



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA:

Unidad de medicina familiar numero 28, Mexicali Baja California

Incidencia de displasia cervical en adolescentes adscritas al IMSS de B.C.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dra. Cristina Pérez Macías
R3 de MF.



Mexicali Baja California

Año: 2012

AUTORIZACIONES:

Dra. Mónica de Fátima Torres Aguirre
Coordinadora delegacional de enseñanza
e investigación.

Dra. Alma Lilia Ibarra Romero.
Jefatura de enseñanza e investigación.
Unidad de medicina familiar numero 28.

Dr. Arturo Landero Ruiz.
Profesor del curso de investigación.

Dr. Roberto Carlos González Ramos
Profesor titular de la especialidad en
Medicina familiar IMSS - UABC.

Dr. Abraham Ramos Hernández
Asesor metodológico y temático de tesis.
(Jefe de la Clínica de Displasia del HGP y MF No. 31)

AGRADECIMIENTOS:

A **Dios** por darme la fuerza necesaria para continuar en esta carrera tan demandante y exigente pero sobre todo satisfactoria.

A mi **Madre** quien me ha apoyado incondicionalmente y ha estado conmigo en las buenas y en las malas ya que sin su ayuda no habría podido continuar en esta profesión.

A mi **Hermana** quien a pesar de la distancia sé que puedo contar con ella en cualquier momento.

Pero sobre todo a mi **Hija** querida en motor de mi vida, a la que le he robado tiempo y atención pero que sabe que la amo y que es por ella que puedo continuar.

ÍNDICE

CAPÍTULO I.	Pagina
1.1 Marco Teórico	01
1.2 Anatomía	02
1.3 Histología	03
 CAPÍTULO II.	
2.1 Planteamiento del Problema	08
2.1.1 Justificación del estudio	09
2.2 Objetivos	13
2.2.1. Objetivo general	13
2.2.2. Objetivos específicos	13
 CAPITULO III.	
3.1 Métodos y Análisis Estadísticos	14
3.1.1 Tipo de estudio	14
3.1.2 Universo de Estudios y Muestreo no Probabilístico	14
3.1.3 Instrumento de recolección de datos	14
3.1.4 Procedimiento de recolección de datos	15
3.1.5 Criterios de inclusión	15
3.1.6 Criterios de exclusión	16
3.1.7 Variable dependiente	16

3.1.7.1 Variable independiente	16
3.1.7.2 Conceptualización y operacionalización de variables	17
CAPITULO IV	
4.1 Consideraciones Éticas	18
CAPITULO V	
5.1 Resultados	19
CAPITULO VI	
6.1 Discusión y Análisis	26
CAPITULO VII	
7.1 Conclusiones	28
CAPITULO VIII	
7.1 Recomendaciones	31
CAPITULO IX	
9.1 Bibliografía	33
9.2 Anexos	34

Resumen

La neoplasia cervical intraepitelial es un tipo de cáncer de cuello uterino idóneo para su prevención y su cura, constituye el problema de salud más frecuente en las mujeres por su elevada incidencia en muchos países en desarrollo, donde causa la muerte de un gran número de mujeres al año.

El cáncer cérvico uterino en el mundo, de acuerdo a informes emitidos por la OMS., presenta una tendencia creciente. Anualmente se producen alrededor de 10 millones de casos nuevos esperándose alrededor de 15 millones para el año 2020.

Sin embargo falta información en relación a los resultados en adolescentes y mujeres jóvenes que presentan citologías anormales, estudios recientes sugieren que la incidencia de displasias cervicales está aumentando entre las adolescentes, lo cual no sorprende y se debe seguramente al incremento de las tasas de actividad sexual y al incremento de las infecciones por el VPH en este grupo etario. El objetivo de esta investigación será conocer la incidencia de displasia en adolescentes adscritas al IMSS de Mexicali Baja California.

Se obtendrá la información necesaria solicitando formalmente el acceso a la información de la Clínica de Displasias del HGP y MF No. 31 del IMSS de Mexicali B.C.; posteriormente se revisarán los formatos de las pacientes que estén dentro del rango de edad establecido, se tomarán los siguientes datos: número de afiliación, edad, inicio de vida sexual, número de parejas sexuales, nivel de escolaridad, estadio de la displasia encontrada, y enfermedades de transmisión sexual encontradas. Se elabora una base de datos en Microsoft Excel donde se concentrará la información obtenida, se realizarán tablas de frecuencia para variables cualitativas y medidas de tendencia central para variables cuantitativas.

Planteamiento del problema: ¿Cuál es la incidencia de displasia en adolescentes adscritos al IMSS de Mexicali Baja California?

Justificación: El adolescente es el futuro adulto, su crecimiento y desarrollo son truncados por las consecuencias de una vida sexual irresponsable: ETS y embarazo no deseado, pese a los programas es las instituciones de salud. Por eso la necesidad de conocer la incidencia de displasia en adolescentes y en base

a ello tratar de implementar programas que orienten, convenza y responsabilice al adolescente a acudir a su UMF correspondiente a realizarse el Papanicolaou.

Objetivos: Determinar la incidencia de Displasia en adolescentes adscritas al IMSS de Mexicali Baja California.

Resultados: se espera encontrar una incidencia alta ya que actualmente el inicio de vida sexual se da en etapas más tempranas, además de que por vergüenza o temor la adolescente no acude a realizarse el Papanicolaou, por lo que las detecciones no se realizan oportunamente.

Capítulo I

1.1 Marco Teórico.

La displasia es el crecimiento desorganizado, pérdida de la arquitectura o uniformidad celular, una serie de manifestaciones que van de la atipia celular a diversos grados de displasia o neoplasia intraepitelial cervical (NIC) antes de progresar a carcinoma invasor ¹.

El concepto de precursores del cáncer cérvico uterino se remonta al final del siglo XIX, cuando se reconocieron zonas de cambios epiteliales atípicos no invasores en muestras de tejidos adyacentes a cánceres invasores. El término carcinoma in si-tu (CIS) se introdujo en 1932 para denotar las lesiones en las cuales las células carcinomatosas indiferenciadas abarcaban todo el espesor del epitelio, sin interrumpir la membrana basal.

El término displasia se introdujo a fines de los años cincuenta para designar la atipia epitelial cervical intermedia entre el epitelio normal y el CIS. La displasia se categorizó en tres grupos “leve, moderada y severa” según el grado de afectación de la capa epitelial por las células atípicas. Posteriormente, por largos años las lesiones pre-cancerosas cervicales se notificaron usando las categorías de displasia y CIS, todavía ampliamente empleadas en muchos países en desarrollo.

En 1968 se introdujo el término de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) para denotar las múltiples posibilidades de atipia celular confinada al epitelio. La clasificación NIC se dividió en los grados 1, 2 y 3. NIC 1 correspondía a la displasia leve, NIC 2 a la displasia moderada y NIC 3 a la displasia severa y al CIS.

En los años ochenta fueron reconociéndose cada vez más alteraciones anatomopatológicas como la atipia coilocítica asociada con la infección por virus del papiloma humano (VPH).

En 1988, el Instituto Nacional del Cáncer de los EE.UU. convocó un seminario para proponer un nuevo esquema de presentación de los resultados de la citología cervical (informe del seminario del Instituto Nacional del Cáncer, 1989; Solomon, 1989; Kurman et al., 1991). Las recomendaciones hechas entonces y su revisión en un segundo seminario celebrado en 1991 fueron denominadas Sistema Bethesda (TBS) (informe del taller del Instituto Nacional del Cáncer, 1992). La característica principal del TBS fue la creación del término “lesión intraepitelial escamosa” (LIE), con dos grados: lesiones de bajo grado (L-LIE) y lesiones de alto grado (H-LIE). La clasificación TBS combina los cambios condilomatosos planos (VPH) y la NIC de bajo grado (NIC 1) en L-LIE, mientras el H-LIE abarca los NIC más avanzados, NIC 2 y NIC 3. Se empleó el término lesión para recalcar que los cambios morfológicos en los cuales se basa un diagnóstico no necesariamente significan proceso neoplásico. El TBS fue diseñado para la notificación citológica, pero sirve también para comunicar resultados histopatológicos².

1.2 Anatomía general del cuello uterino.

El cuello uterino es la parte inferior del útero. De forma cilíndrica o cónica, mide de 3 a 4 cm de largo y 2.5 cm a 3.5 cm de diámetro. El tamaño y la forma del cuello uterino varían según la edad, el número de partos y el momento del ciclo hormonal de la mujer, desemboca en la vagina por el orificio cervical externo.

La porción del cuello uterino exterior al orificio externo se llama ectocérvix, es la parte más fácilmente visible en la exploración con espéculo. La porción del cuello uterino superior al orificio externo se denomina endocérvix ².

1.3 Histología del cérvix.

El cuello uterino está recubierto por el epitelio escamoso estratificado y por el epitelio cilíndrico. Estos dos tipos de epitelio confluyen en la unión escamoso cilíndrico. El ectocérvix está recubierto en gran parte por el epitelio escamoso estratificado no queratinizante.

El epitelio cilíndrico, cubre el conducto endocervical y en su límite superior se fusiona con el epitelio endometrial en el cuerpo del útero y en su límite inferior se fusiona con el epitelio escamoso en la unión escamoso cilíndrica.

La unión escamoso-cilíndrica se presenta como una línea estrecha. Su ubicación, con relación al orificio cervical externo, varía según factores como la edad, el momento del ciclo hormonal, los traumatismos del parto y algunas condiciones fisiológicas como el embarazo. Durante la niñez y la peri-menarquía, la unión escamoso-cilíndrica se encuentra en el orificio cervical externo, o muy cerca de él.

Tras la pubertad y durante el período reproductivo, los órganos genitales femeninos crecen por influencia estrogénica. El cuello uterino se agranda y el conducto cervical se alarga. Esto conlleva a la eversión del epitelio cilíndrico hacia el ectocérvix sobretodo en los labios anteriores y posteriores del cérvix. Así, la unión escamoso-cilíndrica está ubicada en el ectocérvix, muy lejos del orificio externo durante todo el período de reproducción y el embarazo.

La zona del cuello uterino donde el epitelio cilíndrico ha sido reemplazado o está reemplazándose con el nuevo epitelio escamoso metaplásico se denomina zona de transformación, la cual tiene gran importancia pues casi todas las manifestaciones de carcinogénesis cervical ocurren en esta zona, por ello

anatómica y fisiológicamente se considera en riesgo desde el inicio de la vida sexual del adolescente ².

La prueba de Papanicolaou (llamada así en honor de Georgios Papanicolaou, médico griego que fue pionero en citología y detección temprana de cáncer), también llamada citología de cérvix o citología vaginal, se realiza para diagnosticar el cáncer cérvico uterino, para conocer el estado funcional de las hormonas y para identificar las alteraciones inflamatorias a través del análisis de las células descamadas.

En esta prueba se toman muestras de células epiteliales en la zona de transformación del cuello uterino, en busca de anomalías celulares que orienten, hacia la presencia de una posible neoplasia de cuello uterino.

El Papanicolaou es una prueba de cribado (en inglés screening test) que debe practicarse a todas las mujeres desde que inician su actividad sexual hasta los 65 años, aproximadamente, en IMSS es un examen que se realiza a toda paciente derechohabiente que acude al área de medicina preventiva a solicitarlo³.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) adolescencia se define como el periodo que comprende las personas que están en el grupo de edad de los 10 a los 19 años⁴. En sus orígenes la palabra proviene del latín “*adolescere*” que significa crecer, es la etapa de transición entre la niñez y la edad adulta, donde se presenta la madurez sexual, y se dan cambios físicos fisiológicos y psicológicos que influyen directamente sobre la sexualidad del adolescente⁵.

Entendiendo por sexualidad la expresión integral del ser humano en función de su sexo vinculado a la manera cómo piensan, sienten y actúan hombres y mujeres en función de los patrones culturales de la sociedad a la que

pertenecen. Es importante considerar que es en esta etapa donde el adolescente se enfrenta a la sexualidad, y por lo tanto a los riesgos de enfermedades de transmisión sexual ⁵.

En México, según el Censo de Población y Vivienda del 2005, hay 103.3 millones de personas, de los cuales el 10.4% son hombres entre los 10 y 19 años de edad, 10.5% mujeres en el mismo rango, es decir la quinta parte de la población total del país es adolescente.

En Baja California hay 2 844 469 de personas, es decir, el 2.8% de la población nacional. En el rango de los 10 a los 14 años hay 267,938 individuos, y de los 15 a los 19 años 255,309 personas, es decir: el 18.3% de la población de B.C. son adolescentes.

En el municipio de Mexicali hay 855 962 habitantes. 156 108 están en el rango de 10 a 19 años siendo 79 580 hombres y 76 528 mujeres; entonces, el 18.2% de la población de Mexicali es adolescente⁶.

En nuestro país los adolescentes ocupan la quinta parte de la población total, lo que significa que dentro de 10 a 20 años serán la población económicamente activa, por lo que es necesario que en esta etapa de transición se lleve un desarrollo pleno en el ser humano, y como parte de este proceso un papel muy importante involucra la salud sexual del adolescente.

En este último contexto el conocimiento correcto de la sexualidad por parte de este grupo de edad tiene relevancia ya que ayuda a prevenir las consecuencias de una vida sexual irresponsable, es por eso que la primera relación sexual es una de las transiciones más importantes en la vida del adolescente, constituye el paso a una vida de nuevos placeres, pero también

implica enfrentar nuevos riesgos, como enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.⁷

Una adecuada educación e información sobre salud sexual, puede evitar las consecuencias antes mencionadas. Por lo que el inicio de vida sexual activa (IVSA) en los seres humanos se ha convertido en objeto de estudio por parte de las dependencias de salud de los diferentes países del mundo⁸.

A este respecto la OMS recomienda realizar programas de educación sexual dirigidos a los jóvenes, y rechaza el argumento de que la educación sexual fomenta la experimentación y actividad sexual. Además recomienda que dichos programas empiecen en la población antes de los 12 años de edad debido a que algunos adolescentes tienen su IVSA a los 12 años⁵⁻⁸.

El IVSA varía dependiendo de la población que se estudia, sea hombre o mujer, así como la época; diversos países y poblaciones se han dedicado a estudiar el comportamiento sexual de sus jóvenes con la finalidad de conocer los factores que influyen en él, y de esta manera diseñar estrategias que eviten las consecuencias de una práctica sexual inadecuada, además de proporcionar información profesional por personal de salud sobre la importancia de realizarse el Papanicolaou⁸.

En EUA, en el año 2002, el 13% de las adolescentes había tenido relaciones antes de los 15 años de edad⁹. En el mismo país en el 2003 la media de edad para los hombres fue de 16.9 y las mujeres de 17.4¹⁰. En La Habana Cuba, en el 2006, la media fue de 16.15 años¹¹. En Uruguay la primera relación sexual entre adolescentes fue de los 13 a 17 años con una media de 15¹².

Aquí en México los resultados de la ENSA (encuesta nacional de salud) 2000, reporta que entre los 12 y los 19 años de edad el 15.6% de las mujeres encuestadas habían iniciado vida sexual activa, de los cuales el mayor porcentaje se ubico entre los 16 y los 19 años con 47% para el sexo masculino y 39.3% para el sexo femenino, además el 17.7% de los hombres había iniciado VSA antes de los 17 años y el 17.8% de las mujeres¹³⁻¹⁴.

Estudios realizados en Monterrey en el 2001 indica que el IVSA ocurrió a los 15 y 18 años con una edad promedio de 17¹⁶. En Veracruz, en el 2004, de 100 preparatorianos entrevistados el 30% ya tenía relaciones sexuales, de los cuales el 90% las tuvo antes de los 16 años¹⁷, en el mismo estado en el 2000 un estudio realizado en la UMF 57 del IMSS se encontró que el IVSA abarcaba de los 12 a los 19 años de edad con una media de 15 años¹⁸.

En la Cd de México, DF, 2006, se encuestó a 1942 jóvenes de entre 14 y 24 años encontrándose que en el rango de 15 a 17 años el 63.6% de las mujeres adolescentes, habían iniciado su vida sexual activa¹⁹. En Tabasco, en 1999, se encuentra que el IVSA ocurrió en un 52.2% entre los 14 y los 16 años de edad²⁰.

En Baja California el boletín demográfico en el 2005¹³, publicación del consejo estatal de población, presento los resultados de la Encuesta Nacional de Juventud para Baja California, donde se encuentra el IVSA a los 17.5 años en promedio. De los mayores de 16 años el 61.1% ya habían tenido relaciones sexuales. En las mujeres la mayoría ubica su inicio de vida sexual entre los 15 a los 19 años.

Capítulo II

2.1 Planteamiento del problema

La neoplasia cervical intraepitelial es un tipo de cáncer de cuello uterino idóneo para su prevención y su cura. Constituye el problema de salud más frecuente en las mujeres por su elevada incidencia en muchos países en desarrollo, donde causa la muerte de un gran número de mujeres al año, hasta tal punto que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado al cáncer del cuello uterino como prioritario en América Latina y representa la primera incidencia y causa de muerte de la mujer con cáncer en el mundo.

Aunque actualmente se tienen más conocimientos de la historia natural del cáncer del cuello uterino que de cualquier otra neoplasia se estima que medio millón de cáncer de cérvix se desarrolla anualmente.

En 1999, se diagnosticaron en Estados Unidos 12,800 casos de cáncer de cérvix invasivo con 4,800 muertes por esta enfermedad.

Una razón que explica esta alta incidencia es la falta de programas organizados de detección temprana enfocados a pesquisar desde edades tempranas desde nuestras adolescentes ya que actualmente con el inicio de vida sexual precoz las hace un grupo susceptible a desarrollar lesiones pre cancerosas, ya que diagnosticarlas a tiempo antes de que evolucionen a un cáncer invasor es de suma importancia.

Las tasas de supervivencia parecen estar asociadas al diagnóstico y tratamiento en estadios iniciales de la enfermedad, lo que sugiere que cualquier medida que permita una detección precoz aumentará la supervivencia.

Una vez establecida la incidencia de estas pacientes con neoplasia cervical intraepitelial, servirá de guía para evaluar la eficacia de los protocolos de manejo de las pacientes y a su vez tomar las medidas adecuadas para mejorar la atención y el diagnóstico oportuno.

¿Cuál es la incidencia de displasias en adolescentes adscritas al IMSS de Mexicali Baja California?

2.1.1 Justificación del estudio

El cáncer cérvico uterino constituye un importante problema de salud pública en especial en los países en desarrollo.

El cáncer en el mundo, de acuerdo a informes emitidos por la Organización Mundial de la Salud, presenta una tendencia creciente. Anualmente se producen alrededor de 10 millones de casos nuevos esperándose alrededor de 15 millones para el año 2020.

Internacionalmente, las tres primeras causas de muerte por cáncer en mujeres corresponden en orden descendente a cáncer de mama, cáncer de pulmón y cáncer cérvico uterino.

Sin embargo en los países subdesarrollados el cáncer cérvico uterino ocupa el segundo lugar entre las causas de muerte por cáncer en la mujer.

El inicio precoz de la vida sexual del adolescente constituye un agregado más a esta problemática, ya que los padres no tienen conocimiento de esto y es

común la presencia de múltiples infecciones vaginales (en especial del VPH) que no son tratadas oportuna y adecuadamente por vergüenza o temor.

El adolescente es parte muy importante para la sociedad, ya que es el futuro adulto que formará parte de la población económicamente activa de cada pueblo, de su buen crecimiento y desarrollo dependerá la formación de una persona sana, e íntegra que contribuirá al desarrollo de la sociedad.

En la actualidad su crecimiento y desarrollo como personas se están viendo truncados por diversas problemáticas, una de ellas el despertar a muy temprana edad de la vida sexual, además de que por desinformación, temor o vergüenza no acuden a la toma de Papanicolaou, y con ello las consecuencias: enfermedades de transmisión sexual o embarazo no deseado. A pesar de los esfuerzos por las instituciones públicas de difundir la información acerca de cómo evitar enfermedades de transmisión sexual o embarazos no deseados, así como la distribución gratuita de los métodos anticonceptivos los resultados no han sido los esperados al tener un porcentaje considerable de adolescentes embarazadas en nuestras instituciones de salud, hasta la fecha en IMSS de Mexicali B.C., no se cuenta con cifras estadística sobre la incidencia de displasia en adolescente e ahí donde radica la importancia del presente estudio.

En un grupo de mujeres Zacatecas (México) en el que se realizó un estudio de caso-control, se demostró que las mujeres con inicio precoz de relaciones sexuales, usuarias de anticonceptivos hormonales, y con múltiples parejas sexuales constituían una población de mayor riesgo para desarrollar displasias.

En Estados Unidos, se comparo la incidencia, de displasias en tres grupos de mujeres de distinta etnia (blancas no latinas, latinas y americanas-africanas),

se observó que las Latinas tenían una significativa mayor incidencia y mortalidad por cáncer que las mujeres blancas no latinas.

Es importante mencionar que se encontró que las mayores diferencias estaban dadas por el alto porcentaje de mujeres adolescentes, que no se realizan el Papanicolaou. En este mismo estudio se plantea la fuerte asociación entre la presencia de cáncer cérvico uterino invasor y bajo nivel socioeconómico, el cual se asocia a bajo nivel educacional y menor acceso a los servicios de salud³⁻⁶.

El comportamiento sexual ha sido definido como el mayor factor de riesgo para desarrollar displasias, el inicio de vida sexual precoz, múltiples parejas sexuales, infecciones de transmisión sexual, son considerados factores de riesgo sobresalientes.

El personal sanitario ha observado una elevada incidencia del cáncer cérvico uterino en muchos países en desarrollo y en América Latina donde la falta de programas organizados de detección temprana determina que las tasas de mortalidad por esta enfermedad sigan siendo elevadas. Además la infraestructura de asistencia sanitaria sumamente limitada en muchos de estos países explica la necesidad imperiosa que existe de brindar la instrucción necesaria para identificar y tratar la neoplasia del cuello uterino en las etapas iniciales, prevenibles, de preferencia antes y no después de la instauración de la enfermedad.

La experiencia de algunos países sugiere que son posibles reducciones importantes en la incidencia y mortalidad por cáncer cervical, siguiendo programas organizados de detección sistemática oportuna. Los estudios revisados concluyen que son efectivos y constituyen un soporte importante para su adopción.

Jason D Wright y col., de la Universidad Washington, San Luis, Missouri y Dallas, Texas en los EEUU, que se publicó en *Obstetrics and Gynecology*, 2005; 106: 115-20. Señala que la adopción de un programa efectivo para el rastreo del cáncer cervical con el método de Papanicolaou provocó un descenso dramático de la incidencia del cáncer de cuello invasor en los EEUU y que ahora se reconoce que, la mayor parte de los casos de cáncer cervical están relacionados con el virus del papiloma humano VPH y que se desarrollan después de una larga fase preinvasiva. El objetivo del rastreo citológico fue la detección y la erradicación de estas lesiones preinvasoras, teniendo en cuenta que, el largo intervalo hasta la producción del cáncer invasor, permite un rastreo efectivo por medio de la citología cervical¹⁵.

El objetivo del presente estudio es evaluar la incidencia, de displasia cervical intraepitelial en las pacientes adolescentes adscritas al IMSS de Mexicali Baja California. Del mismo modo, se busca dar a conocer la incidencia de caso y así crear nuevas medidas en fin de mejorar el diagnóstico oportuno y la sobrevivencia de estas pacientes.

La realidad es que las adolescentes, por temor, vergüenza, o desinformación no se someten a una valoración ginecológica, no lo cual parece ser la causa de que el diagnóstico llegue demasiado tarde, y la etapa ya avanzada de la enfermedad no permite establecer un tratamiento oportuno. Y es indiscutible que el control y tratamiento adecuado de una enfermedad depende directamente del conocimiento epidemiológico de la misma y de las variaciones que ésta puede presentar en su expresión clínica.

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo general.

Conocer la incidencia de displasia cervical en adolescentes adscritas al IMSS de Mexicali, Baja California

2.2.2 Objetivos específicos.

1. Conocer el número de adolescentes con diagnostico de neoplasia cervical intraepitelial según reporte de Papanicolaou.
2. Identificar el estadio del diagnostico de neoplasia cervical intraepitelial según reporte de papanicolaou.
3. Determinar la edad de mayor incidencia de neoplasia cervical intraepitelial en adolescentes con diagnostico de displasia intraepitelial cervical.

Capítulo III.

3.1 Tipo de Estudio

Se realizará un estudio de tipo descriptivo, transversal retrospectivo, y observacional.

Se conocerá la incidencia, de pacientes adolescentes adscritos al IMSS con diagnóstico de neoplasia cervical intraepitelial referidas a la Clínica de displasias del HGP y UMF No. 31 del IMSS de Mexicali B. C por el período del 04 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2010.

Únicamente para enriquecer el presente estudio se obtendrá de los expedientes de las pacientes, la siguiente información adicional: número de afiliación, edad, inicio de vida sexual, número de parejas sexuales, nivel de escolaridad, estadio de la displasia encontrada, y enfermedades de transmisión sexual encontradas.

3.2 Muestreo

Se incluirán para el presente estudio el 100% de las adolescentes adscritas al IMSS con diagnóstico de primera vez, de neoplasia cervical intraepitelial, referidas a la clínica de displasias del HGP No. 31 de Mexicali Baja California.

3.3 Instrumento de recolección de datos:

El instrumento que se utilizará para la obtención de datos será el formulario impreso clave 0555 de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer Cérvico Uterino “Solicitud de Citología Cervical” formato utilizado por el IMSS, diseñado con

preguntas dicotómicas y con preguntas de respuesta múltiple obtenidas durante la realización y toma de la muestra cervical. El método utilizado para la recolección de datos consistirá en la revisión minuciosa de los expedientes clínicos de las pacientes adolescentes referidas a la clínica de displasias del HGP y MF No. 31.

3.4 Procedimiento de recolección de datos:

Proceso: el procedimiento utilizado consistirá en solicitar formalmente el acceso a la información de la Clínica de Displasias del HGP y MF No. 31 del IMSS de Mexicali B.C; posteriormente se revisarán los expedientes de las pacientes que estén dentro del rango de edad establecido, se elabora una base de datos que contenga el total de adolescentes con diagnóstico de displasia, además de la siguiente información adicional: número de afiliación, edad, inicio de vida sexual, número de parejas sexuales, nivel de escolaridad, estadio de la displasia, y enfermedades de transmisión sexual encontradas. Dicha información se mostrara en tablas de frecuencia para variables cualitativas y medidas de tendencia central para variables cuantitativas.

El tratamiento estadístico que se le dará a la investigación consistirá en representar la información recolectada en tabla de frecuencia simple y frecuencia agrupada, las cuales contendrán datos de valor absoluto con los porcentajes, además de sus graficas correspondientes.

3.5 Criterios de inclusión.

- Mujeres adolescentes en rango de edad de 10 a 21 años
- Con diagnóstico de primera vez de neoplasia cervical
- Adscritas al IMSS de Mexicali Baja California

3.6 Criterios de exclusión.

- Mujeres adolescente con diagnostico de displasia en tratamiento subsecuente

3.7 Variables

3.7.1 variable Dependiente

1. Dx. de Displasias

3.7.2 variables Independientes

- 1.- Edad
1. - Estadios NIC I, NIC II, NIC III, CIS.
2. - IVSA
3. - Número de parejas sexuales.
4. - Antecedentes de enfermedad de transmisión sexual
5. – Nivel de escolaridad.

3.8 Operacionalización de variables

Operacionalización de variables				
Objetivo	Variable	Dimensión	Indicadores	Plan de análisis
1.-Conocer la incidencia de displasia cervical y factores de riesgo presentes en adolescentes adscritos las Unidades de Medicina Familiar No. 04, 05, 10, 16, 24, 26, 28, 31 y 37 del IMSS de Mexicali, Baja California	Incidencia de displasia	Escala de razón	No. de adolescentes con diagnostico de displasia entre el No. De mujeres adolescentes adscritas a las UMF No. 04,05,10,16,24,28,31 y 37.	Se obtendrá la tasa correspondiente.
2.- Identificar el diagnostico citológico reportado en el informe de solicitud de citología cervical de las adolescentes referidas a la clínica de displasias de HGP. No. 31	Dx. citológico	Ordinal con más de tres categorías	-VPH -Nic I -Nic II -Nic III -CIS -Microinvasor Invasor	Se mostrara tablas de frecuencia y se aplicaran medidas de tendencia central
3.- Identificar la edad de las adolescentes con diagnostico citológico de neoplasia cervical intraepitelial referidas a la clínica de displasias de HGP. No. 31.	edad	Numérica discreta	Años cumplidos de las adolescentes.	Se mostrara tablas de frecuencia y se aplicaran medidas de tendencia central
4.-Conocer el número de parejas sexuales de las adolescentes con diagnostico citológico de neoplasia cervical intraepitelial referidas a la clínica de displasias de HGP. No. 31	Número de parejas sexuales	Ordinal con tres categorías	Uno Dos Tres o mas	Se mostrara tablas de frecuencia y se aplicaran medidas de tendencia central
5.- Identificar la presencia de enfermedades de transmisión sexual Identificar lesiones sugestivas de enfermedades de transmisión sexual según reporta en el informe de citología de las adolescentes referidas a la clínica de displasias de HGP. No. 31.	Enfermedades de transmisión sexual	Nominal dicotómica	- VPH - herpes - tricomona - bacterias - hongos - otros	Se mostrara tablas de frecuencia y se aplicaran medidas de tendencia central
6.-conocer la escolaridad de las adolescentes con diagnostico citológico de neoplasia cervical intraepitelial referidas a la clínica de displasias de HGP. No. 31.	Nivel de escolaridad	Ordinal con cinco categorías	- Primaria - Incompleta - Completa - Secundaria - Completa - Incompleta	Se mostrara tablas de frecuencia y se aplicaran medidas de tendencia central

Capítulo IV

4.1 Consideraciones éticas.

Confidencialidad de resultados

El presente estudio no se contrapone con los lineamientos que en materia de investigación y cuestiones éticas se encuentran aceptados en las normas establecidas en la declaración de Helsinki de 1964, revisada en Tokio en 1975, en Venecia en 1983 y en Hong Kong en 1989.

La presente investigación es acorde con los lineamientos que en materia de investigación y ética se encuentran establecidos en las normas e instructivos institucionales.

Antes del inicio del estudio el protocolo del mismo fueron sometidos al Comité local de Investigación de la unidad hospitalaria y autoridades competentes. Conforme a los requisitos legales locales, así como representación sindical para su visto bueno.

Capítulo V

5.1 Resultados

En Mexicali Baja California existen 29,976 mujeres adolescentes adscritas al Instituto Mexicano del Seguro Social, según información proporcionada por la delegación de Baja California, obtenida del Registro de Población para cpamf_2009 al 26 de junio del 2009.

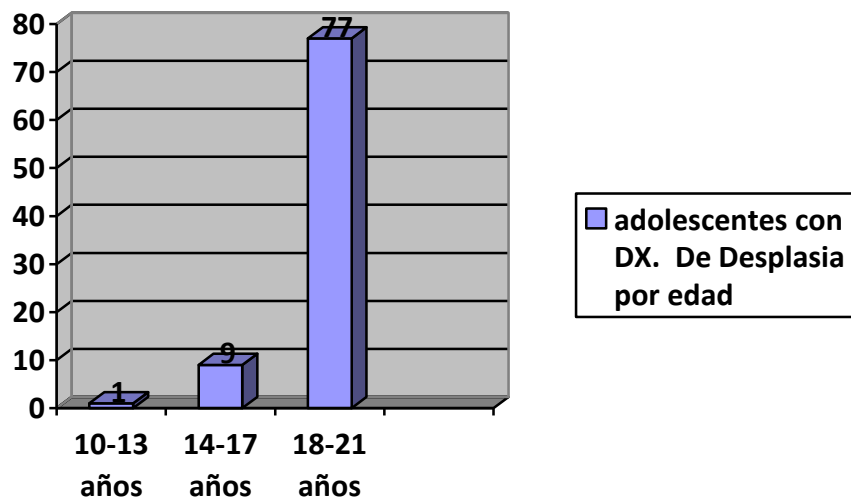
Para lograr el objetivo del presente estudio, se acudió semanalmente a la Clínica de displasia ubicada en el Hospital de Ginecología, Pediatría y Medicina familiar No. 31 donde se refiere toda paciente de las clínicas periféricas con prueba de Papanicolaou con diagnóstico de displasia.

En el periodo del 01 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2010 se registraron 87 adolescentes con diagnóstico de displasia lo cual traduce una incidencia del 0.29%. Distribuidas de la siguiente manera:.

En el rango de edad de 10 a 13 años un 1.15%, de 14 a 17 años un 10.34 y entre 18 a 21 años de edad un 88.51%. Reflejando una frecuencia elevada entre 18 y 21 años de edad. Con una media de 19 años, moda de 21 años, mediana de 20 y un rango medio de 11 años. (Tabla 1)

TABLA No.1 Frecuencia y porcentaje por edad

EDAD	Frecuencia	PORCENTAJE
10 - 13	1	1.15%
14 - 17	9	10.34%
18 - 21	77	88.51%

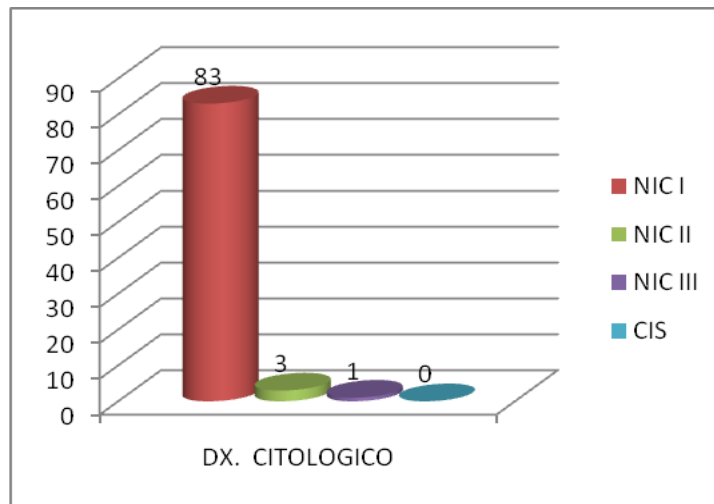


Grafica no. 1 que muestra la frecuencia de adolescentes con Dx. de displasia por rango de edades

Según reporte citológico del total de las adolescentes referidas a la clínica de Displasia el 95.40% presentaban un estadio NIC. I, un 3.45% NIC. II, un 1.15% NIC. III. Considerando importante resaltar el hallazgo que aunque en un bajo porcentaje se encontraron adolescentes ya con un estadio de displasia severa (NIC III) (Tabla 2).

TABLA No. 2 frecuencia y porcentaje por DX. citológico

DX. CITOLÓGICO	PORCENTAJE	
	Frecuencia	
NIC I	83	95.40%
NIC II	3	3.45%
NIC III	1	1.15%
CIS	0	0.00%



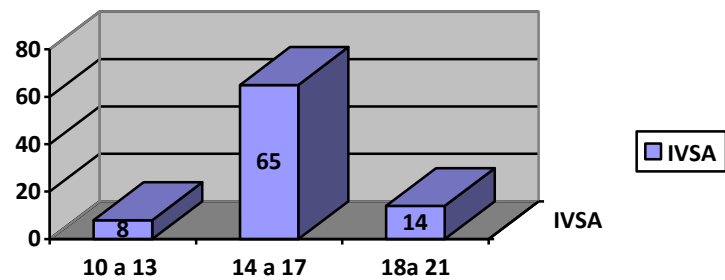
Grafica No. 2 que muestra el diagnostico citológico reportado en el informe de solicitud de citología cervical de las adolescentes referidas a la clínica de displasias de HGP. No. 31.

De las 87 adolescentes con diagnostico de displasia el 74.71% inicio su vida sexual entre los 14 y 17 años, un 16.09% inicio vida sexual entre los 18 y los 21 años y un 9.20% en el rango de edad de 10 a 13 años. Con una Media de 15 años, una mediana de 16 años, una moda de 16 años y un rango medio de 12 años. Lo cual concuerda con los datos publicados por ENSA; La cual reporta una edad promedio de inicio de vida sexual en mujeres adolescentes de 16 años. (Tabla 3)

Cabe mencionar que un 1.15% de las pacientes fueron víctimas de violación y se encuentran dentro del rango de edad de 10 a 13 años.

TABLA No. 3 Frecuencia y porcentaje de IVSA
(Inicio de vida sexual activa)

IVSA	Frecuencia	PORCENTAJE
10 - 13	8	9.20%
14 - 17	65	74.71%
18 - 21	14	16.09%

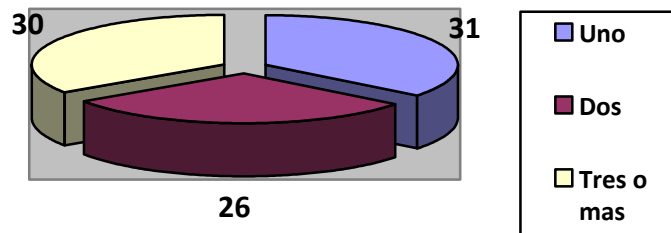


Grafica No. 3 que muestra la edad de inicio de vida sexual de las adolescentes referidas a la clínica de displasias de HGP. No. 31.

Del grupo de adolescentes estudiadas el 35.63% refirió haber tenido solo una pareja sexuales, un 34.48% tres o más parejas sexuales y un 29.89% refirió dos parejas. (Tabla 4)

TABLA No. 4 Frecuencia y porcentaje en el número de parejas sexuales.

NO. PAREJAS SEXUALES	Frecuencia	PORCENTAJE
UNO	31	35.63%
DOS	26	29.89%
TRES O MAS	30	34.48%



Grafica No. 4 que muestra el número de parejas sexuales referido por las Adolescentes referidas a la clínica de displasias de HGP. No. 31.

En lo referente a la escolaridad el 37.93% había cursado la secundaria completa, un 27.59% el bachillerato completo, y solo un 17.24% se encontraba cursando una carrera profesional al momento del estudio.

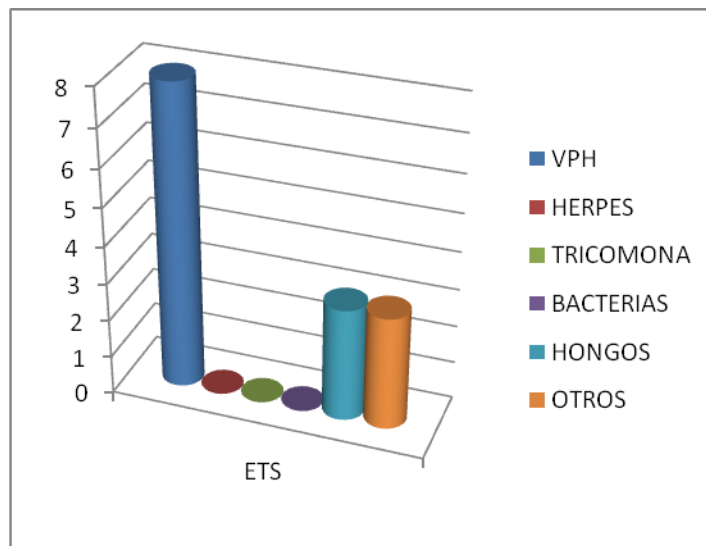
TABLA No.5 Frecuencia y porcentaje por escolaridad.

ESCOLARIDAD	Frecuencia	PORCENTAJE
PRIMARIA		
Completa	3	3.45%
Incompleta	0	0.00%
SECUNDARIA		
Completa	33	37.93%
Incompleta	7	8.05%
PREPARATORIA		
Completa	24	27.59%
Incompleta	5	5.75%
PROFESIONAL		
	15	17.24%

Del total de las adolescentes estudiadas con diagnostico de displasia según reporte citológico de Papanicolaou, un 86.21% presentaban una ITS agregada, de este porcentaje un 79,31% mostraba una presentación subclinica con la presencia del VPH en área cervical, 10.34% con presentación clínica al observarse según reporte citológico la presencia de condilomas. el 3.45% reportaba hongos, y solo el 13.79 no reporto ninguna ITS agregada.

TABLA No. 6 Frecuencia y porcentaje de enfermedades de transmisión sexual.

ETS	Frecuencia	PORCENTAJE
VPH	69	79.31%
HERPES	0	0.00%
TRICOMONAS	1	1.15%
BACTERIAS	2	2.30%
HONGOS	3	3.45%
CONDILOMAS	9	10.34%
OTROS	4	4.60%
NINGUNA	12	13.79%



Grafica No.2 que muestra la presencia de enfermedades de transmisión sexual I agregada, según reporta el informe de citología de las adolescentes referidas a la clínica de displasias de HGP. No. 31.

Capítulo VI

6.1 Discusión

La incidencia de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino (displasia) en las adolescentes referidas a la clínica de displasia del HGP y MF No. 31 del IMSS de Mexicali Baja California fue del 0.29 %.

No existen otros estudios en baja california, que permitan comparar la incidencia de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino con nuestros resultados.

Durante los 40 últimos años, las reducciones en la incidencia de cáncer cervico uterino han dado lugar a tasas significativamente bajas, inferiores a 10 casos por cada 100.000 mujeres, en Canadá, Estados Unidos y otras economías de mercado consolidadas. Sin embargo, en la mayoría de los países de América Latina, las tasas anuales de cáncer cervico uterino se mantienen altas, generalmente por arriba de 20 casos por cada 100.000 mujeres.

Por otra parte, el diagnóstico de displasia puede ser utilizado como herramienta de seguimiento, ya que al calificar un frotis de esta manera favorece que esas adolescentes se mantengan en control y realicen un nuevo Papanicolaou en un plazo no mayor de un año, ayudando a la confirmación el diagnóstico.

En México existe variaciones considerables, en la incidencia del cáncer cervico uterino lo cual pueden relacionarse con diferencias en el acceso a los servicios, en la calidad, la ubicación geográfica, la situación socioeconómica y la educación, así como aspectos culturales y psicosociales que prevalecen en nuestro país.

El nivel educacional de la población estudiada, es un punto importante a considerar ya que del total de las adolescentes estudiadas, solo el 17.24% que corresponde a 15 adolescentes continuaron con sus estudios profesionales permite explicar que las adolescentes en el grupo de 18 a 21 años, con un nivel bajo de escolaridad presentan una mayor incidencia de displasia. Probablemente a la falta de información y orientación adecuada tanto el nivel educacional como por profesionales en la salud.

Las adolescentes estudiantes que habían tenido más de una pareja sexual fueron un (34.48%). Este factor de riesgo resultó tener una importante y significativa asociación con la presencia de un PAP (+), incluso después de controlar por edad, promiscuidad de la pareja y edad de la primera relación sexual.

La edad promedio de inicio de las relaciones sexuales no es distinta a lo descrito en la ENSA 2000 y otras publicaciones, ya que el 74.71% había iniciado su vida sexual entre los 14 y los 17 años con una media de 15.85 y una moda de 16 años. Lo cual confirma que el IVSA de las adolescentes es cada vez a más temprana edad.

Un importante factor de riesgo para el desarrollo de lesiones precancerosas fue la ausencia de tamizaje con examen de Papanicolau. El 98.9% de las adolescentes no se había realizado nunca el examen, sin embargo, al realizar un análisis por edad, se observa que el 93% de las menores de 18 años nunca se había realizado un Papanicolaou, en cambio sólo el 9.4% de las mayores de 18 años no se había realizado el examen.

Este resultado era esperable si se considera que el programa de pesquisa de cáncer cervicouterino contempla mujeres entre 25 y 64 años. lo que permite concluir que fue un factor de riesgo significativo.

Capítulo VII

7.1 Conclusiones

Es evidente que el cáncer cervicouterino persiste como un problema relevante de salud pública. En América, cada año, se diagnostican cerca de 77.000 nuevos casos y unas 30.000 mujeres mueren prematuramente por esta enfermedad.

En el estado de Baja California específicamente en el municipio de Mexicali existen 76,528 mujeres adolescentes, de las cuales solo 29,976 son adscritas al IMSS, lo cual muestra que solo el 39.16% de las adolescentes, tienen acceso a los servicios de salud del IMSS, el presente estudio arrojó una incidencia de solo 0.29% que corresponde a 87 adolescentes con diagnóstico de displasia, de las cuales un alto porcentaje presenta infección agregado por VPH. En presentación subclínica o clínica (condilomas), Considerando importante sobresaltar el hallazgo de displasia severa (NIC III) en un 1.15% .

Si bien el IMSS, cuenta con un programa de prevención y detección oportuna de cáncer cervico uterino, mediante el tamizaje, que ha demostrado su eficacia cuando se combina con un tratamiento adecuado y oportuno. Este programa está básicamente dirigido a mujeres en un rango de edad de 25 a 60 años, lo cual excluye de cierta manera a las adolescentes las cuales para solicitar un Papanicolaou requieren autorización de sus padres o tutor además de la firma de un consentimiento informado; aun cuando el riesgo al momento de realizar un Papanicolaou es muy bajo.

En el IMSS existe un programa en medicina preventiva llamado “JUVENIMSS” en el cual, personal de salud integrado por trabajo social y medicina preventiva acude a diversas escuelas para ofrecer conferencias sobre diversos temas entre los que destacan: (Nutrición, Prevención y control de Enfermedades, Salud Reproductiva, sexualidad y salud sexual) destacando este último tema el cual, se enfoca únicamente en la prevención de ETS, planificación familiar y uso de anticonceptivos. No existiendo un programa específico para adolescente que informe sobre displasias, riesgos en la transmisión de VPH y específicamente cáncer cervico uterino.

El IMSS en todo el país, cuentan con un programa para la detección y prevención del cáncer cervicouterino. Sin embargo, Para lograr una efectividad óptima, considero, los programas de tamizaje deben integrarse mejor con programas que abarque un rango de edad más que amplio, tomado en cuenta que el promedio de inicio de vida sexual de las adolescentes es cada vez mas temprano, encontrando en el presente estudio una edad entre los 14 y 16 años . Más aún, se asegurar que las mujeres adolescentes en toda la región y no solo las adscritas IMSS tengan acceso al tamizaje y al tratamiento para el cáncer cervicouterino.

Los programas educativos y de divulgación deben generar conciencia acerca del cáncer cervicouterino como una enfermedad prevenible y curable, informando de forma clara que un diagnostico de displasia no es igual a cáncer y cáncer no es igual a muerte, dirigiendo estos programas a las adolescentes y a la comunidad en general.

El resultado acumulado de tales esfuerzos será el establecimiento y la utilización de programas rentables de prevención, diseñados para responder a las necesidades de las mujeres de toda la región.

El producto final podría ser un menor número de defunciones por cáncer cervico uterino en toda Baja California.

Capítulo VIII

8.1 Recomendaciones

Actividades de promoción del examen Papanicolau.

Para que un programa de pesquisa y aplicación del papanicolaou, sea exitoso es fundamental que tenga una buena cobertura y que se ponga énfasis en la calidad de la toma de muestra y el análisis.

A continuación sugerimos algunas estrategias con el fin de aumentar la cobertura del programa y de esta manera ampliar la protección a un número mayor de mujeres:

1. Educación a los adolescentes sobre la importancia de la infección con VPH y sus consecuencias, así como también de otras enfermedades de transmisión sexual. Debería ser parte de los programas de educación a nivel escolar y universitario.
2. Invitación personal para Tamizaje, con información adecuada y clara a través de trípticos, afiches e información entregada por un profesional de salud entrenado, en especial el médico familiar.
3. Invitación general a través de publicidad televisiva y radial.

4. En los consultorios, asignar meses según apellidos y enviar cartas personales el mes anterior para recordar la cita.

5. Educación y promoción de la realización del examen a mujeres que consultan por morbilidad general.

6. Entregar estímulos por aumento de cobertura al equipo de salud.

7. Institucionalizar el examen del Papanicolaou, sin costo tanto en el sistema público como en el privado.

8. Considerar la edad de inicio de las relaciones sexuales como un indicador de cuándo establecer el inicio del tamizaje. Si se realiza un enfoque personalizado, en casos donde existen varios factores, podría solicitarse un papanicolaou en relación a esta edad, aumentando la protección en relación al riesgo individual.

Capítulo IX

9.1 BIBLIOGRAFÍA

1. <http://med.unne.edu.ar/cátedras/anafisio/clases/ut13.pdf>
2. J.W. Sellors & R. Sankaranarayana. La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: Manual para principiantes Washington, D.C.: OPS, © 2003. Capítulo 2.
3. http://es.wikipedia.org/wiki/Prueba_de_Papanicolaou
4. DÍAZ Sánchez Vicente. El embarazo de las adolescentes en México. Gac Med Mex Vol. 139, Suplemento No. 1, 2003.
5. <http://www.sld.cu/libros/libros/libro5/tox1.pdf>
6. <http://www.inegi.gob.mx>
7. SOLÍS, Patricio. Gayet Cecilia. El inicio de la vida sexual activa en México: cambios y continuidades a través de las cohortes. cgayet@colmex.mx.
8. BARNETT, Barbara. Family health international. La educación sexual retrasa el inicio de la vida sexual. Network en español: primavera 1997, Vol. 17, n.3.
9. ABMA, Joyce C. Martinez Gladys M. Mosher William D. Dawson Brittany S. Teenagers in the United States: Sexual Activity, Contraceptive Use, and Childbearing, 2002. CDC. Series 23 N. 24, 2002.
10. KAISER family foundation. US teen sexual activity. January 2005.
11. GARCÍA, Roche René. Cortes Alfaro Alba. Vila Aguilera Luis Enrique. Hernández Sánchez Mariela. Mesquia Valera Alina. Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud. Rev. Cubana Med Gen Integr 2006; 22(1).
12. <http://www.larepublica.com.uy/sociedad/39925-relaciones-tempranas>
13. CONSEJO ESTATAL DE POBLACIÓN. La salud sexual y reproductiva de los jóvenes. Boletín informativo. núm. 56 Mexicali Baja California, Mayo 2005. año 15.
14. GONZÁLEZ Garza Carlos. Rojas Martínez Rosalía. Hernández Serrato María I. Olaiz Fernández Gustavo. Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de ENSA 2000. Salud Publica de México v 47 n.3.
15. <http://www.sguruguay.org/documentos/pescando/Pescando195.pdf>
16. PINEDA, Leyva Teresa de Jesús. Ramos Cavasoz María Teresa, Frías Contreras Miguel Ángel Cantú Martínez Cesar Pedro. La interrelación familiar y la práctica de las relaciones sexuales en adolescentes. Revista de salud pública y nutrición (UANL) Vol. 2 n.1 enero-marzo 2001.
17. GÁMEZ, Herrera Andrés. García García José Merardo. Martínez Torres Jorge. factores asociados al inicio de las relaciones sexuales en

adolescentes de 14 a 17 años. Rev. Fac Med UNAM Vol. 50 N.2 marzo-abril del 2007.

18. BUSTAMANTE Muñoz Socorro, Puc Valdez Manuel Alberto. Sabido Siglher María Cristina. Sexo seguro entre adolescentes. Rev. enfermería IMSS 2000; 8 (3):133-137.
19. ANDRADE, Palos Patricia. Betancourt Ocampo Diana. Palacios delgado Jorge Raúl. Factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes. Revista colombiana de psicología. 2006 pp 91-96.
20. TORRUCO. Salcedo Mario. Domínguez Sosa Gpe. Aguilar Sibilla Cristóbal. Factores asociados al uso de métodos anticonceptivos durante la primera relación sexual. Salud en Tabasco, junio, año/Vol. 6, numero 001. 2000. pp294-298.

9.2 Anexo1

Cronograma

Cronograma de Actividades

[illegible]

Cronograma de Actividades

[illegible]

Anexo 2 Consentimiento Informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del protocolo: Incidencia de displasia en adolescentes adscritas al IMSS de Mexicali Baja California.

Investigador principal: Médico Residente de Medicina Familiar Dra. Pérez Macías Cristina.

Donde se realizará el estudio: Clínica de Displasias ubicada el HGP y MF No. 31 del IMSS de Mexicali B.C.

Por medio del presente acepto participar en el estudio de investigación médica, este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO. El adolescente es el futuro de nuestro país, su crecimiento y desarrollo son truncados por las consecuencias de una vida sexual irresponsable, pese a los programas en las instituciones de salud. Por eso la necesidad de conocer la incidencia de displasia en adolescentes y en base a ello tratar de implementar programas que orienten, convenza y responsabilice al adolescente a acudir a su UMF correspondiente a realizarse el Papanicolaou, para con ello detectar y tratar de manera oportuna el cáncer cervico uterino.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

1. Conocer la incidencia de displasia en adolescentes adscritas al IMSS de Mexicali Baja California.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO Consistirá en solicitar formalmente el acceso a la información de la Clínica de Displasias del HGP y MF No. 31 del IMSS de Mexicali B.C; posteriormente se revisarán los expedientes de las pacientes que estén dentro del rango de edad establecido, con diagnóstico de displasia, de donde se extraerán los siguientes datos: número de afiliación, edad, inicio de vida sexual, número de parejas sexuales, nivel de escolaridad, estadio de la displasia encontrada, y enfermedades de transmisión sexual encontradas. Se elabora una base de datos en Microsoft Excel donde se concentrará la información obtenida.

Una vez terminado será evaluado por un comité de ética que determinará la validez del estudio y la posibilidad futura de publicarlo con fines científicos.

RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO

Este estudio no cuenta con ninguna clase de riesgo para la paciente adolescente o su familia.

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, y que la información será manejada en forma confidencial. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma de la paciente: _____

Firma del padre o tutor de la menor de edad (en caso necesario): _____

Testigos: _____

Anexo 3 Instrumento de recolección de datos

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE CANCER SERVICO UTERINO		Folio _____										
SOLICITUD DE CITOLOGIA CERVICAL												
I. Identificación de la Unidad. Unidad Médica _____ Delegación _____		Jurisdicción _____										
II. Identificación de la Solicitante		Fecha <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>dia</td><td>mes</td><td>año</td><td colspan="2"></td></tr> </table> No. DH ☐						dia	mes	año		
dia	mes	año										
Núm. De Afiliación _____ Consultorio <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"> <tr><td>M</td><td>V</td></tr> </table>		M	V	Edad _____ años								
M	V											
Nombre _____ Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)												
Lugar de residencia _____ Calle y número Colonia o localidad Teléfono												
Municipio o Delegación Política _____ Entidad Federativa _____		C. P. <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>										
En caso de necesidad puede también localizarme a través de												
Nombre _____ Domicilio _____ Apellido paterno materno nombre (s) Calle y número Colonia												
Municipio o Delegación Política _____ Entidad Federativa _____		C. P. <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> Teléfono _____										
III. Detección de cáncer del cérvix Última citología:												
1) Primera vez en la vida 2) Un año o menos 3) 2 años 4) 3 ó más años IV: Condiciones gineco-obstétricas a la detección 1) Puerperio postparto o postaborto 2) DIU in situ 3) Tratamiento hormonal 4) Otro tratamiento ginecológico 5) Embarazo actual 6) Post menopausia 7) Histerectomía 8) Fecha de última regla												
<table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>dia</td><td>mes</td><td>año</td><td colspan="2"></td></tr> </table>								dia	mes	año		
dia	mes	año										
V. Actualmente presenta:												
1) Flujo 2) Prurito a ardor vulvar 3) Sangrado anormal 4) Ninguno VI: A la exploración se observa 1) Cuello aparentemente sano 2) Cuello anormal sin tumoración 3) Cuello anormal con tumoración 4) No se observa cuello VII: Derivada con el Médico Familiar 1) si 2) no 3) Otro: _____												
VIII. Utensilio con el que tomo la muestra 1) Espátula de Ayre 2) Citobrush 3) Pipeta 4) Abatelenguas												
IX. Tomó la muestra Citológica: _____ X. Matrícula: _____												
RESULTADO DE LA CITOLOGIA CERVICAL												
XI. Laboratorio: _____												
XIII. Fecha de recepción <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>dia</td><td>mes</td><td>año</td><td colspan="2"></td></tr> </table>								dia	mes	año		
dia	mes	año										
XIV. Fecha de Interpretación <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>dia</td><td>mes</td><td>año</td><td colspan="2"></td></tr> </table>								dia	mes	año		
dia	mes	año										
XV. Características de la muestra												
1) Presencia de células endocervicales 2) Metaplasia epidermoide 3) Inadecuada para diagnóstico												
XVI. Diagnóstico citológico												
1) Negativo a cáncer 2) Negativo con proceso inflamatorio 3) Displasia leve (NIC I) 4) Displasia Moderada (NIC II) 5) Displasia Grave (NIC III) 6) "in situ" (NIC III) 7) Microinvasor 8) Invasor												
XVII. Hallazgos adicionales												
1) Imagen de virus del papiloma 2) Imagen del virus del herpes 3) Triconomas 4) Bacterias 5) Hongos 6) Otros 1) Muestra mal fijada 2) Muestra mal teñida 3) Laminilla rota o extraviada												
XVIII. 1) Repetir estudio por:												
2) Células cervicales ausentes 3) Muestra contaminada con: 4) Muestra mal fijada 5) Exudado inflamatorio abundante 6) Sangrado 7) Laminilla rota o extraviada 8) Muestra mal fijada 9) Otra: _____												
XIX. Nombre del Citotecnólogo: _____												
XX. Matrícula _____												
XXI. La muestra fue revisada por el Patólogo 1) Si 2) No												
XXII. Firma de Patólogo _____												
XXIII. Nombre del Patólogo _____												
XXIV. Matrícula _____												

Clave: 0555