



BUAP

FACULTAD DE MEDICINA

**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 23
TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.**

**“FACTORES DE RIESGO Y EVOLUCIÓN DE LESIONES PREMALIGNAS DE CÉRVIX
EN MUJERES CON SEGUIMIENTO EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.2 DE
CHIAPAS”.**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALIDAD EN:
MEDICINA FAMILIAR.**

**PRESENTA:
DRA. MARITZA ODIBEL GONZÁLEZ MARTÍNEZ.**

**DIRECTOR DE TESIS:
DRA. CAROLINA RAMÍREZ RODRÍGUEZ.**



**REGISTRO DE SIRELCIS R-2023-703-006
CUATRO VECES HEROICA PUEBLA DE ZARAGOZA
FEBRERO 2025**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE
PUEBLA.**



**COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 23.
TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.**

TESIS

REALIZADA PARA OBTENER EL GRADO COMO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

**“FACTORES DE RIESGO Y EVOLUCIÓN DE LESIONES PREMALIGNAS DE
CÉRVIX EN MUJERES CON SEGUIMIENTO EN EL HOSPITAL GENERAL DE
ZONA N°2 DE CHIAPAS”.**

P R E S E N T A.

**DRA. MARITZA ODIBEL GONZÁLEZ
MARTÍNEZ.**

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR.

Adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 23.

Matricula: 97078712 Teléfono: 961 1945978

Correo Electrónico: odivel17@gmail.com

DRA. CAROLINA RAMÍREZ RODRÍGUEZ.

Médico Familiar. Adscrita a la Unidad de Medicina
Familiar No. 23 Matricula:99076241

Celular:9612257521

Correo Electrónico: yacare0709@gmail.com

DRA. RAQUEL ALFARO PON.

COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.

**TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS; FEBRERO 2025.
No. DE REGISTRO: R-2023-703-006.**

FACTORES DE RIESGO Y EVOLUCIÓN DE LESIONES PREMALIGNAS DE CÉRVIX EN MUJERES CON SEGUIMIENTO EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA N°2.

Autores: Dra. Maritza Odibel González Martínez¹, Dra. Carolina Ramírez Rodríguez².

1. Médico Residente de tercer año de la especialidad de Medicina Familiar. UMF No. 23/UMAA.
2. Médico Familiar. Adscrita a la UMF No 23/UMAA.

INTRODUCCIÓN.

En México, el Cáncer cervicouterino es la segunda neoplasia más diagnosticada y Chiapas presenta una tasa de mortalidad muy elevada. Con una prevalencia elevada de pacientes con lesiones premalignas, las cuales pueden revertir dependiendo de múltiples factores.

OBJETIVO.

Determinar la evolución de las lesiones premalignas y factores de riesgos asociados en mujeres diagnosticadas de primera vez en el Módulo de Displasia en el Hospital General No. 2 de Zona IMSS Chiapas.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Estudio descriptivo, cuantitativo, transversal. La muestra fue de 108 pacientes de 25 a 59 años de edad femeninas con diagnóstico citológico de lesión intraepitelial cervical de bajo y alto grado de primera vez captadas en el período de enero a junio 2021. Se usó Cédula de recolección de datos, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de displasias y cáncer cérvico uterino del instituto mexicano del seguro social en el RIC.

RESULTADOS.

Se encontró que la media de edad fue de 38 años, con un porcentaje elevado de lesiones intraepiteliales benignas en un 78.7%, se observó que del total de la muestra estudiada el 14% tenía antecedente de IVSA <18 años y presentaba lesión intraepitelial de alto grado. A mayor número de parejas sexuales mayor prevalencia de lesiones de alto grado con un 13%, en comparación de número de parejas menor a 4 en un 8.3% Se observó una evolución favorable con un 17.6% de negativización a los 6 meses y 26.8% a los 12 meses y un 29.6% a los 18 meses.

CONCLUSIONES.

En la mayoría de los casos se observó que los factores de riesgos más implicados en la evolución de las lesiones premalignas tales como el número de parejas sexuales e IVSA, presentaban lesiones de alto grado sin embargo al detectarse, derivar a tiempo y llevar un seguimiento adecuado a lo establecido, puede presentarse regresión de dichas lesiones.

PALABRAS CLAVES.

Lesión intraepitelial, citología, colposcopia, IVSA.

**FACTORES DE RIESGO Y
EVOLUCIÓN DE LESIONES
PREMALIGNAS DE CÉRVIX
EN MUJERES CON
SEGUIMIENTO EN EL
HOSPITAL GENERAL DE
ZONA N°2.**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA CHIAPAS.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 23/UMAA.
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.**

AUTORIZACIONES:



**DR. CORDOVA URIBE JOSÉ OMAR.
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.23/UMAA.**

**DRA. ALFARO PON RAQUEL.
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.23/UMAA.**

**DRA. BENÍTEZ RENDÓN AMÉRICA FABIOLA.
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.23/UMAA.**

**DRA. RAMÍREZ RODRÍGUEZ CAROLINA.
ASESOR DE TESIS. MÉDICO FAMILIAR.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.23/UMAA.**



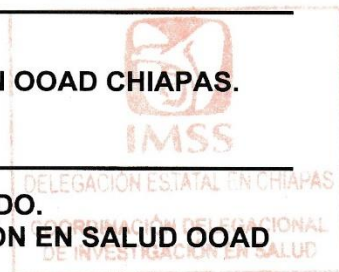
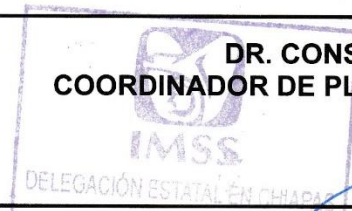
**DR. CONSTANTINO SANTIESTEBAN PAUL.
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL OOAD
CHIAPAS.**



**DR. OCHOA TAPIA EDWARD.
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN OOAD CHIAPAS.**



**DR. RINCÓN LEÓN HÉCTOR ARMANDO.
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO EN INVESTIGACIÓN EN SALUD OOAD
CHIAPAS.**





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 703
U MED FAMILIAR NUM 13

Registro COFEPRIS 18 CI 07 101 059

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 07 CEI 001 2018102

FECHA Jueves, 02 de febrero de 2023

M.E. CAROLINA RAMÍREZ RODRÍGUEZ

PRESENTE


Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Factores de Riesgo y Evolución de Lesiones Premalignas de cérvix en mujeres con seguimiento en el Hospital General de Zona No. 2 de Chiapas** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2023-703-006

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


Mtro. francisco ricardo escobar diaz
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 703

IMP/WH

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS

AGRADECIMIENTOS.

Sin duda alguna, los tiempos de Dios son perfectos cuando creemos y tenemos Fe. En la vida se nos presentan un sinnúmero de oportunidades, las cuales debemos estar atentos y saber cuándo aprovecharlas más si el beneficio es el crecimiento personal y profesional.

Hay personas que aparecen de la nada para mostrarte el caminito y sumar a tu vida, quizá su objetivo era ese, el empujoncito que faltaba para realizar la especialidad, gracias FC.

Durante el proceso de la Residencia, conocí personalidades diferentes que te enseñan más que verlos como competencia; mi gran amigo AR gracias por todo tu apoyo sin ti esta TESIS no tendría un final.

A ti mi motor principal, mi energía para continuar estudiando y demostrarte que mi esfuerzo día a día será el fruto de augurarte un mejor futuro, ser tu ejemplo de responsabilidad y perseverancia; no es suerte, es trabajo arduo y sacrificios día con día. Esto es para ti mi amado hijo ALDO.

ÍNDICE.

TEMA	PÁGINA
1. Marco teórico.	9
2. Planteamiento del problema.	27
3. Justificación.	28
4. Objetivos.	30
5. Material y métodos.	31
6. Diseño de investigación.	31
7. Muestra.	32
8. Ubicación temporal y espacial de la población.	32
9. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.	33
10. Variables.	33
11. Diseño estadístico.	37
12. Instrumento de recolección.	38
13. Método de recolección.	39
14. Cronograma de actividades.	41
15. Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio.	42
16. Consideraciones éticas.	43
17. Resultados.	46
18. Tablas y gráficas.	46
19. Discusión.	54
20. Conclusiones.	58
21. Bibliografía.	60
22. Anexos.	64

MARCO TEÓRICO.

Introducción.

En la población femenina, el cáncer es uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, representa actualmente la segunda causa de muerte que ocasiona el 14% de los fallecimientos. En México, las dos primeras causas de muerte por neoplasias malignas en mujeres mayores de 25 años son: el Cáncer de mama y el Cervicouterino. (1)

Dentro de las neoplasias de carácter intraepitelial, encontramos un factor muy recurrente que es el precursor del desarrollo del cáncer cervicouterino y estamos hablando del VPH o mejor conocido como virus del papiloma humano. (1)

De los cuales podemos establecer al menos 14 tipos diferentes tipos que se mantienen bajo a estudios de los cuales el VPH16 y el VPH18, son los más propensos a ser de tipología cancerígena. (2)

El tipo de contagio a través del aparato genital en los subtipos más cancerígenos, desarrollan y juegan un papel importante para la aparición de lesiones intraepiteliales precursoras y con progresión a desarrollar lesiones intraepiteliales de alto grado que servirán como punto de reservorio y evolución del cáncer invasor. Todos estos cambios celulares evolucionan en el área del cérvix y ocasionan una neoplasia intraepitelial cervical, por lo cual la zona más estudiada y de mayor incidencia es el cuello uterino. (2)

De acuerdo a su grado de evolución podemos clasificar el tipo de displasia considerándose:

- NIC I lesión intraepitelial de bajo grado
- NIC II lesión intraepitelial que abarca dos tercios inferiores
- NIC III lesión intraepitelial que abarca más de dos tercios de epitelio

Siendo consideras NIC II y la NIC III como lesiones de alto grado. (3)

De acuerdo a diversos estudios se ha establecido que la infección del virus del papiloma humano es la causa fundamental para la generación del cáncer cervicouterino, con respaldo de las diferentes asociaciones médicas y la comunidad científica, ya que se ha detectado que los diversos NIC y neoplasias vulvares, en la histopatología se pueden encontrar presencia de esta. (3)

Se ha considerado que la vía de infección más común es a través del hombre, por el grado de promiscuidad y nulo uso de métodos de protección como es el caso de los de barrera para bloquear el sistema de trasmisión, por lo que este tipo de enfermedades siempre se encuentra acompañada de enfermedades de trasmisión sexual. El contagio se efectúa a través de la diseminación del plasma del líquido seminal, al entrar en contacto con la eyaculación intravaginal, el cual posterior a esto se produce el ascenso a través del canal endocervical, y es depositado a través de los pliegues mucosos de las glándulas cervicales, en la unión escamo cilíndrica, en donde se desarrollan comúnmente este tipo de neoplasias. Dentro de la constitución del plasma seminal podemos encontrar inmunosupresores, que interfieren en las funciones primordiales de los linfocitos T y B y natural killers, esto con la finalidad de ocasionar la fecundación, sin embargo, este proceso también influye en el traslado del virus al sitio de implantación. (4)

Epidemiología.

El cáncer cervicouterino se considera como un problema de salud, a nivel mundial, ya que presenta una gran incidencia y prevalencia, La neoplasia conocida como cáncer cervicouterino es considerada el tercer lugar en las tasas de incidencia a nivel mundial, en algunos países de mediano como principalmente en América latina llega a ocupar el segundo nivel de frecuencia como tumor maligno en la población femenina. Se estima la presentación 604 000 nuevos casos y 342 000 muertes nuevos casos anuales en 2020 en la cual más del 90% de estos se presentan en países con ingresos bajos y medianos. (5)

Dentro de los serotipos que provocan casi el 50% de las lesiones precancerosas del cuello

uterino de gran malignidad, encontramos a 16 y 18, los cuales se transmiten a través del contacto sexual. (6)

La elevada tasa de mortalidad mundial por cáncer de cuello uterino (tasa estandarizada por edad: 13,3/100 000 en 2020). más del 95% de cáncer cervicouterino se debe al virus del papiloma humano. (6)

El panorama del cáncer cervicouterino así como de la estimación en el ámbito mundial, hace referencia de esta patología como la segunda neoplasia es más frecuente en la población femenina ocupando un 25% de los diversos cánceres diagnosticados, con incidencia más alta en países desarrollados, siendo Japón el único exento en esta patología, también es considerada como la principal causa de muerte por neoplasias en países en vías de desarrollo y la segunda en países desarrollados, considerándose una defunción cada minuto. (6)

Epidemiología en América Latina.

El cáncer cervicouterino es considerado el más frecuente con 152,059 casos diagnosticados anualmente, una cuarta parte, con afectación e incidencia principal en Argentina y Uruguay, donde las tasas son semejantes a la de países desarrollados, además que la tasa de mortalidad llega a las 43,208 defunciones con afectación principal de países como Guatemala y Uruguay. (7)

Países como Perú, Paraguay, Guyana, Bolivia, Honduras, Venezuela, Nicaragua y Surinam, manejan la incidencia como la segunda neoplasia más común, con presentación 68,818 casos anuales y una estimación de 8.7 defunciones por 100,000 mujeres. (7)

De acuerdo al panorama de la sociedad americana contra el cáncer, se cuenta con un estimado de 14100 casos nuevos para América latina, y 4280 a consecuencia de esta, siendo el cáncer de cuello uterino invasivo, el más previsto.

Epidemiología en México.

Se considera que en México el cáncer cervicouterino es la segunda neoplasia más presente en afectación femenina, solamente superada por el cáncer de mama, además que esta es la primera causa de muerte en la población femenina con un

estimado de 9439 casos y 4335 decesos, con una tasa de 12.6 por 100 mil habitantes y tasa de mortalidad de 5.7, (8)

De acuerdo a las cifras presentadas por el seguimiento del IMSS en el año 2021 se logró detectar la presencia de 155 casos nuevos y 1059 defunciones establecieron la tasa de incidencia 2.26 y tasa de mortalidad de 5.23, bajo en comparación del año 2020, sin embargo, la tasa de mortalidad persiste. (8)

Las entidades con mayor mortalidad por cáncer de mama son Coahuila, Sonora y Nuevo León y las entidades con mayor incidencia por cáncer de cuello uterino son Morelos, Chiapas y Veracruz. Siendo Chiapas la entidad que presenta una mortalidad de 11.91 siendo la más alta de los estados de la república mexicana. (8)

Factores de Riesgo.

Existen muchos determinantes de los factores de riesgo, para el desarrollo de cáncer cervicouterino, dentro de ellos cuales encontramos que la población de 25 a 65 años presenta mayor incidencia de presentación e incidencia, así como bajo porcentaje de incidencia en las personas fuera de este rango de edad. (15)

La influencia de factores como:

- Bajo nivel socioeconómico
- Bajo nivel cultural
- Inicio de vida sexual temprana
- Múltiples parejas sexuales
- Virus del papiloma humano
- Enfermedades de transmisión sexual

Dentro de los factores de riesgo la presencia de promiscuidad o de múltiples parejas sexuales se aprecia que triplica la presencia del riesgo de cáncer cervicouterino, y en el caso de las sexoservidoras el factor de riesgo es considerado de 4 a 5 veces más, no solo la promiscuidad de la mujer incrementa las cifras si no la presencia de múltiples parejas sexuales promedio del compañero varón aumenta en 3 veces la

presencia de infección a través de virus de papiloma humano y desarrollar cáncer cervicouterino. (15)

Diversos estudios han marcado que se encuentran factores asociados con el índice tabáquico, el Dr. Winkelstein aproximadamente hace más de 30 años se dedicó a la investigación, ya que la presencia de afectación, así como las lesiones causantes en el epitelio son muy parecidas a las que son causadas a través del cáncer de laringe y de pulmón, ya que se ha detectado que los niveles de nicotina se trasladan a través de la sangre, logrando toxicidad sobre la cabeza del cuello uterino, logrando una inmunodepresión provocada por una disminución de las células de Langerhans y ocasionando lesiones de VPH, incrementando la presencia de esta en tres veces al promedio. (16)

Existen estudios que han considerado el uso de anticonceptivos orales por más de cinco años incrementa el riesgo de padecer cáncer cervicouterino debilitando el epitelio endocervical, ocasionando una lesión intraepitelial, puede progresar más rápidamente a carcinoma in situ, esto afectando sobre la producción de estrógeno y progesterona, sobre la actuación de genes determinados como el P53, afectando a la regulación del ciclo celular y a la programación de muerte celular; principalmente por la susceptibilidad genética e incremento de afectación del índice de infección por VPH. (17)

Dentro de los factores de riesgo encontramos al más asociado al desarrollo del cáncer cervicouterino y es la infección por el virus del papiloma humano, con más de 200 serotipos, de los cuales encontramos algunos de alto riesgo (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 52, 56, 58 y 59) y bajo riesgo (6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 72 y 8.) de malignidad. (17)

Se ha demostrado que un 60% de las lesiones por VPH y NIC 1 regresan en un lapso de 2 a 3 años, existiendo una disminución de las células del sistema inmunológico a nivel del cuello uterino. (18)

El 90% de los cánceres cervicouterinos son de células escamosas y se inician en la zona de transformación del exocérnix; el 10% restante son adenocarcinomas que surgen en la capa cilíndrica glandular del endocérnix. (19)

Anatomía e Histología.

De acuerdo a la anatomía en la que afecta esta patología podemos definir al útero el cual está constituido por un cuello uterino, o cérnix, que mide unos 3-4cm de longitud delimitan la parte inferior. Se divide en dos partes. La parte interna está constituida por endocérnix, y es aquel que está en contacto con el cuerpo uterino y la parte externa es conocido como exocérnix, es la parte más expuesta a la vagina. La mayoría de los tumores se localizan en la unión entre exocérnix y el endocérnix. (9)

El tamaño aproximado del útero es de 8 cm, se considera un órgano muscular hueco, ubicado en la pelvis femenina, que está constituida por cuello, istmo, cuerpo, fondo, irrigada por las arterias uterinas, e inervadas por el plexo hipogástrico inferior, su drenaje está constituido por Plexo venoso uterino que desemboca en la vena ilíaca interna y cuenta con 3 capas las cuales se dividen en endometrio, miometrio y perimetrio. (10)

Histológicamente el útero cuenta y se divide a través de tres capas:

1. mucosa (endometrio),
2. muscular (miometrio)
3. serosa o adventicia (perimetrio)

Dentro de las funciones principales del útero podemos encontrar que este está enfocado en la reproducción humana, ya que este órgano se encarga de la implantación y nutrición del óvulo fecundado, además de ser el encargado de las contracciones musculares durante el parto. (12)

En cuanto a recubrimiento por medio de los diversos epitelios podemos encontrar que el endocérvix está tapizado por un epitelio cilíndrico simple, el cual está encargada de la secreción de moco, lubricación y control hormonal por parte de los estrógenos y la progesterona, es el principal encargado de las variaciones ocurridas en el ciclo menstrual. El moco segregado por este tipo de epitelio es el encargado de regular la entrada de espermatozoides en la cavidad uterina y capacitación de los espermatozoides que fecundaran el ovulo, o en su defecto ofrece protección a través de la acidez vaginal. Dentro de otras funciones principales podemos mencionar que es la que constituye como barrera de entrada para que no ascienda microorganismos a través de la vagina, lubrica la vagina durante el acto sexual. (13)

El exocérvix está recubierto por epitelio escamoso estratificado no queratinizado que contiene glucógeno que se tiñe de color pardo-caoba o negro tras la aplicación de solución yodo o Lugol, que contiene de 15 a 20 capas celulares de color rosa pálido, presenta en el fondo una única capa de células basales y redondas con núcleos grandes de coloración oscura y poco citoplasma pegadas a la membrana basal, que separa el epitelio del estroma subyacente. (20)

Fisiopatología.

El virus del papiloma humano (VPH) es un virus de doble cadena circular de ADN protegida por una cápside icosaédrica proteica de unos 50nm de diametro, que tiene unos 8,000 pares de bases que se pueden dividir en tres regiones diferentes: una que codifica proteínas de expresión temprana (E1 a E8, siendo E6 y E7 las más importantes a la hora de inducir la transformación celular), otra que las codifica de expresión tardía (L1 y L2, encargadas de la síntesis de la cápside) y una región de control no codificante que contiene elementos reguladores.

La vía de contagio directo del cuello uterino es por transmisión coital, específicamente en la unión escamo-cilíndrica por la presencia de las células epiteliales que están en constantes grados de madurez siendo por esta razón que los virus del papiloma humano aprovechan la maquinaria celular para replicarse y expresar sus genes de forma secuencial. Iniciando en las capas basales, los genes

tempranos E1 a E8, y después en las capas superficiales se expresan las proteínas tardías (L1 y L2) que forman la cápside y permiten el ensamblaje de nuevas partículas virales que se liberan y repiten el ciclo infeccioso. (20)

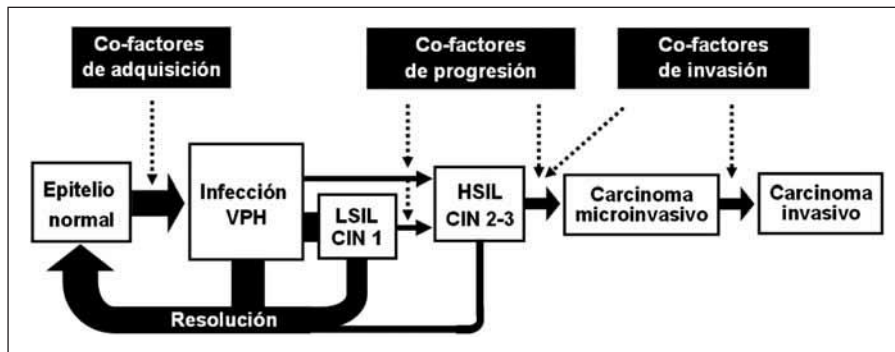


Figura 1. Historia natural de la infección cervical por VPH. Reproducido de Puig-Tintoré et al. Prog Obstet Ginecol 2006.

Cofactores.

Estos se encuentran divididos en 4 los cuales son adquisición, progresión, medioambientales e invasión.

- Adquisición: los cofactores de adquisición están relacionados con el comportamiento sexual de la mujer de los cuales se destacan los siguientes:
 - 1) Edad de inicio de la actividad sexual.
 - 2) No. de parejas sexuales.
 - 3) No. de relaciones sin protección con parejas masculinas que cuenten con antecedentes de múltiples parejas sexuales.
- Progresión: aún con la presencia de infección de virus del papiloma humano, no es significativo de evolución ya que se requieren de ciertos cofactores para la presencia de lesiones de los cuales se clasifican en:
 - 1) Virales: los genotipos virales son aquellos considerados el no. 16 y 18, quienes se encuentra presente y cuentan con mayor índice de progresión en femeninas mayores de 30 años. El cual se ve estimulado a mayor carga viral e infección persistente que puede ser directamente proporcional e integrado del ADN viral al ADN del huésped, lo que ocasiona las oncoproteínas E6 y E7 del VPH y a su interacción con los genes supresores tumorales p53 y Rb

respectivamente, dando la transformación maligna. Lo cual altera la función de las células supresoras, generando división celular y falla de la reparación del ADN, lo que genera falla y disminución de la apoptosis por la inmortalización celular.

- 2) Genéticos o persistentes: a causa de la modificación de la replicación por ADN se logra una respuesta inmunitaria innata, humoral y celular, influida por el virus del papiloma humano que progresara a cáncer cervicouterino. Afectando la primera línea de defensa producida por las Natural Killer (NK), encargadas de la apoteosis las cuales no pueden eliminar células tumorales o infectadas por el VPH. Generando además Antígeno Leucocitario Humano, el cual es un antígeno de histocompatibilidad.
- Medioambientales: los cofactores medioambientales son los más usados para determinar factores de riesgo en los cuales Podemos encontrar hábitos alimenticios y estilo de vida sexual:
 1. paridad,
 2. uso de anticonceptivos hormonales
 3. periodo de tiempo del uso de anticonceptivos hormonales.
 4. Tabaquismo.
 5. inmunodepresión,
 6. infecciones asociadas,
 7. nutrición
 8. dieta.
 - Invasión: este es determinado a través de colposcopia, en cual se puede observar vasos atípicos, considerado signo de progresión e invasión, que determina la progresión de neoplasia intraepitelial a cáncer invasivo, ocasionada por el factor de crecimiento endotelial vascular y proteínas como la angiogénica, que son los encargados del crecimiento e invasión del estroma, lo que ocasiona metástasis en el cuerpo humano.

Sistema de Bethesda.

Usado en las lesiones Intraepiteliales de Bajo Grado (LIEBG), es una nomenclatura que engloba NIC 1 y atipia coilocítica mientras que Lesión Intraepitelial de Alto Grado (LIEAG) está conformado por NIC 2 y NIC 3 y carcinoma in situ (CIS). Y los atípicos o de significado indeterminado son reflejados con el termino (ASC-US). Otra terminología usada a través del sistema Bethesda son no se puede excluir lesión de alto grado (ASC-H) y células glandulares atípicas (AGUS). (21)

Estadificación del Cáncer Cervicouterino FIGO.

Estadio I carcinoma delimitado únicamente al cuello uterino.

Estadio IA: invasión del estroma con una medida de 5 mm de profundidad y 7 mm de extensión horizontal.

Estadio IA1: La invasión del estroma no supera 3 mm de profundidad y 7 mm de diámetro.

Estadio IA2: La invasión del estroma no supera 3 y 5 mm de profundidad

Estadio IB: Las lesiones clínicas se limitan al cérvix.

Estadio IB1: Lesiones clínicas de tamaño de 4 cm.

Estadio IB2: Lesiones clínicas superior a 4 cm.

Estadio II se extiende más allá del cérvix, pero no alcanza las paredes pelvianas, con afectación solamente de vagina en un tercio.

Estadio IIA: Ninguna afección parametrial evidente.

Estadio IAB: Afección parametrial evidente.

Estadio III extensión hacia la pared pelviana. afecta el tercio inferior de la vagina.

Estadio IIIA: Ninguna extensión en la pared pelviana, pero afecta el tercio inferior de la vagina.

Estadio IIIB: Extensión a la pared pelviana,

Estadio IV se extiende más allá la pelvis o invade la mucosa de la vejiga y/o recto.

Estadio IVA: afecta órganos pélvicos cercanos.

Estadio IVB: se extiende hacia los órganos distantes. (14)

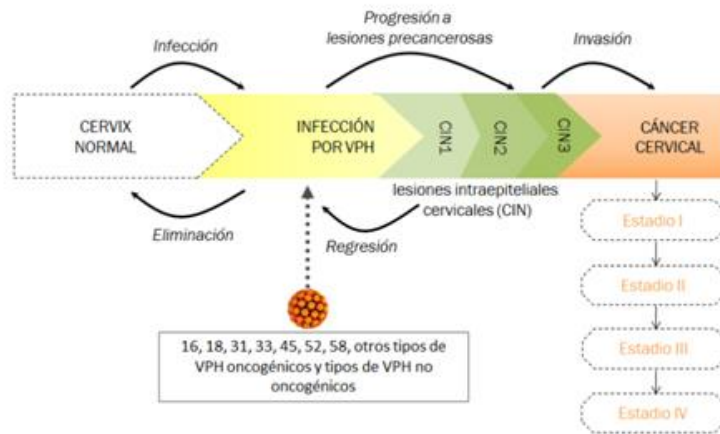


Figura 2. Esquema simplificado del modelo de simulación de Monte Carlo que muestra los estadios transitorios de salud de la historia natural de la infección por VPH y del cáncer de cérvix.

Clínica /Sintomatología.

Dentro de la sintomatología que ocasiona el cáncer cervicouterino, no se destaca en la primera etapa, en mucho de los casos pasa desapercibida, sin embargo, dentro de los datos de incidencia recurrentes encontramos:

- Infecciones cervicovaginales
- Flujo vaginal
- Disuria
- Prurito genital
- Dispareunia

En la presencia de cuadros más avanzados podemos encontrar sangrado transvaginal, la presencia de este síntomas se considera como indicativo de presencia de una lesión invasora y progresión avanzado de la lesión intraepitelial, en mucho de los casos esta sintomatología inicial con la presencia de crecimiento tumoral o diseminación pélvica a nivel radicular, por la nula presencia de sintomatología en la aparición de inicio de la lesión, no se le presta la atención adecuada y esto retrasa su diagnóstico oportuno, ya que la sintomatología inicial se hace presente hasta que el diagnóstico es irreversible. (22).

Detección.

Distintos métodos de tamizaje utilizados continúan siendo esenciales para la identificación temprana de lesiones premalignas.

1.- Citología cervical o Papanicolaou:

Dentro de los instrumentos de diagnósticos encontramos a la citología cervical la cual es parte de la utilización para el diagnóstico temprano, este tipo de estudio se practica a la población femenina mayor de 18 años de edad que cuenta con inicio de actividad sexual, o en presencia recurrente de leucorrea, infecciones genitourinarias así como pacientes que cuenten con cuadro de detención de enfermedad de transmisión sexual, siendo un indicativo del 98% de especificada en la detención de cáncer cervicouterino y 51% en la sensibilidad.

La realización de este debe de estar orientado en la realización de una vez por año, con la existencia de los factores asociados al desarrollo de cáncer cervicouterino, en caso de incidencia o sospecha de presencia de enfermedades neoplásicas se debe de realizar cada 6 meses. (23)

Como alternativa se puede ofrecer la citología en base líquida porque disminuye el número de muestra insatisfactorias y requiere de menor tiempo de estudio microscópico.

Las pautas para la realización y discontinuidad del Papanicolaou se sugieren:

- Mujeres entre los 21-29 años de edad, se recomienda la citología cada 3 años.
- Las mujeres de 30 años y mayores deben someterse a detección por citología cada 3 años y /o pruebas de VPH cada 5 años.
- Discontinuidad de la detección: en mujeres mayores de 65 años con resultados negativos consecutivos en los últimos 10 años. En pacientes con histerectomía total y que no han tenido antecedentes de lesiones de alto grado o más avanzado.
- Todas las pruebas anormales deben de repetirse cada 6 meses hasta obtener dos frotis consecutivos con resultado normal.

Las citologías se deben clasificar según el sistema de Bethesda donde las células escamosas atípicas se dividen en:

- ASC-US: indeterminada
- ASC-H: Las que no se puede excluir una lesión de alto grado.
- LSIL: Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado, cambios citológicos consistentes con atipia coilocítica o NIC I.
- HSIL: Lesión intraepitelial escamosa de alto grado, hallazgos citológicos correspondientes a NIC II y NIC III.

2.- Colposcopia:

Con presencia de sensibilidad de 95% y especificidad de 98%, siendo considerado el método único de diagnóstico, valora completamente la valoración citológica y epitelial del cérvix, e identifica lesiones premalignas y malignas con gran precisión.

(23)

El reporte colposcópico que se puede realizar se clasifica como:

1) Satisfactoria

- Sin alteraciones.
- Infección de VPH.
- Neoplasia intraepitelial cervical (NIC).
- Neoplasia invasora.

2) No satisfactoria.

- Sin alteraciones.
- Infección de VPH.
- Neoplasia intraepitelial cervical (NIC).
- Neoplasia invasora.

Indicaciones de toma de biopsia colposcópica. (20)

- Datos sugestivos de NIC.
- Evidencia de epitelio acetoblanco asociado con infección de VPH.

- Datos sugestivos de cáncer invasor.
- Resultado citológico positivo para malignidad sin evidencia colposcópica de la misma.

Hallazgos de presencia de un cáncer invasor: (24)

- Patrón vascular atípico.
- Pérdida del puntilleo regular o del patrón en mosaico visto en las lesiones de alto grado.
- Epitelio acetoblanco denso.
- Zona de transformación anormal con extensión al canal endocervical.
- Fragilidad capilar.
- Orificios glandulares engrosados.

3. Pruebas moleculares de VPH.

- Detección de DNA viral que asociada a la citología mejora la detección de lesiones precursoras.
- Detección del RNA de los genes E6 y E7 del VPH, como inconveniente tiene mayor tasa de falsos positivos.
- Detección de marcadores celulares que buscan ciertas proteínas con expresión aumentada con la infección del VPH. Consigue disminuir los falsos positivos en combinación con el papanicolaou.

4. Biopsia Cervical. Consiste en la toma de un pequeño fragmento de la lesión sospechosa para corroborar el diagnóstico de sospecha. (25)

Tratamiento: Manejo de lesiones premalignas.

El tratamiento enfocado a la neoplasia de cáncer cervicouterino, se parte desde el primer nivel de atención el cual tiene en consideración los siguientes objetivos. (26)

- 1.- Fácil ejecución.
- 2.- Reducir el índice de mortalidad.
- 3.- Preservación de la capacidad reproductiva.
- 4.- Bajo costo
- 5.- Resultados en corto y largo plazo.

Desde el inicio de la detección de los diversos NIC, se han aplicado diversos tipos de tratamiento, como el plan establecido en 1966 por Chanen y Hollyock quien comenzó con tratamiento de electrocoagulación diatérmica, sin embargo, el costo, así como el tipo de complicaciones que presentaba eran significativas al número de casos con mejoría. En los últimos 30 años se ha utilizado diversas terapéuticas con usos más conservadores teniendo con base el uso de la colposcopia, sumado a esto el conocimientos las lesiones intraepiteliales, en el cual se ha empleado el uso de criocirugía y láser, así como el uso de terapias Radiocirugía para realizar la escisión electro quirúrgica del cérvix, se ha establecido que el tratamiento de disposición así como definitivo se cuenta con un plazo de 2 años desde el comienzo para la erradicación de la patología. (26)

Para el tratamiento de elección se debe de tener encuentra diversas consideraciones como es el tamaño de la lesión, ya que de acuerdo al nivel y la progresión de esta son detalles que se deben de tener en consideración, ya que esto influye para la elección del tratamiento conservador en etapas más tempranas. (27)

Las lesiones de bajo grado rara vez progresan a lesiones de alto grado y no requieren tratamiento más que la vigilancia médica. En las lesiones de alto grado mientras se pueda observar toda la lesión y no haya afectación intracervical se puede tratar mediante laser o crioterapia. Pero en algunas pacientes que no se pude cumplir con estos criterios, se realiza la conización cervical con biopsia.

Existen 2 formas de manejo de lesiones premalignas:

- 1) Terapia por Ablación (crioterapia y termo coagulación)

De acuerdo a las guías prácticas esenciales de control integral del cáncer cervical, elaboradas por la OPS-OMS, la crioterapia elimina las áreas precancerosas del cuello uterino mediante congelación, que consiste en aplicar CO2 comprimido o N2O comprimido mediante criosonda sobre el cuello uterino y congelar las áreas anormales. Lleva cerca de 15 min, se realiza de manera ambulatoria con anestesia local.

Como requisito para esta terapia son: si toda la lesión y la unión escamo-cilíndrica son visibles y si la lesión no cubre más de las tres cuartas partes del exocérvix.

La termo coagulación, utiliza electricidad generando temperaturas suficientes para destruir las lesiones cervicales.

2) La escisión electro quirúrgica con asa de la zona de transformación (LEEP)

Se utiliza cuando una lesión se extiende dentro del conducto endocervical, o se considera sospechosa de cáncer invasor.

Con un asa hecha de alambre delgado corta y coagula al mismo tiempo accionado por una unidad electro quirúrgica, después se utiliza un electrodo de bola para completar la coagulación. El tejido extirpado puede enviarse a laboratorio de histopatología para su estudio que permitirá ver el grado de lesión y si hay bordes sanos para saber si fue completada la escisión de toda el área anormal. El procedimiento es ambulatorio, con anestesia local y puede durar alrededor de 30 minutos.

El tejido cervical tarda un mes en regenerar, por lo que se recomienda el seguimiento al mes. Se indica a la paciente los cuidados posteriores porque puede tener descarga acuosa profusa y deberá evitar el coito o utilizar preservativo. (28)

Prevención.

- a) Educación sobre VPH y Cáncer Cervicouterino. Ampliar el conocimiento sobre salud y concientizar en la prevención de dicha patología, dando a conocer las estadísticas de contagio y muertes a nivel mundial, ya que, a pesar de ser una patología prevenible, teniendo acceso a los servicios de salud y fomentar la detección mediante técnicas sin costo y ambulatoria como el Papanicolaou, aún sigue existiendo poca demanda del servicio. (29)
- b) Vacunación contra VPH. A partir del 2012 se universalizó la vacunación contra VPH. En la actualidad existen cuatro vacunas: una bivalente contra los tipos 16 y 18 los más oncogénicos (Cervarix), segura desde los 9 años y se deben administrar dos dosis intramusculares si es < de 15 años y 3 dosis a los 0,1,6 meses si es > de 15 años; una cuadrivalente (Gardasil) que protege contra los serotipos 6,12 (de tipo benigno, verrugas genitales), 16 y 18. Ambas confieren una protección de más del 90% en contra de la persistencia de la infección por VPH en las mujeres que reciben las tres dosis. La más reciente llamada Nonavalente (Gardasil 9), que protege contra los serotipos 6,11,16,18,31,33,45,52 y 58 aprobada en 2014 en Europa y EEUU es la que se tiende a utilizar tras probar su eficacia. Ya hay datos de inmunidad mantenida generada por estas tres vacunas a 8 y 10 años. (30)
- c) Uso de preservativo evita el contagio en un 60-70%.

Respuesta de la OMS.

La asamblea de la Salud adoptó la Estrategia Mundial para Acelerar la eliminación del Cáncer del Cuello Uterino como problema de Salud Pública, en la que se establece que en un país se ha eliminado el cáncer de cuello uterino cuando la incidencia es inferior al umbral de 4 casos por cada 100,000 mujeres al año. Con el fin de alcanzar ese umbral para finales del siglo XXI, la OMS ha fijado las metas <<90-70-90>>, que deberán alcanzarse para 2030 y mantenerse que consisten en:

- El 90% de las niñas totalmente vacunadas contra los VPH antes de los 15 años;
- El 70% de las mujeres examinadas mediante una prueba de alta precisión antes de los 35 años y de nuevo antes de los 45 años; y

- El 90% de las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino reciben tratamiento (el 90% de las mujeres con cáncer invasivo reciben la atención pertinente).

Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema de salud pública. (31)

Dentro del sistema de salud, los médicos generales son parte fundamental del primer nivel de atención , lo cuales debe de estar capacitados y orientados en la atención y derivación de las diversas patologías que se pueden encontrar, por parte del instituto mexicano del seguro social, en las clínicas del primer nivel de atención encontramos a los médicos especialista en medicina familiar, los cuales son personal capacitado del sistema de salud, en todas las áreas médicas para el tratamiento oportuno y retraso en la progresión de la enfermedad, para su atención oportuna, por lo que en base a lo planteado anteriormente se puede realizar mejoras en el proceso de atención y oferta de tratamiento temporales, para el retraso oportuno de la lesión y así evitar el desarrollo del cáncer cervicouterino. (32)

Planteamiento del problema.

La infección persistente por el virus del papiloma humano (VPH) así como su desarrollo a neoplasia intraepitelial cervical (NIC) sigue siendo un problema de salud, que afecta en gran medida a la población femenina, la cual a pesar de disminuir los casos de mortalidad actualmente, no es detectada en sus primeras etapas durante el tamizaje o no se le otorga un adecuado seguimiento y tratamiento una vez detectada.

Dentro de los factores más frecuentemente asociados a la infección, se hace mención en la literatura que son los subtipos virales de alto riesgo o VPH DE AR son el VPH 16 y VPH 18; factores de riesgo independientes para CIN y CACU. Los cuales destacan en mujeres con múltiples parejas sexuales; sin embargo, no es la única causa para progresar a malignidad, ya que existen otros factores como son el tabaquismo, la anticoncepción hormonal, la inflamación secundaria a infecciones vaginales recurrentes y el uso de antibióticos pueden alterar el sistema inmunológico y por ende la eliminación del VPH, el cual ocasiona una carga viral alta para desencadenar la formación de lesiones cervicales más agresivas y fracaso al tratamiento.

Es relevante poder determinar los factores asociados que desencadenan las lesiones precancerígenas o hagan que persistan. Corroborar si la tipificación viral es realizada y otorgar un adecuado seguimiento a las pacientes, para disminuir la tasa de recurrencias y muerte por la enfermedad al avanzar a cáncer maligno y el tamizaje subsecuente de control y se pueda tener una ventana de seguridad en el tiempo de esparcimiento en vigilancia de estas pacientes en el primer nivel de atención.

Los médicos de primer nivel de atención no se enfocan al tratamiento de las lesiones de alto o bajo grado, pero si en realizar seguimiento y abordaje sobre los factores de riesgo modificables que determinan su evolución.

Derivado a lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de dicha investigación que su objetivo es responder y aportar información en relación al tema:

¿Cuáles son los factores de riesgo y la evolución de lesiones Premalignas del cérvix en pacientes captadas de primera vez en seguimiento en el módulo de displasia en el HGZ 2 de Chiapas, en el periodo comprendido de enero 2021 a diciembre de 2022?

Justificación.

A nivel mundial hay alrededor de 604,127 casos de cáncer cervicouterino, así como 341,831 muertes, lo que lo ubica como el cuarto tipo de cáncer más frecuente y en muertes por esta enfermedad entre mujeres. En México, para el 2020 el cáncer cervicouterino es la segunda neoplasia ginecológica más diagnosticada y frecuente en mujeres con un estimado de 9,439 nuevos casos y 4,335 muertes con una tasa de incidencia de 12.6 y de mortalidad 5.7 por cada 100,000 mujeres. En 2021, el IMSS detectó 1,155 casos nuevos y 1,059 defunciones con una tasa de incidencia de 2.26 por 100,000 y una tasa de mortalidad de 5.23 por 100,000. Destacando el estado de Chiapas con la tasa de mortalidad de 11.91, la más alta del país.

A pesar de que diversos estudios mencionan que la incidencia de cáncer de cérvix ha disminuido a través de los años, recientes estudios demuestran que a partir del 2018 los casos aumentaron de forma importante.

Se consideran factores de riesgo todos aquellos relacionados con la adquisición de la infección. De acuerdo a los estudios e investigaciones a lo largo de los años, se coincide que el cáncer de cérvix es considerado una enfermedad de transmisión sexual directa con la mayor o menor incidencia de éste. La prevalencia de infección por VPH de todos los subtipos es una de las causas más frecuentes para este cáncer, pero no la única. Otros factores de riesgo que inciden son: Infección de transmisión sexual, la edad, los asociados al comportamiento sexual, a la paridad, los sociodemográficos, tabaquismo, uso de anticonceptivos orales por tiempo prolongado, los malos hábitos dietéticos y la poca actividad física.

Hasta el 90% de las infecciones por VPH se eliminan sin tratamiento durante los dos primeros años y sólo aquellas que se cronifican pueden dar lugar a lesiones precancerosas que progresen a cáncer invasor.

Las lesiones premalignas, preinvasivas o precancerígenas, como su mismo nombre lo dice, no son consideradas cáncer, pero si estas lesiones no se tratan terminarán

transformándose en esta patología en un futuro. En una mujer con un sistema inmunocompetente el desarrollo de Cáncer cervicouterino puede llevar de 15 a 20 años, sin embargo, en aquellas mujeres inmunosuprimidas el tiempo de desarrollo será significativamente menor, entre 5 y 10 años.

Es por ello, que los programas de control de cáncer del cuello uterino se basan en el conocimiento de la existencia de lesiones precursoras, conocidas como Lesiones Escamosas Intraepiteliales. Estas pueden ser de bajo potencial de transformación maligna o de bajo grado (LEI-BG) y otras de Alto grado (LEI-AG). Si estas lesiones son tratadas y eliminadas se evita el desarrollo del cáncer invasor.

Es de vital importancia el apoyo a la prevención, tamizaje del cáncer cervicouterino en nuestro país y determinar factores asociados para mejorar el tratamiento, seguimiento y así disminuir la tasa de recurrencias, ofrecer mejor calidad de vida y muerte por la enfermedad.

Derivado a lo antes planteado y a los antecedentes personales de cada paciente que se tiene consignadas en este estudio, se desea conocer qué factores de riesgo están fuertemente implicados en la aparición de las lesiones premalignas y poder plantear un método de prevención en complicaciones derivadas a estas y así retrasar o evitar la progresión de esta patología tan insidiosa, otorgando y priorizando los tiempos de atención y espera de la pacientes para su derivación al segundo nivel de atención y seguimiento institucional del área correspondiente en el Módulo de Displasias.

Objetivo general.

Determinar la evolución de las lesiones premalignas en mujeres diagnosticadas de primera vez en el Módulo de Displasia en el Hospital General No. 2 de Zona IMSS Chiapas.

Objetivos específicos.

- Identificar los factores de riesgo en pacientes con lesión de bajo y alto grado
- Determinar el tratamiento de elección ofertado de las lesiones premalignas.
- Describir la evolución de las lesiones premalignas en base a su tamizaje.
- Conocer las características sociodemográficas de las pacientes con lesión de bajo y alto grado.

Material y métodos.

Tipo de estudio.

Observacional de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo.

Diseño de estudio.

Este protocolo de investigación está orientado en la realización de una investigación de tipo observacional de tipo descriptivo, cuantitativo, en secuencia trasversal con información retrospectiva.

Tipo de muestreo.

No probabilístico de tipo intencional.

Población De Estudio.

Pacientes femeninas derivadas de primera vez al módulo de displasia del Hospital General de Zona No.2 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, con diagnóstico de sospecha de Lesión Intraepitelial de Bajo y Alto Grado captadas el periodo de enero a junio de 2021.

Cálculo del tamaño de muestra.

El tema de investigación de este protocolo maneja un universo de población muy específico por lo que se seleccionó en la hoja diaria de enero a junio de 2021 las pacientes de primera vez captadas con Lesión intraepitelial de bajo y alto grado en el área de módulo de displasia siendo un total de 108 pacientes, tomadas como universo total y que estarán en seguimiento y control con el diagnóstico establecido, por lo que en base a esto se optó por revisar el 100% de los expedientes, esto con la finalidad de poder dar el seguimiento en las fechas establecidas por el módulo de displasias, el cual establece el control de las pacientes a los 6 meses, 12 meses y 18 meses, como control programado y una consulta extraordinaria a los 2 meses de la primera valoración para la confirmación del caso, por lo que en base a esto se

tomó en cuenta la siguiente población, para poder dar como finalizado la recolección de datos en diciembre del 2022, cuando estas concluyan su seguimiento.

Tabla de población en investigación.

MES/AÑO 2021	No. De pacientes de lesión de Bajo Grado	No. De pacientes de lesión de Alto Grado
Enero	4	0
Febrero	4	1
Marzo	6	3
Abril	16	1
Mayo	15	6
Junio	40	12

Lugar De Estudio.

Hospital general de zona no. 2 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, en el área de módulo de displasias.

Periodo del estudio.

Periodo 01 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2022.

Universo de estudio.

Pacientes femeninas con diagnóstico citológico de lesión intraepitelial cervical de bajo y alto grado de primera vez captadas de enero a junio de 2021 siendo un total de 108 pacientes.

Criterios de inclusión.

1. Usuarios femeninos en un rango de edad comprendidas en el periodo enero-junio de 2021 con el diagnóstico de primera vez de lesión intraepitelial de bajo y alto grado y en seguimiento por el módulo de displasia del Hospital General de Zona No. 2 IMSS de Tuxtla Gutiérrez Chiapas.

Criterios de Exclusión.

1. Usuarías con diagnóstico de lesiones intraepiteliales de bajo y alto grado Subsecuentes en ese periodo comprendido.
2. Pacientes No derechohabientes.
3. Pacientes que cuenten con el diagnóstico de lesión de cáncer in situ.
4. Pacientes que no se encuentren en seguimiento en los meses establecidos.

Criterios de eliminación.

1. Cédulas incompletas o Anexos incompletos.
2. Femeninas que no continúen con su seguimiento de la patología en más de 6 meses de atención.

Variables del estudio.

Dependientes:

- Lesiones intraepiteliales cervicales de bajo grado.
- Lesiones Intraepiteliales cervicales de alto grado.

Independientes: Factores de Riesgo.

- Edad.
- Inicio de vida sexual activa.
- Parejas sexuales.
- Virus del papiloma humano.
- Tabaquismo.
- Métodos anticonceptivos.

Independientes: Tamizaje/Control.

- Papanicolaou.
- Colposcopia.
- Biopsia cervical.
- Tratamiento de elección.

Definición Y Conceptualización.

VARIABLE	DEFINICION TEORICA	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES
Lesión intraepitelial cervical de bajo grado	Lesión preinvasora más común del cuello uterino	Hasta un tercio del epitelio escamoso cervical está ocupada por células displásicas	Cualitativa	- Presente - Ausente
Lesión intraepitelial cervical de Alto grado	Precursor directo del CaCu	Ocupan más de una tercera parte de la profundidad del epitelio cervical	Cualitativa	- Presente - Ausente
Edad	Años y meses que presenta el paciente desde su nacimiento hasta el momento actual.	Años cumplidos reportado en el expediente clínico al momento de la recolección de datos.	Cuantitativa	25 a 44 45 a 49 50 a 59 >60
Inicio de vida sexual activa	Edad en la que se da la primera relación sexual	Edad de la primera relación sexual. Aumenta el riesgo de VPH en la adolescencia.	Cuantitativa	- < = de 18 años - > de 19 años
Parejas sexuales	Conjunto de comportamientos que realizan al menos dos personas con el objetivo de dar o recibir placer sexual.	No. De compañeros sexuales de la paciente a lo largo de su vida.	Cuantitativa	- de 1-3 parejas - > de 4 parejas
Anticoncepción Hormonal Oral	Son aquellos métodos que se utilizan para impedir la reproducción humana de forma temporal.	Tiempo de uso de pastillas anticonceptivas	Cuantitativa	- > de 5 años

<p>Virus del papiloma humano (VPH)</p>	<p>Son un grupo de más de 200 virus relacionados y algunos de estos se transmiten por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales</p>	<p>Dos grupos de VPH de transmisión sexual: VPH riesgo bajo y VPH de riesgo alto. VPH 16 y VPH18 tipología cancerígena.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>- Positivo Tipificación: VPH 16 o VPH18 - Negativo</p>
<p>Tabaquismo</p>	<p>Intoxicación aguda o crónica producida por el consumo abusivo de tabaco</p>	<p>Consumo de Cigarrillos</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>- Si - No</p>
<p>Gestación</p>	<p>Periodo que transcurre entre la fecundación en las trompas de Falopio y el momento antes del inicio del parto.</p>	<p>Números de veces que la paciente alcanzó la concepción</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>- 1 a 4 - >= 5</p>
<p>Citología cervical</p>	<p>La prueba de Papanicolaou, también llamada citología vaginal, es una exploración complementaria que se realiza para diagnosticar el cáncer cervicouterino.</p>	<p>Tamizaje para cáncer cervical realizado institucional o particular de muy bajo costo.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Anomalías en células escamosas: a) Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (displasia leve y/o VPH b) Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (displasia moderada y grave)</p>
<p>Colposcopia</p>	<p>Exploración o examen visual del conducto vaginal y del cuello del útero mediante un aparato óptico que amplifica las imágenes.</p>	<p>Permite ver con mayor detalle la morfología de lesiones sospechosas y en el mismo acto tomar biopsias</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>-Tamaño de lesión - Lugar de la lesión - Diagnóstico probable: * LIBG * LIAG</p>

Biopsia Cervical	Procedimiento que se realiza para extraer una muestra de tejido del cuello uterino	Toma de un pequeño fragmento de la lesión sospechosa para corroborar el diagnóstico de sospecha	Cualitativa	-Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo Grado. -Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado.
Tratamiento	Conjunto de medios cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades.	Tratamiento ofertado de acuerdo a la etapa clínica	Cualitativa	a) Vigilancia: -Citología -Colposcopia b) Conservador: -Crioterapia -Electrocauterio -Cono cervical - Otros

Análisis estadístico.

Una vez recolectada la información del instrumento se procederá a analizar y procesar las variables de estudio para poder definir las frecuencias relativas y absolutas, y poder comparar los datos obtenidos referentes a su presentación del caso. Posteriormente se presentará la información analizada en cuadros y gráficas. Las variables presentadas en este estudio serán concentradas a través de un Excel, expuestas en numeración alfa numérica, de acuerdo a la respuesta y variable mencionada, para poder realizar el análisis e interpretación de la información obtenida ya que este protocolo se sustenta en un estudio descriptivo, cualitativo, transversal, retrospectivo. La manipulación de las variables será más limitada y solo se centrará a establecer lo recolectado.

Instrumento de evaluación.

Dentro de los instrumentos de evaluación que se encuentran a nuestro alcance y por el método considerado para el desarrollo de este estudio se tomara de referencia el anexo 11 del manual de procedimientos de cáncer cervicouterino del instituto mexicano del seguro social, el cual recibe el nombre de Anexo 11 diagnóstico, tratamiento y seguimiento de displasias y cáncer cérvico uterino, a través de la utilización de este formato de recolección de datos se obtendrán los datos, sobre la información necesitada para posteriormente ser graficada, no omito mencionar que el elemento de recolección de datos se encuentra avalado por nuestro instituto, ya que este se encuentra dentro del manual de procedimientos médicos. Recopilación plataforma RIC. (ver ANEXOS).

Método de recolección.

Síntesis de la observación. Con Expedientes clínicos del Hospital General de Zona No. 2 IMSS Chiapas. Plataforma RIC.

Técnica.

Cédula de recolección de datos. Anexo 11 diagnóstico, tratamiento y seguimiento de displasias y cáncer cérvico uterino del manual de procedimientos de cáncer cervicouterino publicado por el instituto mexicano del seguro social. Actualmente seguimiento con el RIC.

Procedimiento de datos.

1. El protocolo se someterá a revisión del comité local de investigación en salud número 703 y Comité de Ética en investigación en Salud número 7038, ambos de la UMF No 13 de Tuxtla Gutiérrez para que en caso de su aceptación sea registrado al Sistema de registro electrónico del comité de investigación para su aceptación final.
2. Una vez registrada se girarán los oficios correspondientes para que el director de la unidad de estudio brinde todas las facilidades para la realización del estudio, posteriormente se dará información y solicitará consentimiento informado a los participantes.
3. La elección de las participantes se someterá a los criterios establecidos de la población que este en seguimiento por el módulo de displasias del hospital en los meses de enero a junio del 2021, la cual se le aplicará la cedula de evaluación y se recabará la información necesaria de su control y tratamiento, así como evolución y progresión.
4. Una vez obtenida toda la información se representarán de acuerdo a la hoja de recolección de datos diseñada de una forma que se identifica los puntos establecidos en los objetivos y se procesara de datos correspondiente.

5. Posteriormente se procederá al ordenamiento de la información recabada para la interpretación posterior de los resultados determinando las variables con mayor proximidad al problema planteado, para elaborar un concentrado de Excel con todas las variables de estudio que están marcadas en este protocolo por medio de numeración numérica se le asignara un valor correspondiente para poder definir y establecer toda manipulación necesaria, para concretar el desarrollo y estudio necesario.
6. Al finalizar todo el proceso de investigación y el análisis estadístico detallado de la información, los datos se representan de acuerdo al diseño de la cédula de recolección de información en tablas representativas, con la correspondiente descripción de cada una.

Cronograma de actividades.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES								
	Mar- Abr 2022	Abr- May 2022	May- Ago 2022	Ago- Oct 2022	Nov 2022	Dic- Jun 2022	Jul- Dic 2022	Enero- Julio 2023
Elección del tema	X							
Revisión de la lectura		X						
Elaboración del protocolo			X					
Presentación del protocolo				X				
Modificación del protocolo				X				
Evaluación del protocolo por el comité					X			
Recolección de datos						X		
Análisis y codificación de datos							X	
Interpretación de datos								X

Recursos.

Se utilizará infraestructura del Hospital de Zona No.2 IMSS de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, con realización de investigación en el módulo de displasias de este nosocomio.

Recursos materiales.

- Una Impresora.
- Una Computadora.
- 1 caja de lápices.
- 1 caja de bolígrafos.
- Un paquete estadístico SPSS.
- 125 cedulas de evaluación del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de displasias y cáncer cérvico uterino.

Recursos financieros.

- Propios del investigador.

Recursos humanos.

- 1 asesor metodológico.
- 1 residente de medicina familiar de primer año.

Consideraciones éticas.

La información será confidencial, se protegerá la privacidad de los encuestados involucrados en el estudio. De acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de investigación para la salud en México (Secretaría de Salud, 1996), se tomó en cuenta lo establecido en el título segundo “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”. La presente investigación se considera sin riesgo de acuerdo a lo establecido en el capítulo I Disposiciones comunes, Artículo 17 párrafo I: Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se considera cuestionarios, entrevistas, revisión de expediente clínico y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

este estudio tendrá base en los principios básicos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial; “Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en seres humanos” Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial. Helsinki, Finlandia (1964) y revisada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, (Tokio 1975) y enmendada por la 35ª Asamblea Médica Mundial, (Venecia, 1983) y la 41ª Asamblea Médica Mundial (Hong Kong 1989). 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, (octubre 1996) 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, (octubre 2000), Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, (Washington 2002), Nota de Clarificación agregada por la Asamblea General de la AMM, (Tokio 2004), 59ª Asamblea General, (Seúl, Corea, octubre 2008), 64ª Asamblea General, (Fortaleza, Brasil, octubre 2013). En mencionada Declaración se menciona los siguientes principios:

- 1.El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los

conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

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

3.La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

4.Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

5.En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para la persona que participa en la investigación.

6.La investigación médica en un grupo vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable. Además, este grupo podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación.

7.La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

8.El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre el financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y la información sobre las estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación. En los ensayos clínicos, el protocolo también debe describir los arreglos apropiados para las estipulaciones después del ensayo.

9.El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.

Resultados.

El presente estudio fue realizado en el Módulo de displasia del Hospital de zona no. 2 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, con un universo de 108 pacientes durante el período enero 2021 a diciembre de 2022 diagnosticadas con lesiones premalignas de cérvix.

Análisis univariado.

De estas lesiones premalignas, el 78.7 % (n=85) corresponden a lesiones de bajo grado y en un menor porcentaje con un 21.3% (n=23) se reportan a lesiones de alto grado. (Ver tabla1 y Grafica 1).

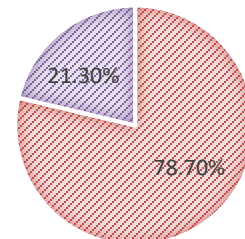
Tabla 1. Lesión intra epitelial

Lesión Intraepitelial	Frecuencia	%
BAJO GRADO	85	78.7
ALTO GRADO	23	21.3
Total	108	100.0

Fuente: n=108 Dra. González Martínez Maritza Odibel, Dra. Ramírez Rodríguez Carolina. Factores de riesgo y evolución de lesiones premalignas de cérvix en mujeres con seguimiento en Hospital General de Zona N°2 de Chiapas.

GRAFICA1: LESION INTRAEPITELIAL.

■ BAJO GRADO ■ ALTO GRADO



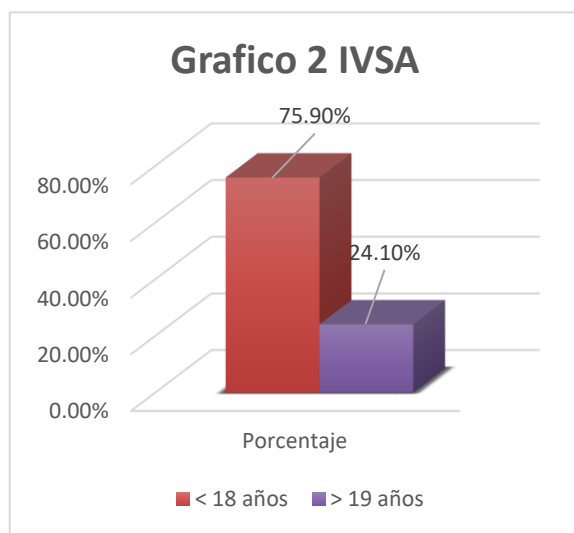
Fuente: n=108 Dra. González Martínez Maritza Odibel, Dra. Ramírez Rodríguez Carolina. Factores de riesgo y evolución de lesiones premalignas de cérvix en mujeres con seguimiento en Hospital General de Zona N°2 de Chiapas.

La edad mínima de los pacientes fue de 19 años de edad y la máxima de 67 años, con una media correspondiente a 38.31 años, una moda de 32 años, una desviación estándar de 10.5. (Ver tabla 2).

tabla 2 Distribución de edad	
valor valido	108
Media	38.31
Mediana	37.00
Moda	32
Desviación est.	10.591
Varianza	112.162
Mínimo	19
Máximo	67

Fuente: n=108 Dra. González Martínez Maritza, Dra. Ramírez Rodríguez Carolina. Factores de riesgo y evolución de lesiones premalignas de cérvix en mujeres con seguimiento en Hospital General de Zona N°2 de Chiapas.

Se encontró en la población estudiada, el inicio de vida sexual activa es más elevado en mujeres con una edad menor o igual a los 18 años de edad con 75.9% (n=82), comparado con las mujeres de 19 años de edad o más con un 24.1% (n=26) (Ver tabla 3 y Grafico 2).



Fuente: n=108 Dra. González Martínez Maritza Odibel, Dra. Ramírez Rodríguez Carolina. Factores de riesgo y evolución de lesiones premalignas de cérvix en mujeres con seguimiento en Hospital General de Zona N°2 de Chiapas.

TABLA 3. INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA

IVSA	Frecuencia	%
≤ 18 años	82	75.9
≥ 19 años	26	24.1
Total	108	100.0

Fuente: n=108 Dra. González Martínez Maritza Odibel, Dra. Ramírez Rodríguez Carolina. Factores de riesgo y evolución de lesiones premalignas de cérvix en mujeres con seguimiento en Hospital General de Zona N°2 de Chiapas.

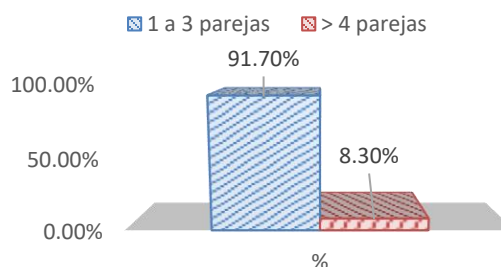
Se observó la distribución de número de parejas sexuales, la cual correspondía a 1-3 parejas sexuales en un 91.7% (n=99); y con un 8.3% (n=9) mayor o igual a 4 parejas sexuales. (Ver tabla 4 y Grafico 3).

TABLA 4. NUMERO DE PAREJAS SEXUALES

N° de parejas sexuales	Frecuencia	%
1 a 3 parejas	99	91.7
≥ 4 parejas	9	8.3
Total	108	100.0

Fuente: n=108 Dra. González Martínez Maritza Odibel, Dra. Ramírez Rodríguez Carolina. Factores de riesgo y evolución de lesiones premalignas de cérvix en mujeres con seguimiento en Hospital General de Zona N°2 de Chiapas.

GRAFICO 3. N° DE PAREJAS SEXUALES.



Fuente: n=108 Dra. González Martínez Maritza Odibel, Dra. Ramírez Rodríguez Carolina. Factores de riesgo y evolución de lesiones premalignas de cérvix en mujeres con seguimiento en Hospital General de Zona N°2 de Chiapas.

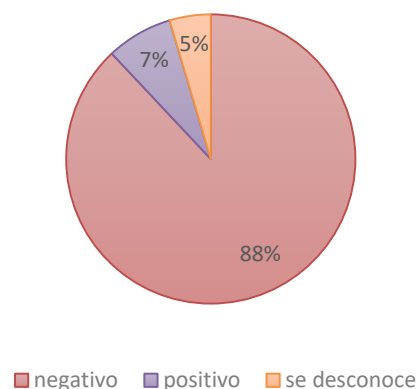
En cuanto a la distribución de antecedente de VPH se observó una prevalencia de 88% (n=95) con resultado negativo; un 7.4% (n=8) con resultado positivo y un 4.6% (n=5) se desconocía el antecedente. (Ver tabla 5 y Grafico 4).

TABLA 5. ANTECEDENTE DE VPH

Antecedente de VPH	Frecuencia	%
Negativo	95	88.0
Positivo	8	7.4
se desconoce	5	4.6
Total	108	100.0

Fuente: n=108 Dra. González Martínez Maritza Odibel, Dra. Ramírez Rodríguez Carolina. Factores de riesgo y evolución de lesiones premalignas de cérvix en mujeres con seguimiento en Hospital General de Zona N°2 de Chiapas.

GRAFICO 4. ANTECEDENTE DE VPH



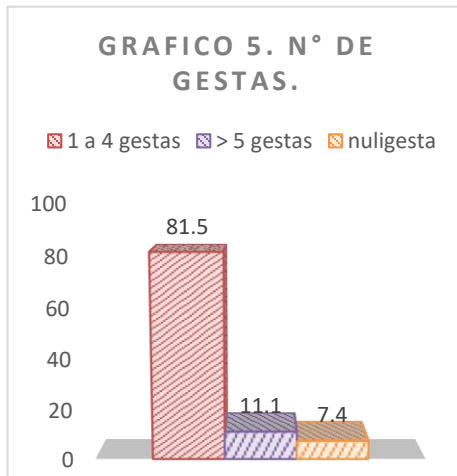
Fuente: n=108 Dra. González Martínez Maritza Odibel, Dra. Ramírez Rodríguez Carolina. Factores de riesgo y evolución de lesiones premalignas de cérvix en mujeres con seguimiento en Hospital General de Zona N°2 de Chiapas.

En relación con el número de gestación el 81.5% (n=88) corresponde al rubro de 1 a 4 gestas; un 11.1% (n=12) de 5 y más gestas y sólo un 7.4% (n=8) corresponde a pacientes nuligestas. (Ver gráfico 5 y tabla 6).

TABLA 6. NUMERO DE GESTAS.

No de gesta	Frecuencia	%
1 a 4 gestas	88	81.5
≥ 5 gestas	12	11.1
nuligesta	8	7.4
Total	108	100.0

Fuente: n=108 Dra. González Martínez Odibel Maritza, Dra. Ramírez Rodríguez Carolina. Factores de riesgo y evolución de lesiones premalignas de cérvix en mujeres con seguimiento en Hospital General de Zona N°2 de Chiapas.



Fuente: n=108 Dra. González Martínez Maritza Odibel, Dra. Ramírez Rodríguez Carolina. Factores de riesgo y evolución de lesiones premalignas de cérvix en mujeres con seguimiento en Hospital General de Zona N°2 de Chiapas.

Análisis multivariado.

Una vez que se estudió la distribución de las variables antes mencionadas se prosiguió con el análisis de los datos. En primer lugar, se exploró la relación entre el inicio de vida sexual activa (IVSA) y las lesiones intraepiteliales mediante la aplicación de la prueba de hipótesis Chi-cuadrada, con la cuál observamos que no existe relaciones significativas (ver tabla 5).

Tabla 5 IVSA * Lesión Intraepitelial.

IVSA		Lesión Intraepitelial		Total	P*
		BAJO GRADO	ALTO GRADO		
menor o igual a 18 años	Recuento	66	16	82	0.421
	% del total	61.1%	14.8%	75.9%	
mayor o igual a 19 años	Recuento	19	7	26	
	% del total	17.6%	6.5%	24.1%	
TOTAL		85	23	108	
		% del total	78.7%	21.3%	

*Chi CuadradaFuente: n=108 Dra. González Martínez Maritza Odibel, Dra. Ramírez Rodríguez Carolina. Factores de riesgo y evolución de lesiones premalignas de

También se evaluó la relación entre el número de parejas sexuales y las lesiones intraepiteliales, encontrando una proporción menor de mujeres con antecedentes de 1 a 3 parejas sexuales con lesiones intraepiteliales de alto grado (8.3%), comparado con las mujeres con antecedentes de ≥ 4 parejas sexuales (13%); siendo esta diferencia estadísticamente no significativa con un valor $p = <0.07$ (ver tabla 6).

Tabla 6 N de parejas sexuales * Lesión Intraepitelial.

N de parejas sexuales		Lesión Intraepitelial		Total	P*
		BAJO GRADO	ALTO GRADO		
1 a 3 parejas sexuales	Recuento	51	9	60	0.074
	% del total	47.2%	8.3%	55.6%	
mayor o igual a 4 parejas	Recuento	34	14	48	
	% del total	31.5%	13.0%	44.4%	
TOTAL	Recuento	85	23	108	
	% del total	78.7%	21.3%	100.0%	

*Chi Cuadrada. Fuente: n=108 Dra. González Martínez Maritza Odibel, Dra. Ramírez Rodríguez Carolina. Factores de riesgo y evolución de lesiones premalignas de cérvix en mujeres con seguimiento en Hospital General de Zona N°2 de Chiapas.

De igual manera se observó que el 76.9% del total de la población estudiada que no utilizaron anticoncepción hormonal, tuvieron lesión intraepitelial de bajo grado, y un 21.3% de la población estudiada presento lesiones de alto grado. (Ver tabla7).

Tabla 7 contingencia tiempo de anticoncepción * Lesión Intraepitelial.

Tiempo de anticoncepción		Lesión Intraepitelial		Total
		BAJO GRADO	ALTO GRADO	
NO UTILIZA ANTICONCEPCION HORMONAL	Recuento	83	23	106
	% del total	76.9%	21.3%	98.1%
menor o igual a 4 años	Recuento	2	0	2
	% del total	1.9%	0.0%	1.9%
TOTAL	Recuento	85	23	108
	% del total	78.7%	21.3%	100.0%

Fuente: n=108 Dra. González Martínez Maritza Odibel, Dra. Ramírez Rodríguez Carolina. Factores de riesgo y evolución de lesiones premalignas de cérvix en mujeres con seguimiento en Hospital General de Zona N°2 de Chiapas.

Así mismo se observó un alto porcentaje de lesiones intraepiteliales de bajo grado en mujeres con un número de gestas de 1 a 4 con un 64.8% de la población estudiada, siendo también en este rubro donde se vio un porcentaje de 16.7% de lesiones intraepiteliales de alto grado. (Ver tabla 8).

Tabla 8 número de gesta * lesión Intraepitelial.

Número de gesta		Lesión Intraepitelial		Total
		BAJO GRADO	ALTO GRADO	
Nuligesta	Recuento % del total	6 5.6%	2 1.9%	8 7.4%
de 1 a 4 gestas	Recuento % del total	70 64.8%	18 16.7%	88 81.5%
de 5 en adelante	Recuento % del total	9 8.3%	3 2.8%	12 11.1%
Total	Recuento % del total	85 78.7%	23 21.3%	108 100.0%

Fuente: n=108 Dra. González Martínez Maritza Odibel, Dra. Ramírez Rodríguez Carolina. Factores de riesgo y evolución de lesiones premalignas de cérvix en mujeres con seguimiento en Hospital General de Zona N°2 de Chiapas.

Con base a los resultados obtenidos en las citologías de seguimiento, para las pacientes que presentaron lesiones intraepiteliales de bajo grado en la primera evaluación realizada a los 6 meses se observó que el 17.6% negativizó, permaneciendo en un 46.3% con lesiones intraepiteliales de bajo grado y en 18.5% con lesiones de alto grado. (Ver tabla 9).

Tabla 9. Evoluciones citológicas.

	INICIAL	%	6 MESES	%	12 MESES	%	18 meses	%
No realizada	0	0	7	6.5	9	8.3	12	11.1
Normal	0	0	31	28.7	58	53.7	58	53.7
Bajo grado	85	78.7	50	46.3	29	26.9	26	24.1
alto Grado	23	21.3	20	18.5	12	11.1	12	11.1
TOTAL	108		108		108		108	

Fuente: n=108 Dra. González Martínez Maritza Odibel, Dra. Ramírez Rodríguez Carolina. Factores de riesgo y evolución de lesiones premalignas de cérvix en mujeres con seguimiento en Hospital General de Zona N°2 de Chiapas.

Durante el seguimiento de los 18 meses se observó en las evaluaciones llevadas a cabo a los 12, y 18 meses una negativización sostenida encontrando citologías normales en un 53.7% manteniéndose las citologías con lesiones intraepiteliales de bajo grado en porcentajes de 26.9% y 24.1 % respectivamente. A demás se observó que en un inicio en la toma de control había un 21.3% del total de la población estudiada con lesión intraepitelial de alto grado la cual en el seguimiento a los 6 meses esta se redujo a un 18.5%, por último, se redujo y se mantuvo en un 11.1%. (ver tabla 9).

	INICIAL	%	6 MESES	%	12 MESES	%	18 meses	%
No realizada	0		15	13.9	13	12	12	11.1
Normal	24	22.2	25	23.1	65	60.2	71	65.7
Anormal	84	77.8	68	63	30	27.8	25	23.1
TOTAL	108		108		108		108	

Fuente: n=108 Dra. González Martínez Maritza Odibel, Dra. Ramírez Rodríguez Carolina. Factores de riesgo y evolución de lesiones premalignas de cérvix en mujeres con seguimiento en Hospital General de Zona N°2 de Chiapas.

En cuanto a la evaluación colposcópica se observó que en un inicio había un porcentaje elevado con resultados anormales persistiendo incluso en el seguimiento a los 6 meses. Sin embargo, se observó que en la evaluación de los 12 y 18 meses el porcentaje de resultados normales eran superiores con un 60.2% y un 65.7% respectivamente. (ver tabla 10).

	INICIAL	%	6 MESES	%
No realizada	82	75.9	96	88.9
LEI-BG	14	12	6	5.6
LEI-AG	12	11.1	6	6.3
TOTAL	108		108	

Fuente: n=108 Dra. González Martínez Maritza Odibel, Dra. Ramírez Rodríguez Carolina. Factores de riesgo y evolución de lesiones premalignas de cérvix en mujeres con seguimiento en Hospital General de Zona N°2 de Chiapas.

Los reportes de histología que se obtuvieron de aquellas pacientes con sospecha de lesión intraepitelial fueron al inicio de un 12% para lesión intraepitelial de bajo grado y un 11.1% para lesión intraepitelial de alto grado. Teniendo una reducción de casi la mitad a los 6 meses de seguimiento. (Ver tabla 11).

Por último, se encontró que la crioterapia tiene un porcentaje de 35.2% y los tratamientos con menor prevalencia fueron el cono biopsia y el electrocauterio con 12% y 6.5% respectivamente. (Ver tabla 12). Por otro lado, también se observó que en la vigilancia predominó más la citología con colposcopia en un 85.2% en comparación con la vigilancia con citología únicamente. (Ver tabla 13).

Tabla 12 Tratamiento conservador.

Tratamientos	Frecuencia	Porcentaje
CRIOTERAPIA	38	35.2
ELECTROCAUTERIO	7	6.5
CONO BIOPSIA	13	12.0
OTROS	50	46.3
Total	108	100.0

Fuente: n=108 Dra. González Martínez Maritza Odibel, Dra. Ramírez Rodríguez Carolina. Factores de riesgo y evolución de lesiones premalignas de cérvix en mujeres con seguimiento en Hospital General de Zona N°2 de Chiapas.

Tabla 13 vigilancia.

Vigilancia	Frecuencia	Porcentaje
Citología	16	14.8
citología y colposcopia	92	85.2

Fuente: n=108 Dra. González Martínez Maritza Odibel, Dra. Ramírez Rodríguez Carolina. Factores de riesgo y evolución de lesiones premalignas de cérvix en mujeres con seguimiento en Hospital General de Zona N°2 de Chiapas.

Discusión.

En esta investigación al identificar los factores de riesgo en pacientes con lesiones de bajo y alto grado se pudo encontrar que la edad media fue de 38 años, con inicio de vida sexual predominantemente ≤ 18 años en un 75.9% con antecedentes de 1 a 3 parejas sexuales en un 91.7% de los casos, además de observarse un antecedente predominante en el rango de número de gestaciones de 1 a 4 gestas hasta en un 81% , también se observó que el 78.7% tenía antecedente de lesión intraepitelial de bajo grado. Esto muestra que los factores de riesgo mencionados previamente, tienen amplia dominancia en la población estudiada que se ven relacionadas con las lesiones premalignas de cérvix en pacientes que aceptaron participar en este estudio. Estos resultados concuerdan con lo publicado con Mirelis Solis Núñez et al, en su estudio observacional “Factores de riesgo de lesiones precursoras del cuello del útero” (2018) donde se encontró que el 88% de las pacientes que presentaban lesiones premalignas habían iniciado su vida sexual antes de los 19 años, teniendo una cifra considerablemente más elevada en aquellas menores de 15 años de edad con un 60.87%. De igual modo en el mismo trabajo, se observó que el número de compañeros sexuales de 3 a 4 parejas presentaban una prevalencia de casi una tercera parte con un 34.78%. A si mismo encontramos similitud con los resultados obtenidos por Marrero Fernando R et al, en su estudio de “Incidencia y evolución de lesiones epiteliales cervicouterina en mujeres menores de 25 años” (2018), en donde se observó que la frecuencia de antecedente de lesiones premalignas fue de un 84.8%. De esta manera acorde a lo previamente mencionado, al analizar los resultados confirmamos que la presencia de estos factores de riesgo conlleva a una prevalencia alta en relación a la incidencia de lesiones premalignas.

De igual manera al determinar el tratamiento de elección ofertado para las lesiones premalignas, encontramos que más de una tercera parte, con un 35% , se les ofertaba terapia por ablación, siendo en este estudio ofertado la crioterapia, esto en lineamiento con lo publicado por las Guías de Practicas Esenciales de Control Integral del Cáncer Cervical elaboradas por la OPS – OMS la cual menciona la

adecuada tolerancia al tratamiento asociado a un malestar leve sin la necesidad de utilizar anestesia. Dado que esta terapia ablativa consiste en congelar el área con lesión premaligna y cuyo resultado observado posterior a su aplicación es la regeneración de epitelio normal en el área congelada siendo de esta manera una de las terapéuticas más efectivas. Así también se encontró en nuestro estudio que en un 46% se realizaba otro tipo de terapéutica como es la utilización del ácido tricloroacético, englobados en el rango de otros, dado a que aún no se establece en las guías y protocolos locales. Sin embargo, en el trabajo realizado por Méndez Velázquez JF et al , en su estudio “Tratamiento de la infección cervical por el virus del papiloma humano (VPH) con ácido tricloroacético” se describe que es una terapéutica eficaz para tratar las lesiones premalignas posterior a tres aplicaciones directamente sobre el cuello cervical.

Así mismo, al describir la evolución de lesiones premalignas con base a su tamizaje encontramos que a través del seguimiento citológico, el 17.6% negativizó a los 6 meses permaneciendo en un 46.3% con lesiones intraepiteliales de bajo grado y en 18.5% con lesiones de alto grado, además en el seguimiento colposcópico, se encontró de igual manera en una evaluación inicial con un porcentaje elevado de anormalidad en un 77.8% que posteriormente retorna a la normalidad en las vigilancias posteriores teniendo los mayores porcentajes de normalidad a los 12 y 18 meses con un 60.2% y un 65.7% respectivamente, sin embargo en lo que respecta a la histología esta tuvo una alta frecuencia de pacientes las cuales no se realizaron el estudio siendo este de casi el 75 % en un inicio y en el seguimiento aumentó la no realización a un 88% , pese a esto se pudo observar con los paciente a los que se les realizó la histología con LEI-AG en el seguimiento presentaron una disminución de casi la mitad. Estos resultados, nos muestran la regresión de las lesiones intraepiteliales de bajo grado congruente con lo descrito en la literatura la cual se puede explicar por los mecanismos moleculares y genéticos que en esta falta de progresión se encuentran implicados, por otro lado, cabe recalcar que un adecuado tratamiento al detectar dichas lesiones premalignas puede favorecer la no progresión. Frente a estos resultados vemos la congruencia con lo expuesto por

Leisy Rodriguez Martinez en su estudio “Evolución de las lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado del cérvix (2012-2013)” en el cual muestra un porcentaje de 65.8% de negativización por medio de la citología entre los 6 y 18 meses. Mostrando además una buena correlación cito colposcópica en 80% de los pacientes, en el que la colposcopia no muestra progresión obteniendo resultados normales entre los 12, 18 y 24 meses de evolución con un porcentaje sostenido en las dos últimas evaluaciones de 67%. En tal forma podemos percatarnos que la prevalencia de negativización usualmente suele suceder entre los 6 a 18 meses lo que hace de gran importancia la vigilancia y evaluación periódica en aquellas pacientes con lesiones premalignas.

Los alcances de este estudio tuvieron como propósito determinar la evolución de las lesiones premalignas en mujeres diagnosticadas por primera vez en el módulo de displasia en el Hospital General de Zona N°2 IMSS Chiapas. Se sabe que el cáncer cervicouterino es la segunda neoplasia ginecológica más diagnosticada y frecuente en mujeres mexicanas. Destacando el estado de Chiapas con la tasa de mortalidad más alta de país. De esta manera toma gran importancia la detección oportuna de las lesiones premalignas y el seguimiento de estas misma en un período mínimo de 18 meses ya que si bien un alto porcentaje de estas se negativizan, existe aún un porcentaje considerable que progresen a lesiones malignas, por tal motivo el seguimiento citológico y colposcópico es de gran importancia para actuar de manera oportuna aplicando la terapéutica adecuada para dichas lesiones y para la vigilancia y evolución de estas en un periodo de 18 a 24 meses.

En cuanto a las limitaciones observadas en este estudio fue que, pese a que el cáncer cervicouterino en México es la segunda neoplasia más diagnosticada y frecuente en mujeres en edades reproductivas y que en el estado de Chiapas se encuentra la tasa de mortalidad más alta del país, es necesario contar con un sistema de registro más eficaz y eficiente para poder llevar de una forma adecuada el seguimiento de las pacientes.

Entre los sesgos que se observó en este estudio fue que no se pudo observar la evolución de las lesiones premalignas en una parte considerable de la población por

inasistencia de las pacientes, además de observarse una pérdida de datos en el seguimiento por un mal llenado o falta de llenado del sistema de captura de datos y seguimiento, por último también era necesario recalcar que igual en este estudio se observó que no se contaba con los insumos necesarios para la realización de las evaluaciones de seguimiento retrasando de esta forma el seguimiento y valoración de las pacientes.

Recomendaciones.

El presente estudio resulta de gran relevancia en la práctica asistencial en Medicina Familiar ya que nos permite darnos cuenta y concientizar la importancia de reconocer de manera eficaz los factores de riesgo que están implicados en el desarrollo de lesiones premalignas lo que nos permite tomar las acciones pertinentes y derivaciones oportunas.

En el aspecto educativo es indispensable concientizar en el primer nivel de atención la importancia de la toma de citología cervical y educar a los pacientes sobre la evolución de las lesiones premalignas y sus terapéuticas, así como hacer de su conocimiento la importancia del seguimiento de estas.

En el área de investigación se espera que el presente trabajo sea un punto de partida para realizar futuras líneas de estudio en diferentes unidades médicas, así como determinar diversos protocolos de atención que ayuden a la detección, seguimiento y tratamiento adecuado y oportuno, con la consigna de mejorar o modificar los ya establecidos.

En el aspecto administrativo se espera que la presente investigación sea de utilidad para que a partir de los resultados se plantee una mejora en cuanto a la concientización de los pacientes, se optimice los procesos de captura de información, así como la optimización del seguimiento de los pacientes.

Conclusión.

En nuestro medio a nivel nacional el Cáncer cervicouterino es la segunda neoplasia más diagnosticada y Chiapas presenta una tasa de mortalidad muy elevada. Lo que denota una amplia prevalencia de pacientes con lesiones premalignas, las cuales pueden o no revertir esto dependiente de múltiples factores.

La presente investigación cumplió con su objetivo de determinar la evolución de las lesiones premalignas en mujeres previamente diagnosticadas en el módulo de displasia del Hospital General de Zona N°2 IMSS Chiapas.

Encontrando una amplia prevalencia de factores de riesgo relacionados con la incidencia de lesiones premalignas con una media de edad la cual fue de 38 años de edad, el inicio de vida sexual activa (IVSA) predominante fue de ≤ 18 años, encontrando que del total de la muestra estudiada el 75.9% presentaba este rango de edad, de estos pacientes el 14% presentaban lesiones intraepiteliales de alto grado, pese a lo anterior no se encontró relación significativa (P valor 0.425), esto debido a que el IVSA es uno de los factores de riesgo importantes para presentar lesiones premalignas este no condiciona a que sean lesiones de alto grado dado que si bien las lesiones premalignas de bajo grado tiende a revertir por si solas o con ayuda de tratamiento adecuada son menos las incidencias que progresan a lesiones intraepiteliales de alto grado. En cuanto al número de parejas sexuales se observó que >4 parejas tenían un porcentaje más alto de presentar lesiones intraepiteliales de alto grado en comparación con las pacientes con antecedentes de <3 parejas sexuales. La evolución observada por medio de la citología observada a los 6, 12, 18 meses muestra que si bien en un inicio la presencia de lesiones de intraepiteliales de bajo grado era elevada subsecuente entre las evaluaciones de los 12 a 18 meses estas revierten en un poco más de la mitad. Lo mismo sucede con el seguimiento colposcópico. Esto debido a cierta predisposición genética y probablemente a la aplicación de tratamiento ablativo por crioterapia y la utilización de otros métodos como el uso del ácido tricloroacético las cuales probablemente favoreciendo la regresión de la lesión intraepitelial.

Sin embargo, una de las limitantes más grandes encontradas al momento de realizar el estudio es la deficiencia de los datos proporcionados por el sistema de registro

de pacientes con lesiones intraepiteliales la cual en su mayoría no se encuentra adecuadamente llenadas, lo que dificulta un adecuado seguimiento y vigilancia del paciente.

Por ende, como recomendaciones se propone realizar una adecuada capacitación y concientización de la adecuada captura de datos del sistema de registro de pacientes con lesiones intraepiteliales, esto con la finalidad de tener un adecuado seguimiento y una base optima y confiable de datos. Por otro lado, concientizar a los pacientes para continuar con su seguimiento y vigilancia dado que un gran porcentaje de los pacientes ya no se presentaba a su vigilancia periódica, lo que conlleva a elevar el riesgo para desarrollar una lesión de alto grado que se torne a malignidad.

Bibliografía.

1. American Cancer Society. ¿Qué es cáncer de cuello uterino (cervical)?, 2020, pág.2-5 consultado el 07 de octubre del 2022 disponible en <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8933.00.pdf>
2. programa nacional de salud reproductiva componente cervicouterino ministerio de salud pública y asistencia social, prevención y detección temprana de cáncer cervicouterino, manual para tamizaje del cáncer cervicouterino, 2017, vol. 1 pág.2- 35
3. Dra. Andrea Solano Mora, Dr. Andrés Solano Castillo, Dra. Catherine Gamboa Ellis, Actualización de prevención y detección de cáncer de cérvix, revista médica sinergia, 2020, Vol. 5 Núm. 3 pág. 2. 11.
4. Torné A; Andía, D; Bruni L; Centeno C; Coronado P; Cruz Quílez J; De La Fuente J; De Sanjosé S; Granados R; Ibáñez R; Lloveras B; Lubrano A Matías Guiu X; Medina N; Ordi J; Ramírez M; Del Pino M. AEPCG-Guía: prevención secundaria del cáncer de cuello del útero, conducta clínica ante resultados anormales de las pruebas de cribado. 2022. vol. 1 pág. 5 -130.
5. OMS. Cáncer cervicouterino, 2022, consultado el 07 de octubre del 2022 disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
6. American Cancer Society. Estadísticas importantes sobre el cáncer de cuello uterino, 2020, pág.6-7 consultado el 07 de octubre del 2022 disponible en <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8933.00.pdf>
7. Hospital.com, Estado actual del cáncer cervical en América Latina, 2021 internet consultado el 07 de octubre del 2022 disponible en <https://www.elhospital.com/es/noticias/estado-actual-del-cancer-cervical-en-america-latina>
8. IMSS. Epidemiología del cáncer cervicouterino, 2022, consultado el 07 de octubre del 2022 disponible en <https://www.gob.mx/imss/articulos/epidemiologia-del-cancer-cervicouterino?idiom=es>
9. Torres, H., Quintero, M., Borges, R., & Cruz, J; Asociación entre infección por VPH, presencia de lesiones intraepiteliales en cuello uterino y factores de riesgo. Revista de obstetricia y ginecología de Venezuela, 2020 vol. 80 no. 04, pág. 322–331.
10. Enrique Hilario, Morfología Del Cérvix Uterino, Euskal Herriko Unibertsitatea. Internet, 2019 consultado el 07 de octubre del 2022, disponible en [https://www.beitufertilidad.org/Symposium/ponencias/2_hilario_enrique\(morfo_uterina\).pdf](https://www.beitufertilidad.org/Symposium/ponencias/2_hilario_enrique(morfo_uterina).pdf)
11. Sindy Torreglosa-Hernández, Hugo Grisales-Romero, Supervivencia y factores

asociados en pacientes con cáncer cervicouterino atendidas por el Seguro Popular en México, salud pública de México 2022, vol. 64, no. 1, pág. 76 -87

12. Torres R., J. S. Lesiones escamosas intraepiteliales cervicales, Revista colombiana de obstetricia y ginecología, 2017, vol. 49, no. 4, pág. 217–223.

13. Dra. Luisa Sánchez Lorenzo, Cáncer de cérvix, Sociedad española de oncología médica, 2020, Internet]. Consultado el 07 de octubre del 2022, Disponible en: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cervix>

14. Andrés Sánchez-Mercader, Andrea Cámara-Salazar, Valeria Traconis-Díaz, Gabriel Sánchez-Buenfil, Análisis de la mortalidad por cáncer cervicouterino en México y el estado de Yucatán, Ginecol Obstet Mex; 2021, vol. 89 no.9 pag671-677.

15. L. Sobin and Ch Wittekind, TNM Classification of malignant tumours, 6th ED Geneva, Switzerland, ED. UICC, pag.155-157.

16. José Saulo Torres R. MD, Lesiones escamosas intraepiteliales cervicales. Revista Colombiana De Obstetricia Y Ginecología, 2019, Vol. 49 No. 4, pág. 12 – 20.

17. Segura-Valdés, E. M., & Segura-Valdés, S. L. Factores de riesgo en lesiones intraepiteliales de cuello uterino en las usuarias del Hospital Central de la Policía Nacional, Revista logos ciencia & tecnología, 2019, vol. 12, no.1 pág. 5 – 25.

18. Montero Lora Y, Ramón Jimenez R, Valverde Ramón AI, Escobedo Batista FE, Hodelín Pozo AI. E. Principales factores de riesgo en la aparición del cáncer cervicouterino. MEDISAN 2018; 22 (5): 531-537

19. OPS (internet). OMS. Control integral del cáncer cervicouterino Guía de prácticas esenciales. 2da Edición. 2016. pág. 10- 35 consultado el 07 de octubre del 2022, Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28512>

20. OMS (Internet). La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: Manual para principiantes. Francia 2003 pág. 3 – 11. consultado el 07 de octubre del 2022, Disponible en <https://screening.iarc.fr/doc/colpoesmanual.pdf>

21. Universidad autónoma de Barcelona (internet), universidad autónoma de Barcelona, departamento de ginecología, pediatría y medicina interna, VPH en orina, un método de cribatge alternatiu per dones amb controls ginecològics insuficients i conductes de risc per cancer de cervix, pág. 26 -76 consultado el 07 de octubre del 2022, Disponible en <https://www.researchgate.net/publication/282735530>

22. Arévalo B. Arturo Raúl, Arévalo Salazar Dory E., Villarroel Subieta Carlos J. EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO. Rev. Méd. La Paz 2017 vol.23 no. 2 pag. 45-56.

23. Instituto nacional de cáncer/ ministerio de salud argentina, INTRODUCCIÓN A LA

PREVENCIÓN DE CÁNCER CERVICOUTERINO PARA EQUIPOS DE APS, Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino (PNPCC) 2022, vol 1, pág. 2 – 9.

24. Leysi Rodríguez Martínez, Miguel R. Sarduy Nápoles, Idania Baladrón Castrillo, Ana Margarita Solares Asteasuainzarra, Evolución de las lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado del cérvix, Rev Cubana Obstet Ginecol, 2017, vol.43 no.4, pág. 1-21.

25. SEOM (internet), sociedad española de oncología médica, Barcelona España, febrero 2020, consultado el 07 de octubre del 2022, Disponible en: <https://seom.org/174-informaci%C3%B3n%20al%25.20P%C3%ABlico%20-%20Patolog%C3%ADas/cancer-de-cervix>

26. Comité Asesor de Vacunas (CAV-AEP). Virus del papiloma humano. Manual de vacunas en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; mar/2022. consultado el 07 de octubre del 2022, Disponible en: <http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-42>.

27. Beatriz González-Yebra, Miriam Mojica-Larrea, Ruth Alonso, Ana L. González,3 Pablo Romero-Morelos, Keiko Taniguchi-Ponciano, Jorge A. Ruiz-Romero, Ricardo López-Romero y Mauricio Salcedo, Perfil de infecciones por VPH en lesiones cervicales, Gaceta Médica De México, 2022; no. 158, pág. 231 – 237.

28. Ministerio de Salud – Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública – Dirección de Prevención y Control de Cáncer (internet), guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino, Perú 2017, 1er edición pág. 12-35, consultado el 07 de octubre del 2022, disponible en <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4146.pdf>

29. Dra. Andrea Solano Mora, Dr. Andrés Solano Castillo, Dra. Catherine Gamboa Ellis, Actualización de prevención y detección de cáncer de cérvix, Revista Médica Sinergia. Vol. 5 Num. 3. marzo 2020 pág. 1-5

30. Programa sectorial de salud 2013-2018, prevención y control del cáncer de la mujer, primera edición, 2014 consultado el 07 de octubre del 2022, disponible en http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/cama/prevencionycontroldelcancerdela_mujer_2013_2018.pdf

31. OMS (internet), Control integral del cáncer cervicouterino, 2da edición, noviembre 2014, consultado el 07 de octubre del 2022, disponible en <https://www.who.int/es/publications/i/item/978924154895>

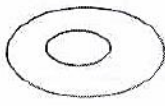
32. American Cancer Society. ¿Qué avances hay en las investigaciones sobre el cáncer de cuello uterino?, 2020, pág. 8 – 10. consultado el 07 de octubre del 2022 disponible en <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8933.00.pdf>

33. González-Rangel MA, Mejía-Miranda N, Martínez-Ángeles J. Nivel de conocimiento sobre cáncer cervicouterino en mujeres de 15 a 49 años en una unidad de medicina familiar. Aten Fam. 2018, vol. 25 no. 1 pág. 17-21.

Referencias de ilustraciones:

Figura 1. Luis M. Puig-Tintore, Xavier Castellsagué, Aureli Torné Puig-Tintore, Prevencion Cancer Cuello Utero-POG2006, Prog Obstet Ginecol. 2006; pág. 15.


Figura 2. SEOM (internet), sociedad española de oncología médica, Barcelona España, febrero 2020, consultado el 07 de octubre del 2022, Disponible en: <https://seom.org/174-informaci%C3%B3n%20al%25.20P%C3%BAblico%20-%20Patolog%C3%ADas/cancer-de-cervix>.


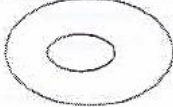
VI. Diagnóstico		1. Practicó colposcopia [1] Si [2] No		2. Fue adecuada [1] Si [2] No			
3. Resultados		Fecha <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
[] Colposcopicamente sana		[] Hallazgos colposcópicos menores (VPH, Pó, LIEBG, NIC1)				[] Pó, CaCu invasor [] Polipo	
[] Alteraciones inflamatorias inespecíficas		[] Hallazgos colposcópicos mayores (Pó, LIEAG, CA, In Situ, NIC3)				[] Eversión glandular [] Otros: _____	
4. Otra alternativa diagnóstica							
[] Biopsia		[] Legrado endocervical		[] Cepillado endocervical			
[] Cono diagnóstico		[] Otra: _____					
5. Conducta seguida							
[1] Se envió tejido para confirmación histológica		[2] Atte con control citológico anual		[3] Referencia a otra Unidad			
6. Resultado histológico			7. Fecha del resultado <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
[1] Tejido de cérvix normal		[6] Cáncer <i>in situ</i> (NIC3)		[11] Maligno no especificado			
[2] Cervicitis aguda o crónica		[7] Cáncer microinvasor		[12] Insuficiente para diagnóstico			
[3] Displasia leve (NIC1)		[8] Cáncer invasor		Hallazgos adicionales			
[4] Displasia moderada (NIC2)		[9] Adenocarcinoma		[1] infección viral con VPH			
[5] Displasia severa (NIC3)		[10] Sarcoma y otros tumores		[2] infección viral con Herpes			
Observaciones: _____							

6. La paciente fue referida para tratamiento a otra unidad [1] Si [2] No	
8.1 Unidad a la que fue referida: _____	8.2 Fecha de referencia <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

TRATAMIENTO DE PACIENTES CON INFECCION POR VPH, LESIONES PREMALIGNAS O CÁNCER IN SITU

VIII. Procedimiento utilizado		Fecha de inicio del tratamiento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Vigilancia [1] citología [2] colposcopia Periodicidad [1] semestral [2] anual		<input type="checkbox"/> Tratamiento conservador [1] crioterapia [2] laserterapia [2] Cono cervical o ablación cervical Control citológico y colposcópico [1] semestral [2] anual [3] otro: _____	
<input type="checkbox"/> Cirugía [1] histerectomía simple [2] histerectomía radical [3] otra: _____			
El tratamiento fue efectuado por [1] Ginecólogo [2] Colposcopista [3] Cirujano Oncólogo [4] Otro _____			
Observaciones y Recomendaciones: _____			

IX. Seguimiento clínico y control	
9.1 Fecha <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Resultado de exámenes Citología _____ Colposcopia _____ Biopsia _____ LEC _____	Tratamiento Vigilancia _____ Conservador _____ Cirugía _____ Referencia a otra unidad _____
9.2 Fecha <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	

Resultado de exámenes Citología _____ Colposcopia _____ Biopsia _____ LEC _____ 9.3 Fecha <table style="display: inline-table; border: none;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">dia</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">mes</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">año</td><td colspan="7"></td></tr></table>											dia	mes	año								Tratamiento Vigilancia _____ Conservador _____ Cirugía _____ Referencia a otra unidad _____ 														
dia	mes	año																																	
Resultado de exámenes Citología _____ Colposcopia _____ Biopsia _____ LEC _____	Tratamiento Vigilancia _____ Conservador _____ Cirugía _____ Referencia a otra unidad _____ 																																		
Fecha de última consulta <table style="display: inline-table; border: none;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">dia</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">mes</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">año</td><td colspan="7"></td></tr></table> Tiempo de seguimiento <table style="display: inline-table; border: none;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td></tr><tr><td colspan="3" style="text-align: center; font-size: 8px;">meses</td></tr></table> Número de controles citológicos negativos <table style="display: inline-table; border: none;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td></tr><tr><td colspan="4" style="text-align: center; font-size: 8px;">meses</td></tr></table>											dia	mes	año											meses							meses				X. Motivo del alta (1) Por mejoría (5) Defunción por otra causa (2) Referencia a otra unidad (6) Defunción por CaCu (3) Paciente no localizada (4) Abandono del tratamiento
dia	mes	año																																	
meses																																			
meses																																			

Nombre y categoría del responsable del llenado: _____

Anexo 2: Carta de Excepción de Consentimiento Informado.



Fecha: 14/DICIEMBRE/2022

SOLICITUD DE EXCEPCION DE LA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para dar cumplimiento a las disposiciones legales nacionales en materia de investigación en salud, solicito al Comité de Ética en Investigación de **UMF 13** que apruebe la excepción de la carta de consentimiento informado debido a que el protocolo de investigación **Factores de Riesgo y Evolución de Lesiones Premalignas de cérvix en mujeres con seguimiento en el Hospital General de Zona No.2 de Chiapas**, es una propuesta de investigación sin riesgo que implica la recolección de los siguientes datos ya contenidos en los expedientes clínicos:

- a) Antecedentes de Factores de riesgo: edad de inicio de vida sexual, parejas sexuales, número de embarazos, tabaquismo, escolaridad, antecedentes de VPH, método de planificación familiar.
- b) Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de lesiones premalignas.

MANIFIESTO DE CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCION DE DATOS

En apego a las disposiciones legales de protección de datos personales, me comprometo a recopilar solo la información que sea necesaria para la investigación y esté contenida en el expediente clínico y/o base de datos disponible, así como codificarla para imposibilitar la identificación del paciente, resguardarla, mantener la confidencialidad de esta y no hacer mal uso o compartirla con personas ajenas a este protocolo.

La información recabada será utilizada exclusivamente para la realización del protocolo **Factores de Riesgo y Evolución de Lesiones Premalignas de cérvix en mujeres con seguimiento en el Hospital General de Zona No.2 de Chiapas** cuyo propósito es producto **comprometido (tesis, artículo, cartel, presentación, etc.)**

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones que procedan de conformidad con lo dispuesto en las disposiciones legales en materia de investigación en salud vigentes y aplicables.

Atentamente

Nombre: MARITZA ODIBEL GONZALEZ MARTINEZ

Categoría contractual: MEDICO RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR. MATRICULA 99078712

Investigador(a) Responsable: DRA. CAROLINA RAMIREZ RODRIGUEZ. MEDICO FAMILIAR. MATRICULA 99076241



Anexo 3: carta de autorización de estudio.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 18 de noviembre del 2022
OF. No.070101250903/1198/2022


Dra. Carolina Ramirez Rodriguez
Médico Familiar UMF 23
Investigador Responsable

Presente

En mi carácter de Director General del Hospital General de Zona Número 2 declaro que no tengo inconveniente en que se efectúe en esta institución el protocolo de investigación en salud con el título "**FACTORES DE RIESGO Y EVOLUCION DE LESIONES PREGMALINAS DE CERVIX EN MUJERES CON SEGUIMIENTO EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.2**", en caso de que sea aprobado por el comité de ética en salud N. 7038 y el comité de Investigación N.703.

A su vez, hago mención de que esta Unidad cuenta con la infraestructura necesaria, así como los recursos humanos capacitados para atender cualquier evento adverso que se presente durante la realización del estudio citado. Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE


Dr. Fernando Franco Vargas
Director del HGZ. No 2


C.c.p Archivo.