

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



**CENTRO MEDICO NACIONAL “LA RAZA”
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA No. 3
“DR. VICTOR MANUEL ESPINOZA DE LOS REYES SANCHEZ”**

**“INCIDENCIA DE CANCER DE CERVIX INVASOR DETECTADO EN
CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN EL SERVICIO DE COLPOSCOPIA DE LA
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA No 3 DEL CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA”**

T E S I S

**Que para obtener el título de especialista en:
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA

Dr. Julio Fernando Muñoz Jimenez

DIRECTOR DE TESIS

Dra. Perla Cruz Aguilar

FACULTAD DE MEDICINA



Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INVESTIGADOR RESPONSABLE

Nombre: Perla Cruz Aguilar

Área de adscripción: Hospital de Ginecología y obstétrica No 3 del CMN La Raza

Domicilio: Avenida Vallejo 266 Colonia La Raza Delegación Azcapotzalco Ciudad de México

Teléfono y fax: 57245900

Correo electrónico: perscruz73@gmail.com

Área de Especialidad: Ginecología y obstetricia

Matricula 99364657

INVESTIGADOR ASOCIADO NO ADSCRITO AL IMSS

Nombre: Julio Fernando Muñiz Jimenez

Área de adscripción: Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del CMN La Raza
Residente de 4º. año de Ginecología y Obstetricia.

Domicilio: Avenida Vallejo esquina Antonio Valeriano s/n Colonia La Raza, Delegación Azcapotzalco

Teléfono y fax: 55673287

Correo electrónico: aleman_36@hotmail.com

Área de Especialidad: Ginecología y obstetricia

Matrícula 98366228

Universidad Universidad Nacional Autónoma de México

UNIDADES (ES) Y DEPARTAMENTO (S) DONDE SE REALIZARA EL PROYECTO

Unidad: Hospital de Ginecología y obstetricia No. 3 Centro Médico Nacional La Raza IMSS

Delegación: Norte

Dirección: Avenida Vallejo esquina Antonio Valeriano s/n Colonia La Raza, Delegación Azcapotzalco

Ciudad: Ciudad de México

Teléfono 57245900 extensión 23725

FECHA DE ELABORACION DEL PROTOCOLO: Mayo 2016

FIRMAS DE AUTORIZACION.

Dr Juan Carlos Hinojosa Cruz
Director de Educacion e Investigacion en Salud
UMAE HGO No. 3 “La Raza” IMSS

Dra Veronica Quintana Romero
Jefe de Educacion en Salud
UMAE HGO No. 3 “La Raza” IMSS

Dra Perla Cruz Aguilar
Investigador responsable y asesor de Tesis
UMAE HGO No. 3 “La Raza” IMSS

AGRADECIMIENTOS

Primero quiero agradecer a Dios, quién es el que siempre me cuida, me pone en los lugares correctos y con las personas correctas, sin su mano que me guía, no se que sería de mi.

A mi padre, por que siempre a sido mi ejemplo a seguir, por que nunca me nego nada, porque sembro en mi la semilla del amor a la medicina, del amor al prójimo, del interés en los otros sobre el propio, porque el día en que me preguntaron que quería ser yo en la vida, les conteste: quiero ser como mi padre.

A mi madre, por ser la guerrera incansable que es, porque me mostró que la disciplina es una forma de vida. El hombre que soy hoy, es sin duda en gran parte a todas las cosas que vivimos juntos.

A mis maestros, por ser esas personas que sin conocerte, se interesan en ti, que se abren y te regalan sus conocimientos, como una forma de trascender en el tiempo, por que el tiempo pasa y las personas también, pero en el conocimiento que se queda contigo, se queda el maestro también.

A Blanca, por que eres mi apoyo, eres la sonrisa que siempre quiero ver, eres los brazos en los que siempre descanso, porque cuando quiero decaer no me lo permites y con un abrazo tuyo me solucionas la vida.

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
○ Resumen	6
○ Marco teórico	8
○ Planteamiento del problema	16
○ Pregunta de investigación	17
○ Justificación	18
○ Objetivos	19
○ Hipótesis	20
○ Material y métodos	21
○ Criterios de selección	22
○ Muestra	23
○ Definición operacional de variables	24
○ Descripción del procedimiento	25
○ Plan de análisis estadístico	26
○ Aspectos éticos	27
○ Productos esperados	28
○ Recursos, financiamiento y factibilidad	29
○ Resultados	31
○ Conclusiones	34
○ Bibliografía	35
○ Anexos	38

TÍTULO DEL PROYECTO: INCIDENCIA DE CÁNCER DE CERVIX INVASOR EN CLÍNICA DE DISPLASIAS DE LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA No 3 DEL CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

Cruz Aguilar P, Muñiz Jimenez J.

Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 Centro médico nacional “La Raza”.
Médico no familiar.

RESUMEN

ANTECEDENTES. El cáncer de cérvix es un problema de salud pública a nivel mundial, que se ve acentuado en países en vías de desarrollo como lo es México, contrario a lo que sucede en Estados Unidos y Europa, donde tienen una tasa de detección del 75% en etapas clínicas tempranas. El cáncer de cérvix se encuentra en el segundo lugar de los padecimientos malignos de la mujer y en los países en vías de desarrollo afecta sobretodo a mujeres en edades reproductivas y laboralmente activas, con acceso limitado a actividades de detección, diagnóstico precoz o tratamiento. Se medirá por primera vez incidencia de la enfermedad en nuestro hospital, se cuenta con numeraria de otros hospitales de tercer nivel de la Ciudad de México, como el hospital Juárez, donde se reporto 651 casos en 4 años y de estos el 78.4% fueron de cáncer invasor y una fuente mas INCAN reportó 3089 casos de los que un 30% de cáncer cervico uterino en un periodo de 4 años también. OBJETIVO. Conocer la incidencia del cáncer de cérvix invasor en la consulta de primera vez en el servicio de colposcopia en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 de Centro Médico Nacional La Raza en el periodo del 01 de enero de 2013 al 31 de diciembre del 2014. MATERIAL Y MÉTODOS. El estudio se llevara a cabo en la UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional La Raza en la Clínica de displasias. Se realizara un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, transversal. Serán incluidas las pacientes que acudan a la pre consulta de la clínica de displasias con diagnóstico histopatológico de cáncer cervico uterino con etapa clínica igual o mayor a IB1

atendidas en el periodo de 01 de enero de 2013 al 31 de diciembre del 2014.

RECURSOS E INFRAESTRUCTURAS. En el hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del CMN La Raza se atienden alrededor de 1400 pacientes con diagnóstico de lesión cervical al año que manejadas en la clínica de displasias de esta unidad. La realización de este estudio es factible ya que únicamente requiere la revisión de expedientes clínicos para la recolección de los datos. No es necesaria la aportación de recursos financieros extras a los proporcionados por los investigadores.

RESULTADOS. Durante el periodo estudiado se atendieron 3603 pacientes que fueron enviadas de primera vez a la clínica de displasias con diagnóstico de cáncer cervicouterino invasor, de las cuales 956 pacientes se confirmó diagnóstico por revisión de laminillas y con etapa clínica igual o mayor a IB1. Con una edad promedio de presentación de 59 años, que el estirpe histológico más común, es el carcinoma epidermoide (53.5%) y la etapa clínica más común fue IIB(25%).

EXPERIENCIA DEL GRUPO. Dra Perla Cruz (Investigador responsable) con 20 años de experiencia como docente de posgrado y 10 años de experiencia como docente de pregrado. Es médico adscrito al servicio de Ginecología, encargada de la clínica de Displasias del Hospital de Ginecología y Obstetricia No.3 del Centro Médico Nacional La Raza, egresada Universidad regional del sureste de Oaxaca, con especialidad en Ginecología y Obstetricia « La Raza ». cuenta con diplomados en oncología ginecológica, colposcopia y patología del tracto genital inferior. Está certificada por el Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia con última recertificación en Febrero 2014.

Dr Julio Fernando Muñoz Jimenez (Investigador asociado no adscrito al IMSS). Es médico cirujano y partero egresado de la Universidad de Guadalajara, . Actualmente residente de cuarto año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia, en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del CMN La Raza.

TIEMPO A DESARROLLARSE 1 año.

MARCO TEÓRICO

El cáncer de cérvix, incluye una gran variedad de tipos histológicos, el carcinoma de células escamosas es el mas común (70%), la incidencia del carcinoma cervical invasor y sus variantes se ha incrementado notablemente en las ultimas décadas, esta estirpe, alcanza un 25% de los cáncer cervicales invasores en los estados unidos. Los tumores neuroendocrinos predominantemente el de células pequeñas pobremente diferenciado y otros subtipos raros, comprometen un 3 a 5% de todos los casos. ¹

Existen muchas similitudes entre el adenocarcinoma y el de células escamosas y ambos son tratados de igual forma en la mayoría de las instituciones, sin embargo existen diferencias en la epidemiología, factores pronóstico, patrones de recaída después de un tratamiento primario. ²

El cáncer de cérvix es el cuarto tipo de cáncer mas común en la mujer a nivel mundial, con un estimado de 528,000 nuevos casos en 2012, cerca del 85% ocurre en países en vías de desarrollo, donde alcanza el 12% de todos los tipos de cáncer en la mujer. Regiones de alto riesgo donde la incidencia se encuentra por arriba de 30/100,000 incluyen zonas del este, sur y centro de África; las tasas mas bajas se encuentran en Australia y nueva Zelanda y el oeste de Asia. El cáncer de cérvix continua siendo el mas frecuente tipo de cáncer en la mujer en el centro de África. Se estiman 266,000 muertes por cáncer de cérvix a nivel mundial en el 2012, llegando a un 7.5% de todos los tipos de cáncer en la mujer. 9 de cada 10 muertes ocurren en países en vías de desarrollo. ³

El virus del papiloma humano es indispensable para el desarrollo de la neoplasia cervical, se detecta en un 99.7% de los casos de cáncer de cérvix. ⁴

La incidencia global y las tasas de mortalidad, dependen, de la presencia de programas de detección oportuna del cáncer o de la presencia del virus del papiloma humano, además de la vacunación en contra del virus, siendo esto mas

accesible en países desarrollados y debido a estas intervenciones, se presentó un descenso del 75% en la incidencia y la mortalidad, en los últimos 50 años en los países desarrollados.⁵

En la era de la vacunación contra el virus del papiloma humano, se espera un decremento de la incidencia de la patología, la vacuna a logrado un 70% de distribución a nivel mundial, incluido México, lo que lleva a la expectativa de la disminución de 344,520 casos nuevos por año y se evitaría 178,182 muertes relacionadas. Sin embargo, debido al largo periodo de latencia que presenta el virus, que puede ser de hasta 15 años, se espera que la disminución antes mencionada, se presente en un periodo de tiempo a largo plazo. Lo que recalca la importancia del screening oportuno.⁶

A nivel mundial, en el 2012, el riesgo acumulado de desarrollar cáncer de cérvix y la mortalidad relacionada al mismo, es de 0.9% y 0.3% respectivamente a la edad de 74 años. En los países en desarrollo son de 1.6% y 0.9%.⁷

Los dos tipos histológicos característicos del cáncer de cérvix, comparten una gran cantidad de factores de riesgo, dentro de los que se incluyen: inicio de vida sexual a edad temprana (menores de 18 años), múltiples parejas sexuales (mas de 6), pareja de alto riesgo, historia de infecciones de transmisión sexual, historia de neoplasia intraepitelial vulvar o vaginal e inmunosupresión.⁸

Existen 4 grandes pasos, en el desarrollo del cáncer de cérvix, 1) infección oncogénica del VPH, en el epitelio metaplásico de la zona de transformación del cérvix, 2) infección persistente, 3) progresión de un clon de las células epiteliales, con infección persistente a pre-cáncer, 4) desarrollo del carcinoma e invasión atreves de la membrana basal.⁹

La infección en el tracto genital es extremadamente común pero la progresión a cáncer se presenta solo en una pequeña proporción de las mujeres infectadas, se

estima que el 75 a 80% de los adultos con vida sexual activa, adquirirán la infección por VPH antes de los 50 años. Entre los mas de 40 tipos de VPH, aproximadamente 15 son oncogénicos, subtipos 16 y 18 se encuentran en mas del 70% de los casos de cáncer cervical. ¹⁰

La incidencia del cáncer cervical invasor se ha visto incrementada dramáticamente en los últimos años, particularmente en mujeres jóvenes, múltiples causas se han propuesto para explicar esto, incluyendo; prevalencia aumentada especifica para VPH subtipos 16 y 18, exposición a estrógenos tanto como endógenos (obesidad) y exógenos (anticonceptivos, terapia de reemplazo hormonal en mujeres posmenopáusicas). ¹¹

El cáncer de cérvix, se puede diseminar de forma directa o vía linfática y menos frecuente por vía hematógena. La extensión directa involucra: útero, vagina, parametritos, cavidad peritoneal, vejiga o recto. El involucro del ovario por extensión directa es raro, la metástasis a ovario por carcinoma de células escamosas es de 0.5% y por adenocarcinoma es de 1.7%. Los lugares mas comunes afectados por vía hematógena son los pulmones, hígado, hueso, glándulas adrenales, bazo y cerebro. ¹²

ETAPA	DESCRPCIÓN.
I	Tumor confinado al cuello uterino.
IA	Tumor con invasión diagnosticado por patología con una profundidad máxima 5mm medida desde la capa basal y una extensión horizontal menor o igual a 7mm.
IA1	Invasión estromal menor o igual a 3mm y extensión horizontal menor o igual a 7mm.

IA2	Invasión estromal mayor de 3mm pero menor de 5mm y extensión horizontal menor o igual a 7mm.
IB	Tumor clínicamente confinado al cérvix o etapas pre-clínicas mayores al estadio IA.
IB1	Lesión clínicamente visible menor de 4cm en su dimensión mayor.
IB2	Lesión clínicamente visible mayor de 4cm en su dimensión mayor.
II	Tumor que se extiende mas allá del cuello uterino sin llegar a la pared pélvica o el tercio inferior de la vagina.
IIA	Tumor que invade fondos de saco vaginal sin invasión parametrial.
IIA1	Tumor menor de 4cm.
IIA2	Tumor mayor de 4cm.
IIB	Tumor con invasión parametrial, sin llegar a pared pélvica.
III	El tumor se extiende a la pared pélvica y/o involucra el tercio inferior de la vagina y/o causa hidronefrosis, riñón excluido o disfunción renal.
IIIA	El tumor involucra el tercio inferior de la vagina y no se extiende a la pared pélvica.
IIIB	El tumor se extiende a la pared pélvica y/o causa hidronefrosis, riñón excluido o disfunción renal.
IV	El tumor se extiende fuera de la pelvis o presenta involucro comprobado por

	biopsia de mucosa vesical o rectal. El edema buloso no se considera enfermedad metastásica.
IVA	El tumor invade a la mucosa de la vejiga o recto y/o se extiende mas allá de la pelvis verdadera.
IVB	Metástasis a distancia.

Históricamente se creía, que el ganglio linfático del músculo obturador era el primer sitio de metástasis a ganglios, sin embargo esto a cambiado gracias a técnicas como mapeo de ganglio centinela, concluyendo que cualquier grupo de ganglios (pélvicos, arteria iliaca común, para aórticos) pueden ser los primeros en verse afectados. El riesgo de metástasis a ganglios linfáticos aumenta de acuerdo a la etapa clínica, basada en la federación internacional de ginecología y obstetricia. EC IA1 - 0.6%, EC IA2 - 7%, EC IB - 8%, EC IIA -12%, EC IIB - 29%, EC IIIA - 17%, EC IIIB – 27%, EC IVA - 47%.¹³

El cáncer de cérvix en etapas tempranas, es frecuentemente asintomático, la sintomatología mas común es, sangrado vaginal irregular y sangrado post-coital.

Muchas mujeres reportan descarga vaginal acuosa, mucosa o purulenta y maloliente, lo que se puede confundir con vaginitis o cervicitis. Enfermedad avanzada puede presentar dolor pélvico o lumbar, que se puede irradiar a las extremidades inferiores. Síntomas intestinales y urinarios, son poco comunes y son sugestivos de enfermedad avanzada.¹⁴

La citología cervical es el principal método para screening de cáncer de cérvix. El test para detección de VPH, se usa en combinación con la citología y ayuda a determinar en cuales mujeres con citología anormal requieren mayor evaluación. Sin embargo, la biopsia cervical es el método diagnostico de elección. La

profundidad de la invasión correlaciona con la incidencia de la enfermedad metastásica, es medida desde la superficie luminal del tumor o del epitelio sano adyacente a la parte mas profunda del tumor. Se conoce como microinvasor a las etapas clínicas IA1 o IA2, definido así por la federación internacional de ginecología y obstetricia (FIGO) además de la junta del comité americano de cáncer (AJCC). Esta etapa es identificada comúnmente en el postoperatorio de una conización realizada en un supuesto cáncer in situ. La conización es requerida para definir la lesión microinvasora, los márgenes negativos son necesarios para confirmar la ausencia de enfermedad adicional. Si los márgenes son positivos, una segunda conización es mandatorio, si no existe enfermedad residual en el segundo procedimiento, entonces se puede hacer el diagnostico de micro invasor. Si el segundo procedimiento comprueba lesión adicional, entonces se debe clasificar como cáncer invasor y ser etapificado apropiadamente. ¹⁵

Los factores pronóstico mayores son los mismo en ambos tipos de estirpes, incluyen: etapa clínica, afección ganglionar, tamaño tumoral, profundidad de la invasión estromal, invasión linfo-vascular y grado de diferenciación. ¹⁶

El manejo de la enfermedad microinvasora (IA1 – IA2), depende de la edad del paciente y del deseo de mantener la fertilidad. El pronóstico de estas etapas clínicas es bueno y la cirugía conservadora no radical es apropiada para algunas pacientes. Para EC IA1 conización con bisturí frío con márgenes negativos o histerectomía simple son opciones razonables para mujeres postmenopáusicas o que no desean conservar la fertilidad. Linfadenectomía pélvica no es necesaria. En la EC IA2 se aconseja realizar una histerectomía Piver tipo 2 además de incluir ganglios linfáticos pélvicos. ¹⁷

Para las etapas clínicas IB1 – IIA o también llamadas invasor temprano, se aconseja histerectomía radical con salpingo-ooforectomía bilateral y ganglios linfáticos pélvicos o radioterapia conjunta con quimioterapia (quimioradioterapia) ¹⁸

Enfermedad locoregional avanzada son las etapas clínicas IIB – IVA y la radioterapia primaria es el tratamiento de elección en la mayoría de instituciones, las guías del NCCN sugieren ya sea histerectomía radical o quimioradioterapia inicial.¹⁹

Las dos estirpes del cáncer de cérvix, con quimiosensibles, particularmente a los regímenes basados en cisplatino y la quimioterapia neoadyuvante es aceptada para pacientes con enfermedad localmente avanzada. Para las etapas clínicas IVB, enfermedad persistente o enfermedad recurrente, se pueden manejar con cirugía, histerectomía radical, quimioradioterapia o con exanteración pélvica. Para pacientes con enfermedad primaria mas extensa o recaída loco regional o enfermedad a distancia, son usualmente tratadas con solo quimioterapia combinada de paclitaxel con cisplatino o carboplatino. En algunos casos seleccionados de pacientes con metástasis pulmonares , la cirugía puede ser útil. En caso de que la paciente desee preservar fertilidad, surge el dilema, pues los riesgos inherentes de enfermedad residual la cual empeora el pronostico.²⁰

El manejo y las expectativas de las mujeres con enfermedad invasora no metastásica, depende de la etapa clínica, en la que se encuentre. En general el tratamiento primario (cirugía – radioterapia con o sin quimioterapia) tiene una tasa de curación del 80 al 95% en etapas clínicas I y II y aproximadamente 40 y 60% para etapas clínicas II (tumores no mayores de 4cm) y III.²¹

Para mujeres que recibieron terapia curativa inicial, el sitio predominante de recurrencia es local (ápex vaginal) y regional (pared pélvica). El riesgo de enfermedad persistente o recurrente, aumenta cuando la etapa clínica es mas avanzada y con los factores de riesgo antes mencionados.²²

La mayoría de las recurrencias loco-regionales y a distancia, son asintomáticas y tienen una media de aparición de 7 a 36 meses después del tratamiento primario.

El pronóstico de la enfermedad recurrente depende del sitio de la recurrencia y la habilidad de aplicar terapias curativas, además de factores como: afección a la pared pélvica, periodo libre de enfermedad de más de 6 meses, lesiones menores de 3cm. A pesar de la mejoría en el manejo de la enfermedad recurrente, mas del 90% de las pacientes que desarrollan enfermedad a distancia, morirá dentro de 5 años. ²⁴

La vigilancia se realiza basada en lo que dicta la sociedad de oncología ginecológica e incluye; historia clínica y examinación física cada 6 meses por 2 años, luego cada 12 meses por 5 años y después de forma anual. Pacientes con factores para mal pronóstico, pueden ser valorados cada 3 meses. Hacer énfasis en la búsqueda de sangrado vaginal, dolor abdomino pélvico, síntomas urinarios y cambios en los hábitos intestinales. En cuanto a la exploración física, búsqueda de ganglios linfáticos inguinales o supraclaviculares, lesiones vaginales, modularidad en el septo rectovaginal o masa palpable en cualquier sitio, mas común en la pelvis. Pacientes que recibieron radioterapia no se les realiza citología cervical, ya no tiene utilidad, aquellas que no recibieron radioterapia, se les realiza de forma anual. No se realiza radiografía de tórax a las pacientes, solo si tienen alguna sintomatología. En cuanto a la tomografía, tampoco se realiza de forma rutinaria debido a que tiene solo un 34% de detección de lesiones. Hablar de la combinación de tomografía y tomografía con emisión de positrones, es distinto, debido a que se aconseja que se realice en pacientes con factores de alto riesgo, 6 meses después de la terapia inicial con la finalidad de diagnosticar recurrencias asintomáticas que puedan ser curables. Algunos estudios de imagen incluyendo ultrasonido, resonancia magnética y pielograma intravenoso no se recomiendan, debido a que no tienen beneficio clínico. ²⁵

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestro país el cáncer de cérvix es la segundo padecimiento oncológico de las mujeres, de manera que la prevención, diagnóstico temprano y manejo oportuno de esta enfermedad representa una prioridad en la atención de la salud de la mujer, con la finalidad de disminuir la tasa de mortalidad debido a ella.

Los factores de riesgo y a su vez los factores pronóstico del cáncer de cérvix son diversos y el tratamiento realizado en cada una de las pacientes varía dependiendo de la etapa clínica, el deseo de fertilidad y la edad de la paciente. En este hospital, se atienden anualmente una cantidad elevada de pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix ya que se trata de un hospital de concentración y hasta el momento no conocemos cual es la incidencia del carcinoma invasor en esta unidad en la consulta de primera vez , que suponemos es mayor al reportado en otros centros nacionales y que traduce a su vez, la problemática en la detección oportuna en primer y segundo nivel de atención.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuál es la incidencia del cáncer de cérvix invasor en las pacientes vistas por primera vez en clínica de displasias en la UMAE Hospital de ginecología y obstetricia No. 3 del CMN La Raza?

JUSTIFICACIÓN

Actualmente sabemos que el cáncer de cérvix es la segunda entidad oncológica en las mujeres principalmente en países que se encuentran en vías de desarrollo. La incidencia del cáncer de cérvix invasor se ha visto aumentada explicada por el estilo de vida de la mujer actual donde la obesidad y su efecto estrogénico persistente, así mismo con el uso anticonceptivos, la terapia de reemplazo hormonal en la menopausia, las enfermedades crónico degenerativas, la inmunosupresión secundaria a estas, el inicio de vida sexual a edades tempranas, la presencia de múltiples parejas sexuales, juegan un papel vital.

La educación de los pacientes y el screening oportuno que se remarca las guías internacionales de práctica clínica, son las principales armas para evitar que a las pacientes se les diagnostique la enfermedad en etapas clínicas avanzadas. Todo el personal de salud y encargados de la atención de la paciente ginecológica, debe de conocer los lineamientos que dictan las guías internacionales de práctica clínica, para evitar que la pacientes se diagnostiquen en etapas clínicas avanzadas.

Es por eso que la importancia de este estudio, radica en conocer la incidencia del cáncer de cérvix invasor dentro de la UMAE Hospital de ginecología y obstetricia No 3 del Centro Médico Nacional la Raza por ser este un tercer nivel de atención que también repercutirá en la atención y detección oportuna de primer y segundo nivel de atención

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia del cáncer cervicouterino invasor que se presenta en las mujeres vistas por primera vez en la clínica de displasias en la UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del CMN La Raza.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determina la etapa clínica del cáncer cervicouterino invasor en las pacientes de primera vez atendidas en la clínica de displasias en la UMAE HGO 3.

- Determinar la edad más frecuente en las pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer cervicouterino atendidas de primera vez en la clínica de displasias de la UMAE HGO 3 CMN LA RAZA.

HIPÓTESIS.

No amerita hipótesis por tratarse de un estudio retrospectivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO. Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, transversal.

LUGAR O SITIO DEL ESTUDIO. El estudio se realizara en la UMAE hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional la Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social, e incluirá pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer de cérvix invasor que se detectaron por primera vez en el periodo del 1º de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2014.

UNIVERSO DEL TRABAJO. Pacientes del hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del CMN La Raza que sean atendidas en la clínica de displasias por diagnostico de cáncer cérvix invasor.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión.

- ⊗ Pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer de cérvix invasor atendidas en la consulta de primera vez en clínica de displasias en la UMAE hospital de Ginecología y Obstetricia No 3 del CMN La Raza, durante el periodo de 1º de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2014.
- ⊗ Pacientes con revisión de laminillas de nuestra unidad positivas a cáncer cérvix invasor.

Criterios de exclusión.

- ⊗ Pacientes con revisión de laminillas de cáncer cérvix micro invasor o lesión de menor grado.

MUESTRA

TIPO DE MUESTREO. No probabilístico por casos consecutivos

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Total de la población (N)	
Nivel de confianza o seguridad (1- α)	95%
Precisión (d)	3%
Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir)	80%
TAMAÑO MUESTRAL (n)	683

Beatriz López Calviño, Salvador Pita Fernández, Sonia Pértega Díaz, Teresa Seoane Pillado. Unidad de epidemiología clínica y bioestadística Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.

Variable	Definición teorica	Definición operativa	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medición
Cáncer cervicouterino	Enfermedad neoplásica del cérvix	Manifestaciones de enfermedad neoplásica con diversos grados de invasión.	Cualitativa	Nominal	In situ Micro invasor Invasor
Etapa clinica	Extesion del cancer.	Se midio según la clasificaciòn de la FIGO.	Cualitativa	Discreta	IA1 IA2 IB1IB2 IIA1 IIA2 IIB IIIA IIIB IVA IVB
Tipo histologico	Tipo de celulas que predoninan en el tumor	Reporte histopatologico del expediente fisico o electronico	Cualitativa	Nominal	Carcinoma celulas escamosas. Adenocarcinoma,

OTRAS VARIABLES.

Variable	Definición teorica	Definición operativa	Tipo de variable / Escala de medición
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual	Número de años, meses, días, cumplidos al momento de la medición	Cuantitativa Discreta Razón

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El proceso de investigación estará dividido en tres fases y se llevara a cabo en el marco de un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal.

1. En la primera fase de la investigación se obtendrán los expedientes físico o electrónicos de pacientes de la consulta externa de la clínica de displasia del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional la Raza, recabando los datos de interés del Anexo 1 de todos las pacientes a los cuales se les haya diagnosticado cáncer de cérvix invasor en el transcurso del 1 de enero 2013 a 31 de diciembre del 2014 en el servicio de Displasias
2. En la segunda fase, se llevara a cabo el registro estadístico de las variables en las hojas de registro de información del anexo 1. En esta fase de la investigación se realizará una base de datos en la hoja de cálculo (Excel), que permitirá administrar la información obtenida de cada uno de los expedientes de acuerdo a las características antes mencionadas para su posterior análisis e interpretación.
3. En la tercera fase de la investigación se llevará a cabo el procesamiento de datos a través del registro establecido previamente en la hoja de cálculo para realizar la distribución de frecuencias a través de una tabla - resumen que nos permita ordenarlos por intervalos o clases con la finalidad de llevar a cabo la interpretación de los mismos. En esta misma fase se realizarán las gráficas de acuerdo a los resultados obtenidos para apreciar la magnitud y posición de las variables Permittiéndonos obtener conclusiones. El control y evaluación del trabajo de investigación se llevará a cabo desde el inicio del proyecto y durante todo el proceso de investigación por los asesores seleccionados y el investigador.

PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se presentaran los resultados en tablas de frecuencias y graficas según las características de cada variable, se efectuaran medidas de tendencia central (media, moda), medidas de dispersión (mínimo, máximo, desviación estandar).

PROCESAMIENTO DE DATOS

Se utilizará el paquete estadístico SPSS versión 17.0

ASPECTOS ÉTICOS

La declaración de Helsinki, publicada en 1964 tenía como objetivo inmediato repudiar las atrocidades cometidas en el nombre de la investigación y sentar las bases de la conducta ética para los investigadores que trabajaran con pacientes o voluntarios. A través del tiempo se han realizado modificaciones para adaptar la normatividad a la época actual. Recientemente, en Seúl en el año 2008 la nueva declaración modificó varios apartados, entre ellos, el 19 se menciona que la investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población sobre la que se realiza, puede beneficiarse de sus resultados.

Este estudio se acatara a las normas recientemente agregadas en la Declaración de Helsinki en la cual se menciona que los médicos no deben participar en un estudio de investigación que involucre seres humanos a menos que estén seguros que los riesgos hayan sido adecuadamente determinados y pueden ser manejados satisfactoriamente.

Los datos se mantendrán con plena confidencialidad, el estudio se diseñó con base a los principios éticos para investigaciones médicas de acuerdo a la Ley General de Salud en los artículos 96, 97 y 99.

En base a lo anterior, este proyecto de investigación no requiere carta de consentimiento informado por tratarse de un estudio retrospectivo.

PRODUCTOS ESPERADOS

Síntesis ejecutiva []

Tesis de grado [X]

Artículo científico []

Modelo para reproducir []

Aporte a la teoría actual []

Base de datos [X]

Diagnóstico situacional []

Otros _____

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

RECURSOS HUMANOS:

Dra Perla Cruz (Investigador responsable) con 20 años de experiencia como docente de posgrado y 10 años de experiencia como docente de pregrado. Es médico adscrito al servicio de Ginecología, encargada de la clínica de Displasias del Hospital de Ginecología y Obstetricia No.3 del Centro Médico Nacional La Raza, egresada Universidad regional del sureste de Oaxaca, con especialidad en Ginecología y Obstetricia « La Raza ». cuenta con diplomados en oncología ginecológica, colposcopia y patología del tracto genital inferior. Está certificada por el Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia con última recertificación en Febrero 2014. Dr Julio Fernando Muñiz Jimenez (Investigador asociado no adscrito al IMSS). Es medico cirujano y partero egresado de la Universidad de Guadalajara. Actualmente residente de cuarto año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia, en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del CMN La Raza.

RECURSOS FINANCIEROS

Los recursos financieros utilizados seran proporcionados al 100% por los investigadores y no se requieren recursos economicos adicionales al tratarse de un estudio de analisis de datos de expediente clinico y evaluacion del paciente durante su consulta externa del hospital de ginecologia y obstetricia No. 3 del centro medico nacional La Raza.

FACTIBILIDAD

En el hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del CMN La raza se atienden alrededor de 1400 pacientes con diagnostico de lesión intraepitelial cervical al año que manejadas en la clínica de displasias de esta unidad. La realización de este estudio es factible ya que únicamente requiere la revisión de expedientes clínicos para la recolección de los datos. No es necesaria la aportación de recursos financieros extras a los proporcionados por los investigadores, los recursos materiales incluyen expedientes clínicos de las pacientes que se incluyan en el

estudio. Dentro de los recursos físicos se cuenta con las instalaciones del hospital de Ginecología y Obstetricia del CMN La raza y el consultorio de la clínica de displasia en donde se da la atención a las pacientes incluidas en la investigación, no se requiere de establecimientos extras. Por lo tanto se cuentan con los recursos necesarios para la realización del estudio.

RESULTADOS.

Se realizó el estudio en el HGO 3 del Centro Médico Nacional La Raza del IMSS, en el servicio de colposcopia en el periodo comprendido del 01 de enero de 2013 a 31 de diciembre de 2014, durante este periodo se atendieron 3603 pacientes que fueron enviadas de primera vez a la clínica de displasias con diagnóstico de cáncer cervicouterino invasor, de las cuales 956 pacientes se confirmó diagnóstico por revisión de laminillas y con etapa clínica igual o mayor a IB1.

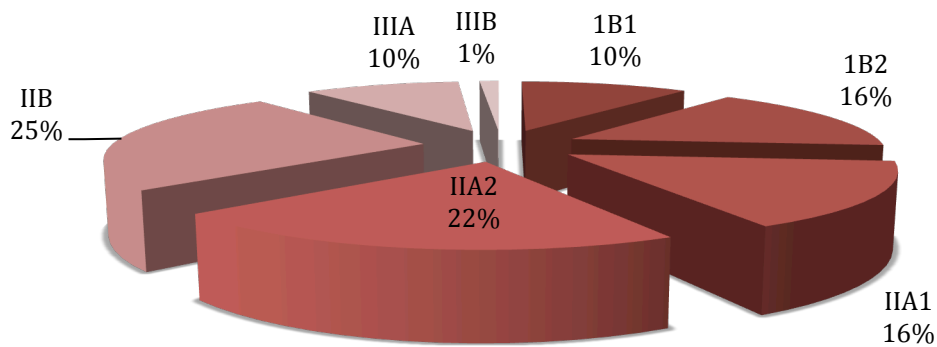
La media de edad encontrada fue de 59.26 años (+- 11.59), con un rango de 18 a 92 años (tabla 1).

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
EDAD	971	18	92	59.26	11.599
N válido (según lista)	971				

Tabla 1. Edad.

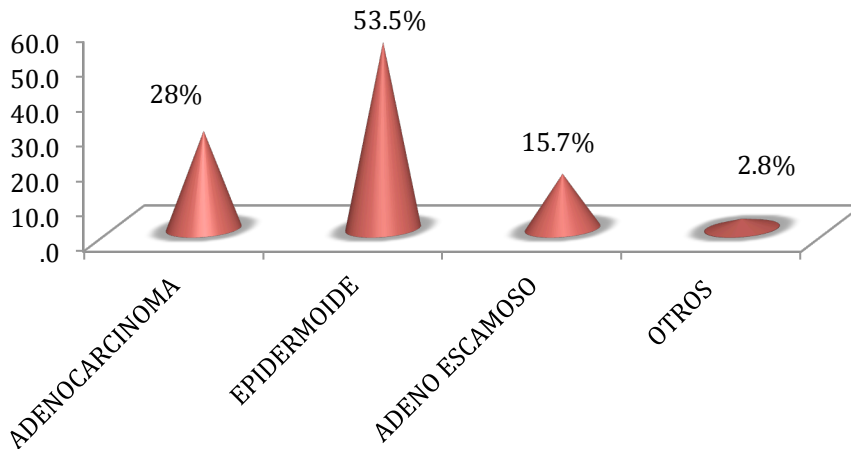
Dentro de la etapa clínica en la que llegaron las pacientes, 101 (10.6%) etapa IB1, 151 pacientes (15.8%) etapa IB2, 148 pacientes (15.6%) etapa IIA1, 207 (21.6%) etapa IIA2, 239 pacientes (25%) etapa IIB, 94 pacientes (9.8%) etapa IIIA, 12 pacientes (1.2%) etapa IIIB y 4 pacientes (0.4%) etapa IV (Gráfica 1).

ETAPA CLÍNICA



Gráfica 1. Etapa clínica de cáncer cervicouterino.

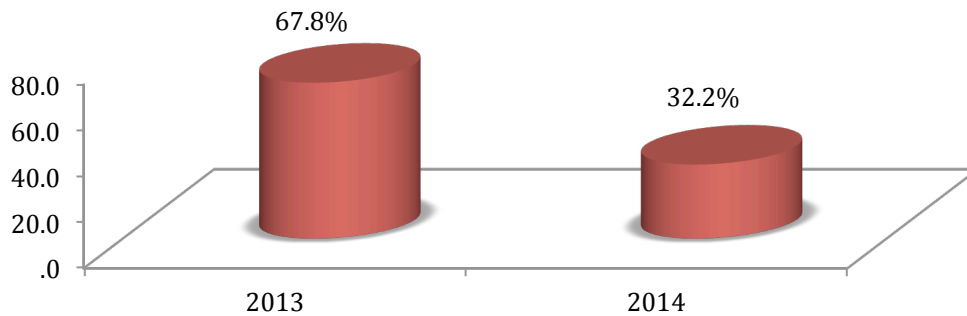
Dentro de la estirpe histológica, se encontraron 267 pacientes (28%) con adenocarcinoma, 512 pacientes (53.5%) carcinoma epidermoide, 150 pacientes (15.7%) carcinoma adenoescamoso y 27 pacientes (2.8%) presentaron otra estirpe (neuroendocrino, de células pequeñas, de células grandes, adenoescamoso, carcinoma adenoide quístico y carcinoma metastásico) (Gráfica 2).



Gráfica 2. Estirpe histológica

Dentro de la distribución por años, se encontró un total de pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer cervicouterino invasor confirmado por revisión de laminillas, en el año 2013 de 649 (67.8%) y en el año 2014 de 307 (32.2%) Gráfica 3.

DISTRIBUCIÓN POR AÑO



Gráfica 3. Distribución por año.

La incidencia por cada 1000 preconsultas de la clinica de displasias en un año es de 265 que corresponde al 26.5%.

CONCLUSIONES.

Por primera vez en nuestro hospital se midió la incidencia del cáncer cervicouterino en el servicio de colposcopia de nuestra unidad, en las pacientes de primera consulta. Según los datos obtenidos en este estudio, las pacientes con cáncer cervicouterino tienen una edad media de 59 años, con un rango entre 18 y 92 años, la estirpe histológica más frecuente fue el carcinoma epidermoide con un 53%, ambos parámetros acordes con la literatura internacional. El hallazgo más significativo es en relación a la etapa clínica debido a que la mayoría de las pacientes con cáncer invasor 25% presenta un estadio clínico IIB, lo que establece a las pacientes en enfermedad localmente avanzada y por ende ya no son candidatas a manejo quirúrgico, teniendo en cuenta que el manejo quirúrgico es el mejor para el control de las recurrencias. Más importante la necesidad de radioquimioterapia concomitante como tratamiento de las etapas localmente avanzadas impacta en el IMSS por el costo beneficio que representa. Por primera vez se midió la incidencia del cáncer cervicouterino invasor en nuestro hospital con un resultado del 26.5%. EL Hospital Gineco Obstetricia No 3 “Dr Víctor Manuel Espinoza de los Reyes Sánchez” es un centro de referencia el cual recibe pacientes de una gran parte del centro del país, esto significa, que a pesar del esfuerzo y las tácticas empleadas por el Instituto y el gobierno de la república para aumentar el diagnóstico temprano de la enfermedad, aun tenemos tarea por realizar. El cáncer cervicouterino representa el segundo lugar de muerte por cáncer en México y se trata de un franco problema de salud pública, este evoluciona de lesiones pre malignas, las cuales son detectables y tratables, por lo que está completamente justificado insistir y continuar con la realización de pruebas de detección oportuna tanto en primer y segundo nivel, las cuales son sencillas y accesibles, además de educar a la población para que acuda a la realización regular de citología cervicovaginal y aplicación de vacunas en contra del VPH en mujeres candidatas, todo esto con la finalidad de disminuir la incidencia del cáncer cervicouterino en nuestra población.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alfsen GC, Thoresen SO, Kristensen GB, et al. Histopathologic subtyping of cervical adenocarcinoma reveals increasing incidence rates of endometrioid tumors in all age groups: a population based study with review of all nonsquamous cervical carcinomas in Norway from 1966 to 1970, 1976 to 1980, and 1986 to 1990. *Cancer* 2000; 89:1291.
2. Gien LT, Beauchemin MC, Thomas G. Adenocarcinoma: a unique cervical cancer. *Gynecol Oncol* 2010; 116:140.
3. Cervical cancer. Estimated incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx (Accessed on March 18, 2015).
4. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol* 1999; 189:12.
5. Quinn M, Babb P, Jones J, Allen E. Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics. *BMJ* 1999; 318:904.
6. Van Krieking G, Castellsagué X, Cibula D, Demarteau N. Estimation of the potential overall impact of human papillomavirus vaccination on cervical cancer cases and deaths. *Vaccine* 2014; 32:733.
7. Torre LA, Bray F, Siegel RL, et al. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin* 2015; 65:87.
8. International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer. Comparison of risk factors for invasive squamous cell carcinoma and adenocarcinoma of the cervix: collaborative reanalysis of individual data on

- 8,097 women with squamous cell carcinoma and 1,374 women with adenocarcinoma from 12 epidemiological studies. *Int J Cancer* 2007; 120:885.
9. Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, et al. Human papillomavirus and cervical cancer. *Lancet* 2007; 370:890.
 10. Workowski KA, Bolan GA, Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep* 2015; 64:1.
 11. Eifel PJ, Burke TW, Morris M, Smith TL. Adenocarcinoma as an independent risk factor for disease recurrence in patients with stage IB cervical carcinoma. *Gynecol Oncol* 1995; 59:38.
 12. Sutton GP, Bundy BN, Delgado G, et al. Ovarian metastases in stage IB carcinoma of the cervix: a Gynecologic Oncology Group study. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166:50.
 13. Bader AA, Winter R, Haas J, Tamussino KF. Where to look for the sentinel lymph node in cervical cancer. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 197:678.e1.
 14. DiSaia PJ, Creasman WT. Invasive cervical cancer. In: *Clinical Gynecologic Oncology*, 7th ed., Mosby Elsevier, Philadelphia 2007. p.55.
 15. Schorge JO, Lee KR, Flynn CE, et al. Stage IA1 cervical adenocarcinoma: definition and treatment. *Obstet Gynecol* 1999; 93:219.
 16. Kilgore LC, Soong SJ, Gore H, et al. Analysis of prognostic features in adenocarcinoma of the cervix. *Gynecol Oncol* 1988; 31:137.
 17. Reynolds EA, Tierney K, Keeney GL, et al. Analysis of outcomes of microinvasive adenocarcinoma of the uterine cervix by treatment type.

Obstet Gynecol 2010; 116:1150.

18. Schorge JO, Lee KR, Lee SJ, et al. Early cervical adenocarcinoma: selection criteria for radical surgery. *Obstet Gynecol* 1999; 94:386.
19. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical practice guidelines in oncology. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp (Accessed on February 27, 2016).
20. Iwasaka T, Fukuda K, Hara K, et al. Neoadjuvant chemotherapy with mitomycin C, etoposide, and cisplatin for adenocarcinoma of the cervix. *Gynecol Oncol* 1998; 70:236.
21. Quinn MA, Benedet JL, Odicino F, et al. Carcinoma of the cervix uteri. FIGO 26th Annual Report on the Results of Treatment in Gynecological Cancer. *Int J Gynaecol Obstet* 2006; 95 Suppl 1:S43.
22. Sartori E, Pasinetti B, Carrara L, et al. Pattern of failure and value of follow-up procedures in endometrial and cervical cancer patients. *Gynecol Oncol* 2007; 107:S241.
23. Bodurka-Bevers D, Morris M, Eifel PJ, et al. Posttherapy surveillance of women with cervical cancer: an outcomes analysis. *Gynecol Oncol* 2000; 78:187.
24. Hong JH, Tsai CS, Lai CH, et al. Recurrent squamous cell carcinoma of cervix after definitive radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2004; 60:249.
25. Salani R, Backes FJ, Fung MF, et al. Posttreatment surveillance and diagnosis of recurrence in women with gynecologic malignancies: Society of Gynecologic Oncologists recommendations. *Am J Obstet Gynecol* 2011;

204:466.

ANEXO 1. Instrumento de recolección de datos.

NOMBRE:	NSS:
Edad	
Fecha de atención primera vez clínica de displasias UMAE HGO 3	
DX HISTOPATOLOGICO DE ENVIO : _____	
ETAPA CLINICA (FIGO) CONSULTA DE PRIMERA VEZ :	
Reporte histopatológico en revisión de laminillas de la unidad: _____	

Anexo 2. ADMINISTRACION DEL ESTUDIO

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES (o Grafica de Gantt)

	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Investigación bibliográfica	x								
Elaboración del protocolo		x							
Presentación del protocolo en el Servicio de Ginecología			x						
Presentación del Protocolo al Comité Local de Investigación				x	x				
Registro del protocolo en el CLIES				x	x				
Recolección de datos						x	x		
Análisis de resultados								x	
Escritura de la tesis								x	
Publicación									x