro donde la displasia tiene presencia en la cuarta década de la vida de la mujer, pero que se debe iniciar la vigilancia mediante citología en una edad promedio de 20 a 66 años y presencia de tabaquismo.

Los antecedentes ginecoobstétricos que acompañan a la presencia de displasias nuestro estudio revelo la presencia de

edad temprana de inicio de vida sexual, el número de parejas sexuales, el número de gestas y partos, uso de dispositivo intrauterino, tiempo de planificación familiar de 0 – 4 años. **Báez y cols.** (19) En su publicación *eficacia diagnóstica de la colposcopia en el diagnóstico de lesiones intraepiteliales cervicales* realizado en 320 mujeres de la Clínica de Displasias del Centro Estatal de Oncología en Sinaloa en el 2008, la menarca fue en promedio de 13 años, el inicio de vida sexual activa se presentó a los 17 años, el número de compañeros sexuales tuvo una media de una pareja, la paridad una media de 3 gestaciones, teniendo 22.98 % de las pacientes 3 embarazos, 58.75 % tenían citología previamente realizada. **Alaniz y cols.** (14) encontraron el inicio de vida sexual entre los 16 y 20 años, promedio de parejas sexuales 2.57, gestas dos a cinco en 59 pacientes, 67 con parto vaginal, 37 con cesárea y 18 pacientes con un aborto. **Salas y cols.** (17) en su análisis encontraron como principal factor de riesgo múltiples parejas sexuales, seguida de vida sexual activa antes de los 18 años, y los antecedentes de infecciones de transmisión sexual. Lo que evidencia que aunque se tratan de estudios realizados en mujeres de lugares distintos de residencia comparten semejanzas en cuanto a los principales factores que representan un riesgo para la presencia de displasias en las mujeres por lo que hay que establecer estrategias adecuadas para identificarlos y dar manejo oportuno, evitando llegar a presentar algún grado de displasias.

La oportunidad de atención en nuestra evaluación se dio en un 59% de primera vez y 41 % subsecuente, contrastando con los resultados de **Salas y cols.** (17) en donde 28.8% fueron de primera vez y 70.83 % subsecuentes y de **Báez y cols.** (19) en donde 32.81 % fueron de primera vez y 8.44 subsecuentes. Considerando el nivel de atención, las pacientes con diagnóstico definitivo dependiendo del grado de displasia, se requiere vigilancia estrecha, con tratamiento específico es el motivo del porque esta patología tiene mayor subsecuencia en estas unidades, traspolando con las de primer nivel donde la vigilancia de subsecuencia es por otros diagnósticos y al tener el de displasias su seguimiento es enviado a segundo nivel.

En las características clínicas el síntoma principal fue la presencia de flujo en 49.2%, y presencia de cuello anormal en 63.9% a la exploración ginecológica, en la publicación de **Salas y cols.** (17) Se evidencio cervicitis, leucorrea, cuello anormal, sangrado anormal, y no observación de cuello.

Salas y cols. (17) Encontraron en los resultados de la citología cervical, como hallazgos adicionales presencia de bacterias y polimorfo nucleares (98.59%), virus del papiloma humano (30.99%), eritrocitos (15.49%), hongos (4.22%), tricomonas (2.11%), y en el 0.70% no hubo hallazgos adicionales. En nuestro trabajo se encontraron como hallazgos adicionales imagen del virus del papiloma humano en un 65.6 %, por lo que se observa que la cervicitis es un factor aunado a la displasia así mismo el virus de papiloma humano aunque este estudio no es asociativo de variables nos orienta a que estas causas son primordiales en esta patología.

Habiéndose tomado la muestra con espátula de ayre y citobrush en el 95.1 % de los casos, lo cual incrementa la confiabilidad de la prueba a la toma de la muestra; a este respecto **Ojeda y cols.** (20) en su artículo de *comparación de la toma de citología cervical con calidad satisfactoria con el método Cervex-Brush o Cervex-mex*, realizado en la unidad de Colposcopia y Patología cervical en el hospital General de Pachuca, Hidalgo en el 2008, en 1658 pacientes , demostraron una calidad de la muestra del 98.1 % cuando se utilizo el citobrush para la obtención de la muestra cervical. Concordando con nuestros resultados es indicativo realizar la toma de muestra con el recurso adecuado ya que es especifico para detectar células anormales desde el orificio cervical y su periferia, dando mejores resultados al diagnostico establecido.

XII. CONCLUSIONES:

- Se encontró que la incidencia de displasias de cuello uterino durante el periodo estudiado, es baja (0.0014494) en relación a la cantidad de población femenina en riesgo que se atiende en esta unidad.
- Se encontraron 61 casos nuevos de displasias de cuello uterino durante el año de estudio, apreciándose que las mujeres en riesgo son aquellas que se encuentra en el rango de edad de 20 a 69 años.
- El perfil socio demográfico y clínico predominante es el de mujeres con religión católica, casadas, de ocupación empleadas, con escolaridad primaria, de nivel socioeconómico medio alto, adicciones tabaquismo, menarca 13 años, ritmo regular, eumenorreicas, edad de inicio de vida sexual a los 17 años, con una pareja sexual, dos gestas, dos paras, ningún aborto, ningún legrado, ninguna cesárea, sin histerectomía, método de planificación dispositivo intrauterino, con un tiempo de planificación familiar de 0 a 4 años, con citología realizada previamente en un tiempo menor a un año, sin infecciones cervico vaginales recurrentes, una detección de cáncer mamario realizada, con fecha de ultima detección en un periodo menor a un año, con resultado normal, manifestando síntomas de flujo transvaginal, encontrándose a la exploración ginecológica cuello aparentemente sano.
- Las características celulares al análisis citológico fue: metaplasia epidermoide, El diagnostico citológico definitivo fue displasia leve (NIC 1): 45 casos, displasia moderada (NIC 2): 12 casos, displasia severa (NIC3): 4 casos. Como hallazgo adicional predominante: imagen del virus del papiloma en displasia leve y moderada.
- La oportunidad de atención al solicitarse por las pacientes casi el sesenta por ciento fueron de primera vez. De predominio matutino y población correspondiente al consultorio 25.

XIII. BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Rodríguez LO, Pichardo GR, Escamilla GG, Hernández VM, Estudio de la patología citológica del cérvix. *Perinatol Reprod Hum* 2009; 23: 12-17
- 2.- Delgado CR, Cararach TM, Cortés BJ, Dexeus TS, López GG, Puig LM, et al. Prevención del cáncer de cérvix uterino. *Meditex*, 2007; 7: 123-178.
- 3.- Vázquez OG, et al. Análisis de expresión global del cáncer cérvico uterino: rutas metabólicas y genes alterados. *Rev Inv Clín* 2005; 57: 434-441.
- 4.- García TJ, Molina J, Blasco OE. Una actualización sobre la ayuda de los estudios de inmunohistoquímica en el diagnóstico y la evaluación pronóstica de la neoplasia intraepitelial y el cáncer cervical, *Acad Biol Dig Fac Med – Univ Cen Ven*, 2007; 32.
- 5.- Curiel VJJ. *Biopsia del cuello uterino ¿es confiable y reproducible el diagnóstico histológico? Utilidad de p16INK4A para lograrlo *Ginecol Obstet Mex* 2007; 75.10: 615-20.
- 6.- De la Torre R F E. Lesión pre maligna escamosa del cuello uterino, un enfoque actualizado, *Patol Rev Latin* 2008; 46: 4.
- 7.- Chavaro VN, Arroyo HG, Alkazar LF, Muruchi GG. Cáncer Cervicouterino. *Anal de Radiol Méx* 2009; 1: 61-79.
- 8.-- Verdesi A, Perán F, Espinosa R, Prevalencia de displasia de cuello uterino en pacientes portadoras de virus papiloma humano. *Cimel* 2006; 11: 2.
- 9.- Rodríguez G, Fernández I, Barrios E, Sanguinetti C, Alonso A, Maedo N, Vasallo J. Detección de los tipos virales 16,18, 31 y 33 de papiloma virus humano en displasias severas y carcinoma in situ de cuello uterino *Rev Med Urug* 2009; 25: 4.
- 10.- Sijvarger CC, González JV, Prieto AG, Messmer MC, Mallimaci VI, Alonio AR, Teyssié MA. Epidemiología de la infección cervical por virus papiloma humano en Ushuaia, Argentina. *Rev Arg Microb* 2006; 38: 19-24.

- 11.- García A, Falcoff N, Di Camillo N, Sartor B, Catanese MC, Denninghoff V, Inmunohistoquímica de la proteína p16ink4a en biopsias y extendidos cervicovaginales y su relación con HPV por PCR. *Med Arg* 2008; 68: 428-432.
- 12.- De La Hoz RF, Alvis GN, Narváez J, Chocontá PLA. Evaluación de la Carga de Enfermedad por el Virus del Papiloma Humano en Bogotá. *Rev. Sal Púb Bog* 2009; 11: 3.
- 13.- Aguirre HR y col. Factores relacionados con el cáncer cervico uterino en el estado de Nayarit, México *Ginecol Obstet Mex* 2007; 75. 6: 311.
- 14.- Alaniz SA, Flores GJ, Salazar ACE. Factores de riesgo para el desarrollo de la displasia leve cervical *Rev Fac Med UNAM* 2009; 52: 2.
- 15.- Leal BI, Villalobos FC, Wisbrun CR, Moreno BV. Sensibilidad y especificidad de pruebas diagnósticas para CA CU. *Tecno Cien Chih* 2010; 4: 97-104.
- 16.- Hidalgo MAC. El cáncer cérvico-uterino, su impacto en México y el porqué no funciona el programa nacional de detección oportuna. *Rev Biomed* 2006; 17: 81-84.
- 17.- Salas U I, Villalobos E A, Ramírez V B L. Prevalencia de displasia y cáncer cervicouterino y factores asociados en el hospital central de Chihuahua, México. *CIMEL* 2006; 11: 1.
- 18.- Castro-VMC, Arellano GM. Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical in situ. *Sal Pub Mex* 2010; 52: 207-212.
- 19.- Báez VMA, Fragoza O, Murillo LLJ. Eficacia diagnóstica de la colposcopia en el diagnóstico de lesiones intraepiteliales cervicales de alto grado. *A S Sin* 2008; 2: 48-51.
- 20.- Ojeda OJ, Muñoz MR, Pardo LM, Guevara CM. Comparación de la toma de citología cervical con calidad satisfactoria con el método Cervex-brush o Cervex-mex. *Ginecol Obste* 2008; 76: 381-385.

XIV. ANEXOS.

Anexo 1

SOLICITUD DE CITOLOGIA CERVICAL VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL CANCER CERVICO UTERINO.

FECHA.

NUM. AFILIACION.

NOMBRE.

LUGAR DE RESIDENCIA.

TELEFONO.

PERFIL SOCIODEMOGRAFICO:

(1) EDAD.

(2) RELIGION.

- a. CATOLICA.
- b. EVANGELICA.
- c. PENTECOSTES.
- d. NINGUNA.

(3) ESTADO CIVIL.

- a. SOLTERA.
- b. CASADA.
- c. UNION LIBRE.
- d. DIVORCIADA / SEPARADA.
- e. VIUDA.

(4) OCUPACION.

- a. EMPLEADA.
- b. AMA DE CASA.
- c. ESTUDIANTE.

(5) ESCOLARIDAD.

- a. PRIMARIA.
- b. SECUNDARIA.
- c. BACHILLERATO.
- d. CARRERA TECNICA.
- e. LICENCIATURA.
- f. NINGUNA.

- (6) ECONOMIA.
 - a. ALTO.
 - b. MEDIO ALTO.
 - c. MEDIO BAJO.
 - d. OBRERO.
- (7) ADICCIONES
 - a. TABAQUISMO.
 - b. ALCOHOLISMO.
 - c. DROGADICCION.

CARACTERISTICAS DE LA ATENCION:

- (1) CONSULTORIO.
- (2) TURNO:
 - a. MATUTINO.
 - b. VESPERTINO.
- (3) ULTIMA CITOLOGIA:
 - a. PRIMERA VEZ.
 - b. SUBSECUENTE.

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS:

- (1) MENARCA.
- (2) RITMO:
 - a. REGULAR.
 - b. IRREGULAR.
 - c. NO REGLA.
- (3) DOLOR MENSTRUAL:
 - a. EUMENORREICA.
 - b. DISMENORREICA.
 - 1. INCAPACITANTE
 - 2. NO INCAPACITANTE.
 - c. NO REGLA
- (4) EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL.

- (5) NUMERO DE PAREJAS SEXUALES.
- (6) GESTAS.
- (7) PARAS.
- (8) ABORTOS.
- (9) LEGRADOS.
- (10) CESAREAS.
- (11) HISTERECTOMIA.
- (12) METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR.
 - a. RITMO
 - b. CONDONES.
 - c. HORMONALES ORALES.
 - d. HORMONALES INYECTABLES.
 - e. DIU.
 - f. PARCHE SUBDERMICO.
 - g. OTB.
 - h. VASECTOMIA.
 - i. NINGUNO.
- (13) TIEMPO DE PLANIFICACION FAMILIAR.
- (14) CITOLOGIAS PREVIAS REALIZADAS.
- (15) FECHA DE ÚLTIMA CITOLOGIA.
- (16) INFECCIONES CERVICOVAGINALES
RECURRENTES.
 - a. NEGATIVO.
 - b. SI CON TRATAMIENTO A LA PACIENTE.
 - c. SIN CON TRATAMIENTO A LA PACIENTE Y A LA PAREJA.

- d. SI SIN TRATAMIENTO.
- (17) NUMERO DE DETECCIONES DE CANCER MAMARIO REALIZADAS.
- (18) FECHA DE LA ÚLTIMA DETECCION DE CANCER MAMARIO.
- (19) ULTIMO RESULTADO DE DETECCION DE CANCER MAMARIO.

CARACTERISITICAS CLINICAS A LA TOMA DE LA CITOLOGIA:

- (1) SINTOMAS:
 - a. FLUJO.
 - b. PRURITO O ARDOR VULVAR.
 - c. SANGRADO ANORMAL.
 - d. NINGUNO.
- (2) EXPLORACION GINECOLOGICA:
 - a. CUELLO APARENTEMENTE SANO.
 - b. CUELLO ANORMAL SIN TUMORACION.
 - c. CUELLO ANORMAL CON TUMORACION.
 - d. NO SE OBSERVA CUELLO

RESULTADO DE LA CITOLOGIA CERVICAL REALIZADA:

- (1) CARACTERISITICAS DE LA MUESTRA:
 - a. PRESENCIA DE CELULAS ENDOCERVIALES.
 - b. METAPLASIA EPIDERMOIDE.
 - c. INADECUADA PARA DIAGOSTICO.
- (2) DIAGNOSTICO CITOLOGICO:
 - a. NEGATIVO A CANCER.
 - b. NEGATIVO CON PROCESO INFLAMATORIO.
 - c. DISPLASIA LEVE (NIC 1).
 - d. DISPLASIA MODERADA (NIC 2)
 - e. DISPLASIA GRAVE (NIC 3).
 - f. "IN SITU" (NIC 3).

- g. MICROINVASOR.
- h. INVASOR.
- i. ADENOCARCINOMA.
- j. MALIGNO NO ESPECIFICADO.

(3) HALLASGOS ADICIONALES:

- a. IMAGEN DEL VIRUS DEL PAPILOMA.
- b. IMAGEN DEL VIRUS DEL HERPES.
- c. TRICOMONAS.
- d. BACTERIAS.
- e. HONGOS.
- f. OTROS.
- g. NINGUNO.

(4) UTENSILIO CON EL QUE SE TOMO LA MUESTRA:

- a. ESPATULA DE AYRE.
- b. CITOBUSH.
- c. PIPETA.
- d. ABATELENGUAS.
- e. OTRO.



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

México D.F. a _____ de _____ del 2010.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:
"INCIDENCIA DE DISPLASIAS DE CUELLO UTERINO EN LA UMF N.20. DEL I.M.S.S. DURANTE EL AÑO 2010"

Registrado ante el Comité Local de Investigación

El objetivo del estudio es: Determinar la incidencia de displasias de cuello uterino, de la U.M.F. No 20 del I.M.S.S. en el periodo comprendido entre Enero a Diciembre del 2010.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en aceptar llevar a cabo un cuestionario donde se le explica puedo contestar libremente y de manera anónima que me permita tener la seguridad de no ser acreedora a sanciones o estímulos por ello.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes:

No se pone en riesgo la integridad de las pacientes

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente, el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades 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 manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Dr. Nicolas Cruz López
R3 Medicina Familiar

Números telefónicos a los cuáles puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio, 53 33 11 00 ext. 15320.

Testigo

Testigo