

**INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO DE
BAJA CALIFORNIA
DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA Y VICULACIÓN
HOSPITAL GENERAL TIJUANA
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN**



TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:

**“CONOCER LA PROPORCIÓN DE LESIONES POR ASCUS CON PRESENCIA
DE LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE BAJO O ALTO GRADO EN
HOSPITAL GENERAL TIJUANA**

Trabajo Terminal para obtener el Diploma de Especialidad en

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

DRA. STEPHANIE MUÑOZ CASAREZ

Méxicali, B. C. Febrero de 2019

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA MEXICALI
COORDINACIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Título de la investigación

**“CONOCER LA PROPORCIÓN DE LESIONES POR ASCUS CON PRESENCIA
DE LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE BAJO O ALTO GRADO EN
HOSPITAL GENERAL TIJUANA”**

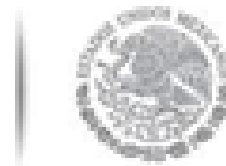
**Trabajo Terminal para obtener el Diploma de Especialidad en
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A:

DRA. STEPHANIE MUÑOZ CASAREZ

Mexicali, B. C. Febrero de 2019

**INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO DE
BAJA CALIFORNIA
DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA Y VICULACIÓN
HOSPITAL GENERAL TIJUANA
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN**



TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

**“CONOCER LA PROPORCIÓN DE LESIONES POR ASCUS CON PRESENCIA
DE LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE BAJO O ALTO GRADO EN
HOSPITAL GENERAL TIJUANA**

Trabajo Terminal para obtener el Diploma de Especialidad en

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

DRA. STEPHANIE MUÑOZ CASAREZ

DIRECTOR DE TESIS Y ASESORES

DRA. ANA ELIZABETH MEDRANO UREÑA

DRA. GUADALUPE DUARTE ARENAS

Mexicali, B. C. Febrero de 2019

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA MEXICALI
COORDINACIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Título de la investigación

**“CONOCER LA PROPORCIÓN DE LESIONES POR ASCUS CON PRESENCIA
DE LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE BAJO O ALTO GRADO EN
HOSPITAL GENERAL TIJUANA”**

Trabajo Terminal para obtener el Diploma de Especialidad en

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

DRA. STEPHANIE MUÑOZ CASAREZ

DIRECTORES DE TESIS Y ASESORES

DRA. ANA ELIZABETH MEDRANO UREÑA
GINECOOBSTETRA COLPOSCOPISTA – INVESTIGADOR PRINCIPAL

DRA GUADALUPE DUARTE ARENAS
GINECOOBSTETRA – INVESTIGADOR PRINCIPAL

Mexicali, B. C. Febrero de 2019



DR. CLEMENTE HUMBERTO ZUÑIGA GIL

DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL TIJUANA



DRA. BIANCA ELIZA GARCIA FRAGOSO

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN



DRA. MARIA GUADALUPE DUARTE ARENAS

JEFE DE SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



DR. ARTURO HERRERA CERVANTES

PROFESOR DEL CURSO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



DRA. ANA ELIZABETH MEDRANO UREÑA

ASESOR DE LA INVESTIGACIÓN



DRA. STEPHANIE MUÑOZ CASAREZ

SUSTENTANTE DEL EXAMEN PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

RESUMEN

TITULO: “Conocer la proporción de lesiones por ASCUS con presencia de lesión escamosa intraepitelial de bajo o alto grado en Hospital General Tijuana”

INTRODUCCION: La prevalencia de pacientes con ASCUS es muy variada y oscila entre 3.4% al 11 % de la población general y al 8.2 % en centros de referencia. Se han realizado estudios para determinar cuántas pacientes con diagnóstico citológico de ASCUS presentan LEIBG, Gonzales informa que un 24% presentó LEIBG. Actualmente en el Hospital General Tijuana se desconoce la proporción de pacientes con ASCUS que presentan una lesión escamosa intraepitelial.

OBJETIVO: Conocer la proporción de lesiones por ASCUS con presencia de lesión escamosa intraepitelial de bajo o alto grado en Hospital General Tijuana.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio transversal, en pacientes que acudieron con diagnóstico de ASCUS a la clínica de colposcopia el Hospital General Tijuana a quienes se les realizó diagnóstico colposcópico y posterior toma de biopsia cervical.

RESULTADOS: Se obtuvo una muestra de 41 pacientes de sexo femenino, mismas que reportan una edad promedio de 46.6, Se detectan 7 (17.1%) LEIBG por colposcopia, de las cuales corroborándose por biopsia 5 (12.19%) y 2 (4.8%) obtuvieron resultados negativos.

CONCLUSIONES: El porcentaje de pacientes diagnosticadas por medio de colposcopia cervical para la determinación de Lesiones Escamosas Intraepitelial de Bajo y Alto Grado son menores al 24%, por lo cual se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la nula.

AGRADECIMIENTOS:

Esta tesis está dedicada principalmente a mi hija Rebeca Muñoz Casarez, quien ha sido mi motivación durante todos estos años, quien más ha tolerado mis ausencias, no sin antes brindarme ese amor incondicional, todo lo que hice y hare es por y para ella, para brindarle siempre un futuro mejor y ser un ejemplo en su vida, infinitas gracias princesa por iluminar mi vida.

Agradezco a mis padres Maria Estela Casarez y Felipe Enrique Muñoz, seres de amor infinito, quienes me han guiado siempre con amor y comprensión, sin sus enseñanzas, su sabiduría, paciencia y su apoyo incondicional, nada de esto sería posible, con todo el amor de mi alma, muchas gracias por estar a mi lado. A mi hermano Lenin Muñoz Casarez, gracias por nunca dudar de mí, por esas noches que cuidaste a mi hija para que yo pudiera estudiar, por lo orgulloso que estuviste cuando te dije que sería especialista, por demostrarme siempre que eres mi brazo derecho, muchas gracias.

A todos los médicos que han formado parte de mi formación durante este viaje, que han compartido conmigo un poco de su conocimiento, que no solo me enseñaron de medicina si no de la vida. A la Dra Guadalupe Duarte Arenas, quien siempre estuvo de nuestro lado, apoyo incondicional, un ejemplo de ser humano, medico, ginecóloga y mujer ejemplar, sin lugar a duda un pilar en mi carrera. Dra. Elizabeth Medrano, por su enseñanzas, su apoyo constante durante todo el viacrucis de mi tesis, siempre dispuesta a compartir su conocimiento, “lo logramos”.

A mis residentes, a mis residentes mayores que me brindaron su experiencia, su conocimiento, a mis residentes menores, espero haberles brindado un poco de las enseñanzas que me fueron compartidas, en algún ámbito de la vida, a muchos ahora puedo llamar amigos, fueron mis compañeros de aventura, en cada guardia reímos, lloramos, gritamos, pero sobre todo nos apoyábamos, gracias por todo, continuaremos en otros viajes.

A todo el personal del Hospital General Tijuana, siempre fuimos un equipo con un bien común, el bienestar del paciente.

Y principalmente a Dios, por darme la fortaleza, la confianza y la fe de seguir haciendo lo que más amo, por permitirme mantener la esperanza y nunca dejarme caer.

Muchísimas gracias

Dra. Stephanie Muñoz Casarez

INDICE

ANTECEDENTES	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
MARCO TEORICO	6
PREVALENCIA VPH.....	6
CLASIFICACION	7
FACTORES DE RIESGO.....	8
FISIOPATOLOGIA.....	10
CITOLOGIA CERVICAL	12
Atipia Escamosa de Significado Indeterminado (ASCUS).....	13
Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado (LEIBG)	13
Lesión Escamosa Intraepitelial de Alto Grado (LEIAG).....	14
Colposcopia.....	14
Biopsia	15
JUSTIFICACION	16
HIPOTESIS	17
HIPOTESIS NULA	17
HIPOTESIS ALTERNA	17
OBJETIVOS	17
OBJETIVO GENERAL	17
OBJETIVOS ESPECIFICOS	17
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN	17
Tipo de estudio: Transversal.....	17
Universo de estudio:	17
Muestreo: Por conveniencia.....	18
Tamaño de la muestra:	18
Criterios de selección:	18
Criterios de inclusión:.....	18
Criterios de exclusión.....	18
VARIABLES.....	19
Variable dependiente.....	19
Variables independientes.....	19
Análisis estadístico:	21
PROCEDIMIENTO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS	21

Consideraciones éticas y prevención de riesgo.....	23
DISCUSIÓN.....	27
Conclusiones.....	29
Bibliografía.....	31
ANEXOS	33
INDICE DE TABLAS	33
Carta de consentimiento informado.....	36
Hoja de captura de datos	39
DICTAMEN PROTOCOLO.....	40

ANTECEDENTES

El Cáncer Cérvicouterino (CaCu) ocupa el primer lugar en incidencia causada por tumores malignos y el tercero en mortalidad relacionada con las neoplasias malignas en la población en general. Es la segunda causa de mortalidad por neoplasias malignas en la mujer, al producir hasta 11 muertes al día en un grupo de mujeres de 25 a 69 años, solamente es superado por el cáncer de mama. (Secretaría de Salud, 2010) .

El CaCu representa un problema de salud pública al estar entre los primeros lugares de incidencia a nivel mundial, siendo los países en desarrollo los más afectados, lo anterior debido a la alta exposición al virus del papiloma humano (Tuovar, 2013).

Aunado a lo anterior, es la séptima neoplasia más frecuente en la población mundial y la cuarta más frecuente entre las mujeres con un estimado de 530 232 nuevos casos diagnosticados anualmente, 86% de los cuales se registran en países en vías de desarrollo. La incidencia es más alta en países en vías de desarrollo. (Hernández Hernández, Apresa-García, & Patlán Pérez, 2015)

Así mismo, es la segunda neoplasia más común en mujeres de América Latina, con 68,818 casos anuales. La incidencia en la región es de 21.2 casos por 100,000 mujeres, alcanzando valores superiores a 30 en países como Perú, Paraguay, Guyana, Bolivia, Honduras, Venezuela, Nicaragua y Surinam. La mortalidad en la región es de 8.7 defunciones por 100,000 mujeres. El 75% de las 28,565 defunciones anuales por esta causa, ocurren en seis países: Brasil, México, Colombia, Perú, Venezuela y Argentina. Sin embargo, la mortalidad

es más alta en Guyana (21.9), Bolivia (21.0) y Nicaragua (18.3). (Hernández Hernández, Apresa-García, & Patlán Pérez, 2015)

El CaCu continúa siendo un problema de salud pública en todo el mundo, representa el 9% de las neoplasias malignas en mujeres a nivel mundial y 8% de las muertes por cáncer en mujeres. En México, el registro histopatológico de neoplasias malignas del año 2003 mostró una incidencia de 24,094 casos de CaCu invasor y 14,867 casos de carcinoma insitu. Contrario a lo que sucede en Estados Unidos de América y Europa, donde hasta el 75% de las ocasiones se diagnostica en Estadios Clínicos Tempranos. (INCan, 2011)

En México, es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer. Anualmente se estima una ocurrencia de 13,960 casos en mujeres, con una incidencia de 23.3 casos por 100,000 mujeres. En el año 2013, en el grupo específico de mujeres de 25 años y más, se registraron 3,771 defunciones en mujeres con una tasa de 11.3 defunciones por 100,000 mujeres. Las entidades con mayor mortalidad por cáncer son Morelos (18.6), Chiapas (17.2) y Veracruz (16.4). (Hernández Hernández, Apresa-García, & Patlán Pérez, 2015)

La mortalidad por CaCu en Baja California, presenta una tasa de 18.4 con 110 defunciones a 11.18, con 111 defunciones, entre los años 2000 y 2016. Nos encontramos en el décimo lugar a nivel nacional de mortalidad por CaCu (Secretaria de Salud, 2016) A pesar de los programas de detección establecidos, para enfermedad pre invasora, se continua realizando diagnósticos tardíos y por lo tanto los tratamientos son poco oportunos y muchas veces solo de tipo paliativo, esto origina un mal pronóstico y una menor sobrevivencia a las pacientes. El

tratamiento depende del estadio en que se diagnostique, la mayor parte de las veces es multidisciplinario (INCan, 2011)

La prevalencia de pacientes con ASCUS es muy variada y oscila entre 3.4% al 11 % de la población general y al 8.2 % en centros de referencia. Se han realizado estudios para determinar cuántas pacientes con diagnóstico citológico de ASCUS presentan lesión escamosa intraepitelial en el estudio histopatológico dirigido por colposcopia, Gonzales informa que un 24% presentó LEIBG, el estudio de Manos mostró que el 19,3 % presentaban LEIAG (Garcia-Perlaza, Amaya-Guio, & Naranjo, 2011)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro de la población de pacientes que maneja el Hospital General de Tijuana, se encuentra un gran número de población flotante con factores de riesgo para padecer CaCu, tales como inicio de vida sexual temprana, múltiples parejas sexuales, nivel socioeconómico bajo y pobre acceso a servicios de salud. En los datos estadísticos del municipio de Tijuana se ha visto un decremento en la detección oportuna de CaCu en etapas tempranas por primer nivel de atención.

El VPH tiene un gran incremento en la población en edad reproductiva, se sabe que en la historia natural de la enfermedad presentan una regresión en los primeros 2 a, de hasta un 96 %, presentando progresión a Lesión de Alto grado.

Actualmente en clínica de displasias del Hospital General de Tijuana se envían a aquellas pacientes con diagnóstico citológico sospechoso de lesión precursora o cáncer cervicouterino en todas sus etapas. El diagnóstico se establece mediante toma de citología cervical en unidades de salud. Se sabe que durante la toma, manejo e interpretación de la toma citológica, lo que puede llevar a un falso negativo, lo mismo sucede con el estudio colposcópico, dependiendo de la adecuación en la técnica y la experiencia del observados.

El estándar de oro para diagnóstico de lesiones intracervicales es la biopsia dirigida por colposcopia, logrando así detecciones tempranas de lesiones, además de mejor manejo y vigilancia. El diagnóstico de ASCUS, se establece para clasificar a aquellas muestras que no cumplen con criterios para lesión escamosa intraepitelial de bajo o alto grado, por lo que se utiliza como una herramienta diagnóstica de manera indiscriminada en los últimos tiempos.

Actualmente en el Hospital General Tijuana se desconoce la proporción de pacientes con ASCUS que presentan una lesión escamosa intraepitelial de bajo o alto grado, por lo que se pretende establecer la proporción de pacientes con lesiones escamosas intraepiteales en aquellas pacientes con diagnóstico citológico de ASCUS.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia de Lesiones escamosas intraepiteliales de bajo y alto grado por colposcopia, en pacientes con diagnóstico citológico de ASCUS en Hospital General Tijuana?

MARCO TEORICO

PREVALENCIA VPH

La infección genital con el Virus del Papiloma Humano (VPH) es la enfermedad de transmisión sexual viral más frecuente a nivel mundial. Asimismo, es el factor de riesgo más importante para desarrollar lesiones pre neoplásicas y neoplásicas del cuello uterino. No obstante, menos de 5% de las mujeres infectadas con el VPH desarrollarán cáncer cérvicouterino. El CaCu es un problema de salud pública; es la enfermedad neoplásica más frecuente y mortal en la población femenina. Cada año 500,000 casos nuevos son diagnosticados en todo el mundo.

La prevalencia de la infección por VPH es muy variable en diferentes poblaciones, pues el resultado depende de muchas variables que incluyen la sensibilidad de la prueba utilizada, estilo de vida (factores de riesgo) del grupo estudiado, la presencia o ausencia de manifestaciones clínicas y otros factores. La prevalencia en población general de 14 a 59 años en Estados Unidos de América se ha informado en 26.8%, el grupo de edad más afectado oscila entre 20 y 24 años de edad con una prevalencia de 44.8%. Se estima que aproximadamente 1% de la población mundial padece de verrugas genitales y que 4% de todas las mujeres tienen lesiones intraepiteliales en el cérvix (Fuente Villareal, Guzman López, Barboza Quintana, & González Ramírez, 2010)

La prevalencia de la infección por VPH varía entre las diferentes regiones del mundo, suele alcanzar un máximo de 20 a 30% de las mujeres de entre 20 y 24 años de edad, y disminuye luego a 3-10% de las mayores de 30. Cerca del 80% de las mujeres jóvenes que contraen VPH presentan infecciones transitorias que se resuelven en el espacio de 12 a 18 meses (Sellors, 2016)

La tasa de infección en población femenina se estima en 40 % para mujeres de 20 a 29 años de edad y en población general independiente de la edad se reportan cifras de 13 a 15 %, cifras que exceden por mucho el número de casos de cáncer invasor estimado en menos del 0.01 %. Por otro lado más del 98 % de los casos de cáncer invasor del cérvix uterino están asociados a algún tipo de VPH. (Hernández Hernández, Apresa-García, & Patlán Pérez, 2015, pág. 58)

Se estima que aproximadamente 1% de la población mundial padece de verrugas genitales y que 4% de todas las mujeres tienen lesiones intraepiteliales en el cérvix (Fuente Villareal, Guzman López, Barboza Quintana, & González Ramírez, 2010)

En un estudio realizado en el 2017 donde se realizó una biopsia cervical a 477 mujeres menores de 30 años, a 100 mujeres se realiza biopsia por presentar discrepancia en el diagnóstico colposcópico donde se reportaba normal y un diagnóstico citológico con LEIBG, se realiza una comparación del de 23 mujeres de 30 a y mayores a las cuales no se realizó biopsia y de 181 mujeres a las que si. De las 181 mujeres 144 estuvieron normal, 5 mostraron metaplasia atípica, 6 Neoplasia Intracervical grado 1 (NIC1), 14 Neoplasia Intracervical grado 2 (NIC2) y 16 Neoplasia Intracervical grado 3 (NIC3) o peor diagnóstico. (Hui-CHia Liu, y otros, 2017)

CLASIFICACION

La clasificación vigente del VPH se basa en forma exclusiva en la caracterización del genoma; se considera que se trata de un nuevo tipo si la región L1 –la parte menos variable del genoma del VPH– presenta una homología menor de 90% con otros tipos conocidos de VPH. Cuando la homología se sitúa en el rango de 90 a

98% indica un subtipo, y cuando la identidad es mayor de 98%, se considera que es una variante. Los tipos son designados por números y los subtipos con letras (Concha, 2007)

Actualmente se han identificado alrededor de 200 genotipos del VPH, de los cuales 30 tipos son causantes especialmente de infecciones anogenitales. Los genotipos de VPH son clasificados como de alto riesgo y de bajo riesgo según su potencial de malignidad. Varios estudios deben ser considerados carcinogénicos o de alto riesgo a los tipos VPH 16-18-31-33-35- 39-45-51-52-56-58-59-67-68-73-82; probablemente carcinogénicos a los tipos VPH 26-53 y 66. Los tipos de VPH de bajo riesgo encontrados comúnmente fueron VPH 6- 11- 40-42- 43- 44- 54-55- 57- 61-62-64-69- 70-71- 72- 81- 83-84 y CP6108. (Alfaro Castro & Fournier Pérez, 2013)

HPV16 se encuentra en aproximadamente el 60% de todos los CaCu, mientras el HPV18 está involucrado en un 10-20%, mientras los HPVs tipo 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68 y 73 juntos constituyen el 20-30% restante de los CaCu (Zaldivar, Martin, Sosa, Avila, & Loret, 2012)

FACTORES DE RIESGO

El perfil de riesgo en el cáncer cérvico-uterino es la mujer con edad de 25 a 64 años, con vida sexual activa o antecedente de haber tenido vida sexual, que no se ha realizado estudios previos de citología cervical y presenta cuadros repetitivos de infecciones transmitidas sexualmente. (Secretaría de Salud, 1994).

La infección ocurre pronto después del comienzo de la primera relación sexual y la más alta prevalencia se observa en mujeres de menos de 25 años de edad. Luego la prevalencia decrece rápidamente. Se dice que las infecciones por

VPH son transitorias, pero varios factores incrementan la persistencia: genéticos, o adquiridos como la edad, la inmunodepresión, la contracepción oral, el tabaquismo, y factores virales (genotipo, variantes, carga viral, integración). (Homan, Kamps, & Smedts, 2009)

Los factores de riesgo que hasta ahora se han relacionado con la aparición y desarrollo de lesiones pre malignas. El riesgo de contraer VPH genital está influenciado por la actividad sexual, numerosos mecanismos han sido sugeridos para explicar la relación entre el riesgo de padecer la enfermedad y los diversos elementos asociados con las relaciones sexuales, entre ellos la edad del inicio de las mismas y la transmisión de agentes infecciosos (More, Moya, Pino, Galvez, & Espinoza, 2013), a continuación se mencionan algunos factores:

- Edad.
- Condición socioeconómica.
- Inicio de vida sexual activa en la adolescencia.
- Más de 3 parejas sexuales.
- Promiscuidad.
- Partos vaginales.
- Infección por VPH.
- Tabaquismo.
- Factores hormonales.

Anticoncepción Hormonal

Entre las mujeres usuarias de anticonceptivos orales, el riesgo de CaCu aumenta con el incremento en la duración del uso (riesgo relativo —RR— para cinco años

o más comparado con no usuarias. El riesgo disminuye al mismo nivel de las no usuarias después de 10 años de suspender el uso.

Tabaquismo.

Altas concentraciones de los constituyentes del tabaco en el moco cervical y las concentraciones séricas han mostrado una evidencia biológica en el desarrollo del CaCu. Se ha observado que la fracción del DNA en fase-S (como una medida de proliferación) estuvo correlacionada con la cantidad de cigarrillos fumados y el nivel sérico de progesterona

Inicio de la vida sexual antes de los 18.

Se asoció con un exceso de riesgo que es entre 1.5 y 5 veces mayor y no mostró una relación lineal; de manera correlacionada, el primer embarazo en menores de esa edad presenta un impacto similar en el riesgo. Así mismo, los embarazos múltiples (más de tres) elevan significativamente el riesgo. (Hernández Hernández, Apresa-García, & Patlán Pérez, 2015)

FISIOPATOLOGIA

El VPH penetra las células supra basales del epitelio cervical donde por transcripción y represión viral de sus genes tardíos L1 y L2 se sintetiza, esta represión es la que permite al virus escaparse del reconocimiento y la vigilancia inmune del huésped.

Como el VPH infecta queratinocitos no puede alcanzar los órganos linfoides regionales y las células de Langerhans a cargo de la inducción de la inmunidad de células T dependientes, una vez infectadas con VPH no demuestran la expresión genética viral.

Un número alto del aclaramiento de infecciones por VPH y lesiones pre malignas VPH positivos; indica en general, que la respuesta inmune producida por las células de Langerhans como presentación de células antigénicas en el epitelio es capaz de producir una respuesta inmune eficiente contra el VPH. (Alfaro Castro & Fournier Pérez, 2013)

La ignorancia del huésped por la infección de VPH permite que este virus replique su ciclo y de paso a VPH persistente, mientras el VPH progresa su programa de replicación también progresa. Las proteínas tempranas E6 y E7 que son elementos para el proceso de transformación, causan que las células epiteliales no hagan apoptosis. Estas proteínas son producidas en todas las fases del ciclo de vida del VPH, mientras que las proteínas tardías L1 y L2 no son producidas hasta que el virus se encuentre en la mayor parte de la superficie del epitelio, estas células infectadas se liberan al descamarse la superficie epitelial. (Alfaro Castro & Fournier Pérez, 2013)

La mayoría de las infecciones por VPH van a ser eliminadas o aclaradas por el sistema inmune. En un estudio donde un grupo de mujeres VPH ADN positivas fueron valoradas, se vió que un 80.7% de estas mujeres se aclaró la infección en un periodo aproximado de 19 meses, pero para aquellas con infección por VPH 16 el periodo aproximado de aclaramiento fue de 22 meses. Aquellos subtipos de VPH no oncogénicos son aclarados en un periodo aproximado de 5 meses, los subtipos oncogénicos son aclarados en un periodo de 8 a 12 meses. La edad no influyó en la eliminación del virus. (Homan, Kamps, & Smedts, 2009)

La regresión espontánea de las lesiones intraepiteliales de bajo grado (NIC I) ha sido reportada por diversos autores entre el 26 y el 83 % cuando el diagnóstico ha sido hecho por histología y entre el 6 y el 60 % cuando es por la citología. El diagnóstico se realiza por citología, la regresión se produce en el 72,7 % y una progresión del 9,1 %. (4) Se considera que desde el punto de vista colposcópico, la curación es de 95% (Canul, Suárez, Suárez, & González, 2013)

CITOLOGIA CERVICAL

Frotis de Papanicolaou: Desde 1940 ha sido una útil herramienta para el diagnóstico de cáncer cervical. (Alfaro Castro & Fournier Pérez, 2013)

La citología cervical tiene una sensibilidad del 39%, con una especificidad del 70%, con un valor predictivo positivo de un 86% y un valor predictivo negativo del 18% (Sanchez, Olivares, Contreras, & Diaz, 2013)

En la norma oficial mexicana 014-SSA 2ª-1994 se establece que la citología cervical se realizará cada tres años en aquellas mujeres con dos citologías previas anuales consecutivas, con resultado negativo a infección por Virus del Papiloma Humano, displasias o cáncer; las mujeres con los problemas anteriores, serán objeto de un seguimiento en una clínica de displasias y, cuando sean dadas de alta, reiniciarán la periodicidad anual. (Secretaría de Salud, 1994)

Papanicolaou	OMS	Richart	Reagan	Bethesda
Clase I	Normal	Normal	Normal	Normal
Clase II	Normal	Atipia coliocítica Condiloma Plano, Sin cambios epiteliales	Atipia	Dentro de los límites normales Cambios inflamatorios Benignos ASCUS-AGUS
Clase III	Displasia leve	NIC I		LEIBG

	Displasia Moderada	NIC II		LEIBG
	Displasia Severa	NIC 3		LEIAG
Clase IV	Carcinoma Insitu	Carcinoma Insitu		LEIAG
Clase V	CaCu invasor	CaCu Invasor		CaCu Invasor

Nota: LEIAG: Lesión Escamosa Intraepitelial Alto Grado; LEIBG: Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado; NIC: Neoplasia Intraepitelial Cervical ; ASCUS: Atipia Escamosa de Significado Indeterminado.

Atipia Escamosa de Significado Indeterminado (ASCUS)

Este término recoge aquellos casos en los que las alteraciones celulares son bastantes acusadas pero, bien por las características de la extensión (inflamación, hemorragia, etc.), o por la escasez de las células, no pueden considerarse totalmente conclusivas. Es decir, cuando hay alteraciones no conclusivas pero muy sugestivas de una lesión intraepitelial de alto grado.

Las atipias de células escamosas de significado indeterminado (ASCUS) constituyen la anomalía citológica más frecuente y corresponden a cambios celulares que no son lo suficiente relevantes para catalogarlos como displasia , pero tampoco son un patrón de normalidad, incluyen crecimiento nuclear dos y media a tres veces el de las células escamosas intermedias normales, con un aumento de la relación núcleo-citoplasma, variación en tamaño y forma, en algunos casos binucleación (Garcia-Perlaza, Amaya-Guio, & Naranjo, 2011)

Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado (LEIBG)

La infección persistente por el virus del papiloma humano, hace posible el crecimiento productivo de este patógeno en las células epiteliales (basales o para basales) inmaduras, agrupan infecciones por VPH, NIC I y lesiones tempranas (Alaniz, Ortuno, & Cruz, 2011)

Las características vasculares, como el punteado fino y los mosaicos finos en las zonas acetoblancas, pueden asociarse con NIC de bajo grado. (Keril & Morales, 2010)

Lesión Escamosa Intraepitelial de Alto Grado (LEIAG)

Las lesiones de alto grado representan cambios inducidos por la integración del ADN vírico en el de la célula anfitriona inmadura, la producción excesiva de las diversas oncoproteínas origina alteraciones estructurales, replicación celular descontrolada e inmortalidad celular. Agrupan NIC II y III, Ca insitu y lesiones precursoras. Mientras que el punteado grueso y los mosaicos gruesos en las zonas acetoblancas tienden a ocurrir en las lesiones de alto grado. (Keril & Morales, 2010)

Colposcopía

La indicación más común para la colposcopia es un resultado en las pruebas de tamizaje de PAP, y un elemento clave del examen colposcópico es la observación de las características del epitelio cervical después de la aplicación sucesiva de solución salina isotónica, solución de ácido acético del 3% al 5% y solución yodoyodurada de Lugol. (Keril & Morales, 2010)

Presenta una sensibilidad del 99%, especificidad del 43 %, valor predictivo positivo de 89.9%, valor predictivo negativo del 99% (Sanchez, Olivares, Contreras, & Diaz, 2013)

De acuerdo con Keril & Morales (2010) el diagnóstico colposcópico de la neoplasia cervical depende del reconocimiento de varias características principales:

- La intensidad (tonalidad).

- La acetoblancura.
- Los bordes.
- El contorno superficial de las zonas acetoblancas.
- Las características vasculares
- Los cambios cromáticos después de la aplicación de yodo (lugolización).

Biopsia

Diferenciar entre las lesiones intra-epiteliales de bajo grado, la metaplasia escamosa inmadura y las lesiones inflamatorias puede requerir una considerable destreza, y ante una duda de diferenciación debe indicarse una biopsia. (Keril & Morales, 2010)

Estudios sugieren que la biopsia por citología puede fallar hasta un 30-50% para detectar lesiones de alto riesgo, para mejorar el porcentaje, se debe tomar múltiples biopsias dirigidas de la lesión (Hui-CHia Liu, y otros, 2017)

La biopsia de la lesión cervical es el estándar de oro en el diagnóstico final, ella nos va a reportar el grado de la alteración celular del tejido (Alaniz, Ortuno, & Cruz, 2011).

JUSTIFICACION

Actualmente la población cuenta con múltiples factores de riesgo y una deficiencia en la detección temprana, aumentado la morbimortalidad; en este sentido, la norma oficial mexicana, establece que se requiere la toma de citología cervical a toda paciente mayor de 18 a con inicio de vida sexual.

El diagnóstico de ASCUS, se realiza para clasificar aquellas muestras que no cumplen con criterios para lesión escamosa intraepitelial de bajo o alto grado, por lo que se utiliza como una herramienta diagnostica de manera indiscriminada en los últimos tiempos.

Hoy en día, el Hospital General Tijuana se desconoce la proporción de pacientes con ASCUS que presentan un lesión escamosa intraepitelial de bajo o alto grado.

Por lo anterior, al realizar este estudio se pretende establecer la correlación entre el diagnóstico citológico de ASCUS y la presencia de lesiones localizadas por colposcopia y corroboradas por un reporte histopatológico. Así mismo, nos permitirá detectar las oportunidades de mejora en cada servicio. Se podría valorar la normatividad de continuar seguimiento de pacientes con diagnóstico citológico de ASCUS en unidad de salud ..

Con el fin de no sobresaturar el servicio de colposcopia y optimizar recursos.

HIPOTESIS

HIPOTESIS NULA

Clasificación de ASCUS en diagnóstico citológico es igual o mayor al 24 % a lesión escamosa intraepitelial de bajo y alto grado por colposcopia cervical en Hospital General Tijuana

HIPOTESIS ALTERNA

Clasificación de ASCUS en diagnóstico citológico es menor al 24 % a lesión escamosa intraepitelial de bajo y alto grado por colposcopia cervical en Hospital General Tijuana

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer la proporción de lesiones por ASCUS con presencia de lesión escamosa intraepitelial de bajo o alto grado en Hospital General Tijuana

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar variables asociadas al padecimiento de Lesiones Escamosas Intraepitelial de Bajo o Alto Grado.
2. Determinar la asociación de los factores de riesgo con el sufrimiento de Lesiones Escamosas Intraepitelial de Bajo o Alto Grado.

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo de estudio: Transversal

Universo de estudio:

Mujeres que acuden a la clínica de colposcopia del Hospital General Tijuana con diagnóstico citológico de ASCUS

Muestreo: Por conveniencia.

Tamaño de la muestra:

Tamaño de población: 200 anual

Proporción esperada: 2.00 %

Nivel de confianza 95%

Efecto de diseño: 1.0

Precisión %	Tamaño de la muestra
5.000	27
10.000	8

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Paciente que presenten diagnóstico citológico de ASCUS realizado en unidad de salud Tijuana
- Mujeres entre 18 y 65 a.

Criterios de exclusión

- Pacientes con biopsia cervical previa menor a 3 meses
- Pacientes en embarazo o puerperio.
- Pacientes con proceso infeccioso presente en el momento de la revisión
- Pacientes con citología particular.

VARIABLES

Variable dependiente

- LEIBG

Variables independientes

- Edad:
- Escolaridad:
- IVS:
- PS:
- Paridad
- Tabaquismo:
- Métodos Anticonceptivos,
- Inmunocompromiso:
- Enfermedades cronicodegenerativas
- Antecedentes heredofamiliares directos de CaCu
- Enfermedades transmisión sexual.

Descripción de variables

Variable	Definición	Escala
Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado	Se denomina lesión intraepitelial escamosa (LIE) de bajo grado cuando se encuentran células levemente anormales en la superficie del cuello uterino y es causada por el VPH	En escala categórica
Lesión Escamosa intrapitelial de Alto grado:	Se refiere a cambios moderados a severos en las células del cuello uterino encontrados en un examen de Papanicolaou o citología vaginal	En escala categórica
ASCUS	Presencia de células escamosas atípicas de significado indeterminado	En escala categórica
Diagnóstico Colposcópico	Diagnóstico emitido mediante un examen visual del conducto vaginal y del cuello uterino mediante un aparato óptico que amplifica las imágenes.	En escala categórica
Citología:	Prueba diagnóstica en la que se examinan células del cuello uterino. El cuello del útero, también conocido como cérvix, es la parte inferior y más estrecha del útero y está localizado al final de la vagina.	escala categórica.
Edad	Años cumplidos al momento de la realización del procedimiento	escala cuantitativa discreta.
Escolaridad:	Escolaridad cursada al momento de la realización del estudio.	En escala cuantitativa discreta.
Inicio de vida sexual:	Edad de la primera relación sexual	En escala cuantitativa discreta
Parejas Sexuales:	Número de parejas sexuales al momento de la realización del estudio.	escala cuantitativa discreta
Tabaquismo:	Consumo de cigarrillo a lo largo de la vida.	En escala cuantitativa discreta
Métodos Anticonceptivos	Métodos anticonceptivos usados a lo largo de la vida sexual al momento del estudio.	En escala categórica

Inmunocompromiso:	Pacientes con enfermedad que comprometa el sistema inmunológico.	En escala categórica
Enfermedades crónico degenerativas:	Pacientes que presentes patología crónico degenerativa al momento de la revisión	En escala categórica.
Antecedentes heredofamiliares directos de CaCu	Familiar de línea materna directo con diagnóstico de CaCu, madre, hermana, tía materna.	Escala categórica.

Análisis estadístico:

- Variables cuantitativas, se describirán por dispersión y será utilizada la prueba no paramétrica de correlación de Spearman
- Variables cualitativas se describirán por cálculo de proporciones y la prueba Chi cuadrada para la determinación de asociaciones.

PROCEDIMIENTO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

El paciente acude al servicio de colposcopia con resultado positivo en citología, procediendo a realizar examen colposcopico detallado y toma de biopsia cervical.

TOMA DE COLPOSCOPIA

Se coloca a la paciente en posición ginecológica, se procede a colocar espejo vaginal hasta localizar cérvix, se procede a colocar lente óptico de aumento, se procede a colocar solución fisiológica con ayuda de hisopo de algodón, y se procede a colocar filtro óptico verde o azul con el fin de visualizar alteración en la morfología vascular, posteriormente al retirar el filtro, se coloca con igual ayuda de hisopo Ácido Acético diluido al 10% en cérvix, para visualizar zona de transformación y posible, alteración en la misma, en caso de presentar alteración, se procede a toma de biopsia con piza de Tischler, (en caso de biopsia se coloca

taponamiento vaginal con 4 gasas por una duración de 4 hrs), posteriormente se retira espejo vaginal y se da por terminada la exploración.

Posterior a la colposcopia se realiza un diagnóstico colposcópico y contrasta con resultado de biopsia. Una vez obtenido el resultado de biopsia se procederá a vaciamiento de datos en una hoja de Excel, bajo el resguardo de la investigadora principal y bajo la supervisión de la asesora.

Consideraciones éticas y prevención de riesgo

La investigación se apegó a las disposiciones establecidas en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. título segundo, capítulo I, artículo 13, 14 fracción I; VI; y VII, artículo 16, 17 fracción II y artículo 21 (Secretaría de Salud, 1987)

Artículo 13. Se establecieron normas de respeto durante el desarrollo de la entrevista y de todos los procedimientos, estas se efectuaron en un marco de respeto al principio de la dignidad humana, derecho a ser informado acerca de la naturaleza del estudio, el derecho de no participar y de las responsabilidades del investigador.

Artículo 14. Fracción I. Se contó con consentimiento informado y por escrito del participante.

Artículo 14. Fracción VI. La investigación se realizó por profesionales de medicina con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano contando con los recursos necesarios que garantizaron el bienestar del sujeto de investigación

Artículo 14. Fracción VII. Se contó con dictamen favorable de las comisiones de investigación y ética

Artículo 16. Se protegió la privacidad del paciente llevando a cabo entrevistas en área privada.

Artículo 21. Fracción I, II, VI, VII, VIII y IX. Se le dio una explicación clara y precisa al participante acerca del propósito de la investigación, procedimientos que se realizaron y la garantía de que recibiría respuestas adecuadas a cualquier pregunta o duda sobre el estudio. El participante tuvo la libertad de retirarse en

cualquier momento, sin que esto le perjudicara. El participante contó con la seguridad de no ser identificado y de que se mantuvo la confidencialidad de la información que proporcionó.

Resultados

El presente estudio contó con la colaboración de 41 pacientes de sexo femenino, mismas que reportan una edad promedio de 46.6 ($DE=12.09$) años, donde la más joven cuenta con 21 y la mayor con 72; así mismo, se obtuvo que en promedio han iniciado su vida sexual a los 16.85 ($DE=3.75$) años de edad. Adicionalmente, 18 (43.9%) no utilizan métodos anticonceptivos, 15 (36.6%) utilizan OTB y 7 (17.1) hacen uso de métodos hormonales.

De igual forma, se ha informado que las pacientes han tenido una cantidad media de parejas sexuales de 2.61 ($DE=2.77$). Aunado a lo anterior, en la tabla 1 es posible observar los resultados relacionados con sus antecedentes géstales. El promedio de gestas fue de 3.66, con una desviación estándar de 1.82 con un máximo de 9, partos vaginales promedio de 2.73 ($DE=2$), en cuanto a las cesárea promedio fue de 0.61 ($DE=0.83$)

En lo que respecta a las Lesiones Escamosas Intraepitelial, mismas que fueron detectadas mediante un Diagnóstico Colposcópico, fueron detectas 7 (17.1%) pacientes con LEIBG; sin embargo, al realizar el procedimiento de extracción de tejido para su análisis (biopsia), solo fueron corroborados 5 (12.19%), los otros 2 (4.8%) obtuvieron resultados negativos, es decir contradicen el dictamen previo. Cabe aclarar que la biopsia fue realizada al total de la muestra y con este examen se logró detectar una paciente que anteriormente no había sido diagnóstica con la lesión mencionada. Al final se obtuvo una cantidad de 6 (14.6%) con LEIBG confirmado y ningún caso de LEIAG.

Por otra parte, con el objetivo de determinar variables que permitan la caracterización e identificación de variables asociadas a pacientes con LEIBG se aplicó la prueba no paramétrica de correlación de Spearman para dicho fin. En la tabla 2 es posible observar que como la cantidad de Parejas Sexuales es una variable asociada al sufrimiento de LEIBG; así mismo, dicha cantidad se relaciona con los años de Inicio de la Vida Sexual.

Adicionalmente, se aplicó la prueba chi-cuadrada para identificar la asociación entre los factores de riesgo y variables atributivas con el padecimiento de LEIBG (determinado por biopsia). Se ha encontrado que los resultados del diagnóstico colposcópico y el registro de alteraciones inflamatorias son variables asociadas.

Tabla 3. Variables cualitativas asociadas al padecimiento de LEIBG

Variables	Categorías	LEIBG				X2	p
		No		Si			
		n	%	n	%		
Diagnóstico colposcópico	LEIGB	2	28.6	5	71.4	21.7	.001
	Alteración inflamatoria	33	97.1	1	2.9		
Tabaquismo	No	26	81.3	6	18.8	1.97	.202
	Si	9	100	0	0		
Diabetes	No	27	84.4	5	15.6	.11	.735
	Si	8	88.9	1	11.1		
Hipertensión	No	22	84.6	4	15.4	.03	.620
	Si	13	86.7	2	13.3		
Obesidad	No	31	83.8	6	16.2	.76	.383
	Si	4	100.0	0	0.0		
ETS	No	31	83.8	6	16.2	.76	.383
	Si	4	100.0	0	0.0		
Familiares con CaCu	No	33	84.6	6	15.4	.36	.548
	Si	2	100.0	0	0.0		
Alteraciones inflamatorias	No	5	45.5	6	54.5	19.16	.000
	Si	30	100.0	0	0.0		
Alteraciones por atrofia	No	31	83.8	6	16.2	.76	.383
	Si	4	100.0	0	0.0		

N= Cantidad de pacientes, %= porcentaje, X²= estadístico Chi cuadrada, p= significancia

DISCUSIÓN

El diagnóstico de ASCUS puede identificar a una mujer que tiene un riesgo mayor de lo normal para LEIBG o LEIAG, en estudios previos se ha delimitado entre 20 a 60% de los ASCUS cambios con CIN en evaluación colposcopia, sin embargo la mayoría de estas alteraciones >70% son cambios histológicos por virus del VPH, en nuestro estudio se reportó una disminución importante en la estadística comentada, con menor prevalencia de lesiones escamosas intraepiteliales.

En el trabajo publicado de Lachman y Cols con 560 biopsias de pacientes con ASCUS, 357 (63,8%) fueron benignas, 109 (19,5%) lesiones de bajo grado y 94 (16,8%) de alto grado, en nuestro estudio no se reportaron pacientes con diagnóstico de LEIAG, resultado que concuerda con el estudio Alanen.

Se considera inicio precoz de las relaciones sexuales cuando sucede a los 16 años o menos. En las adolescentes, la inmadurez de la zona de transformación cervical las hace más vulnerables a la infección por el virus de papiloma humano (VPH), como factor estrechamente relacionado con los cambios observados en las citologías reportadas como ASCUS.

Aunque la mayoría de las infecciones por VPH son pasajeras, y el virus es eliminado por el sistema inmune de las pacientes en unos pocos meses sin dejar daños, este puede persistir sobre todo en mujeres mayores de 35 años.

Teniendo en cuenta que en este estudio la mayoría de las pacientes tenían edades próximas o superiores a 35, el inicio precoz de las relaciones sexuales es un factor que indica la necesidad de su seguimiento en consulta.

Con relación a la multiparidad, se plantea que es probable sea el reflejo de la exposición prematura a una vida sexual activa. Un casamiento anticipado, un primer embarazo a edad temprana, la inestabilidad marital, y consecuentemente tener múltiples parejas sexuales, son factores que se encuentran estrechamente relacionados. En nuestra muestra a diferencia de los estudios previamente publicados, no hubo una relación con el número de parejas sexuales y la prevalencia de lesiones intraepiteliales.

Conclusiones

El porcentaje de pacientes diagnosticadas por medio de colposcopia cervical para la determinación de Lesiones Escamosas Intraepitelial de Bajo y Alto Grado son menores al 24%, por lo cual se rechaza la hipótesis anula y se acepta la alterna. Se sabe que el diagnóstico de ASCUS, se encuentra actualmente en sobre uso, donde lo confirmamos presentándose únicamente un 12.19% de las pacientes con diagnostico final de Lesión Escamosa Intraepitelial, mostrándose significativamente menor al documentado en la literatura.

Por otra parte, en cuanto a las variables que asociadas al padecimiento de LEIBG se han detectado diferentes asociaciones indirectas al padecimiento, esto sería un indicio para la determinación de modelos de explicación causales de tal forma que sean predecibles dichas lesiones; es decir, si la paciente presenta algunas características identificadas tendrá ciertas probabilidades a ser susceptible a padecer Lesiones Escamosas Intraepitelial.

A pesar de que en los estudios publicados se muestra una importante correlación entre los factores de riesgo y la aparición de LEIBG, en nuestro estudio no se mostró correlación, la cual puede ser derivada a una baja muestra para valorar dichos factores, así como el nivel socioeconómico de la paciente que pudieron sesgar algunas respuestas como el inicio de la vida sexual o el numero verdadero de parejas sexuales.

Ante estos resultados establecidos, podemos concluir que contamos con un adecuado servicio de diagnóstico oportuno mediante la citología cervical, al no presentar paciente con diagnóstico de LEIAG y manteniéndonos por debajo del

porcentaje promedio de diagnóstico de LEIBG en pacientes con ASCUS, lo que nos permitirá contribuir a la normatividad, se continuará seguimiento de pacientes con ASCUS en unidad de salud mediante citología cervical semestral, con el fin de no saturar servicio de colposcopia de Hospital General Tijuana y optimizar recursos.

Aunado a lo anterior, para futuras réplicas que pretendan profundizar en la temática, es recomendable considerar variables socioculturales, donde sean investigadas características propias del contexto de las pacientes, esto debido a los resultados que fueron encontrados en esta investigación donde la vida sexual comienza en edades tempranas y es aquí donde la educación sexual pudiera jugar un rol transcendental.

Finalmente, es importante considerar que el estudio contó con una serie de limitantes, donde para poder subsanarlas en futuras replicas se realizan las siguientes recomendaciones:

- Aumento significativo de la muestra.
- Utilizar escalas de medición intervalares o de razón.
- Aplicación de métodos paramétricos causales.
- Plantear la indagación del fenómeno por medio de metodologías cualitativas para la profundización y comprensión.

Bibliografía

- Alaniz, A., Ortuno, M., & Cruz, M. (2011). Lesiones escamosas intraepiteliales bajo grado y su correlacion citocolpohistologica. *Rev Facultad Medicina UNAM*, 13-17.
- Alfaro Castro, A., & Fournier Pérez, M. (2013). Visrus del Papiloma Humano. *Rev. Med. de Costa Rica y Centro America LXX*, 211-2017.
- Canul, C., Suárez, G., Suárez, N., & González, M. R. (2013). Eficacia del manejo electroquirurgico con asa diatérmica para eliminar el virus papiloma causante de lesiones cervicales. *Rev Peruana de Ginecologia y Obstetricia*, 115-117.
- Concha, M. (2007). Diagnóstico y terapia del virus papiloma humano. *Rev Chil Infectologia*, 209-214.
- Fuente Villareal, D., Guzman López, S., Barboza Quintana, O., & González Ramírez, R. (2010). Biología del Virus del Papiloma Humano y Técnicas de Diagnóstico. *Rev MED Universitaria*, 233, 234.
- Garcia-Perlaza, C., Amaya-Guio, J., & Naranjo, E. (2011). Prevalencia de lesion escamosa intraepitelial de cervix en paciente con diagnostico de atipica escamosa de signicado inteterminado, en una instotucion de complejidad media de Bogota, Colombia. *Investigacion Original*, 124-128.
- Hernández Hernández, D., Apresa-García, T., & Patlán Pérez, R. (2015). Panorama epidemiológico del Cancer cervicouterino. *REv Med Inst MEx Seguro Social*, 54,55,56.
- Homan, A., Kamps, M., & Smedts, F. (2009). PV in situ hybridization: impact of different protocols on the detection of integrated HPV. *Int J Cancer*, 419-28.
- Hui-CHia Liu, A., Walker, J., Gage, J., Gold, M., Zuna, R., & Dunn, T. (2017). Diagnosis of cervical precancers by endocervical curettage at colposcopy of women with abnormal cervical cytology. *Obstetrics & Gynecology*, 1218-1225.
- INCan. (2011). Cancer Cervicouterino. *OncoGuia*, 62.
- Keril, C., & Morales, J. (2010). Lesiones Intra-epiteliales de bajo grado. *Rev Med de Costa Rica y Centroamerica*, 43-50.
- More, A., Moya, C., Pino, F., Galvez, A. M., & Espinoza, M. L. (2013). Comportamiento de las lesiones intraepiteliales de alto grado en la consulta de patologia de cuello. *Rev Cubana de Obstetricia y Ginecologia*, 354-367.
- Salud, S. d. (2010). prevencion y deteccion oportuna del cancer cervicouterino en el primer nivel de atencion. *GPC*, 2.

Sanabria Negrin, J. (s.f.). Virus del Papiloma Humano.

Sanchez, F., Olivares, A., Contreras, A., & Diaz, M. (2013). Certeza diagnostica de la colposcopia, citologia e histologia de las lesiones intraepiteliales del cervix. *Rev investigacion Med Sur MEx*, 95-99.

Secretaría de Salud. (1994). NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-014-SSA2-1994, PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE CÁNCER DEL CUELLO DEL ÚTERO Y DE LA MAMA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA.

Secretaría de Salud. (2010). *Prevencion y deteccion oportuna del cancer cervicouterino en el primer nivel de atencion*.

Secretaria de Salud. (2016). *Actualizacion informe 2016*.

Sellors, J. W. (2016). La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: . *OMS*, 2.

Tuovar, M. A. (2013). Cancer Cervicouterino. *Guías Diagnosticas HGM*, 2.

Zaldivar, G., Martin, F., Sosa, C., Avila, J., & Loret, M. (2012). Cancer cervicouterino y virus de papiloma humano. *Rev Chil Obstetricia Ginecologia*, 315-321.

ANEXOS

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Datos descriptivos relacionados con gestaciones históricas ... 33

Tabla 2. Variables relacionadas con el padecimiento de LEIBG 33

Tabla 3. Variables cualitativas asociadas al padecimiento de LEIBG 34

Tabla 1. Datos descriptivos relacionados con gestaciones históricas

	Promedio	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Gestas	3.66	1.82	0	9
Partos vaginales	2.73	2	0	7
Cesáreas	.61	.83	0	3
Abortos	.32	.52	0	2

Tabla 2. Variables relacionadas con el padecimiento de LEIBG

	<i>x</i>	<i>DE</i>	1	2	3	4	5	6
LEIBG	-	-	-.263	.150	.034	-.326*	-.051	-.024
1. Edad del participante	46.61	12.09	-	-.021	-.392*	-.027	.430***	.486***
2. Inicio de vida sexual	16.85	3.76		-	.270	-.567***	.014	-.035
3. Escolaridad	1.73	.89			-	-.021	-.364*	-.315*
4. Parejas sexuales	2.61	2.77				-	-.040	-.193
5. Gestas	3.66	1.82					-	.844***
6. Partos vaginales	2.73	2						-

X= media, promedio; *DE*= Desviación estándar

p*<.050, *p*<.010, ****p*<.001

Tabla 3. Variables cualitativas asociadas al padecimiento de LEIBG

Variables	Categorías	LEIBG				X2	p
		No		Si			
		n	%	n	%		
Diagnóstico colposcópico	LEIGB	2	28.6	5	71.4	21.7	.001
	Alteración inflamatoria	33	97.1	1	2.9		
Tabaquismo	No	26	81.3	6	18.8	1.97	.202
	Si	9	100	0	0		
Diabetes	No	27	84.4	5	15.6	.11	.735
	Si	8	88.9	1	11.1		
Hipertensión	No	22	84.6	4	15.4	.03	.620
	Si	13	86.7	2	13.3		
Obesidad	No	31	83.8	6	16.2	.76	.383
	Si	4	100.0	0	0.0		
ETS	No	31	83.8	6	16.2	.76	.383
	Si	4	100.0	0	0.0		
Familiares con CaCu	No	33	84.6	6	15.4	.36	.548
	Si	2	100.0	0	0.0		
Alteraciones inflamatorias	No	5	45.5	6	54.5	19.16	.000
	Si	30	100.0	0	0.0		
Alteraciones por atrofia	No	31	83.8	6	16.2	.76	.383
	Si	4	100.0	0	0.0		

N= Cantidad de pacientes, %= porcentaje, X²= estadístico Chi cuadrada, p= significancia

Carta de consentimiento informado

Estimada Señora:

Introducción/Objetivo:

El Instituto Nacional de Salud Pública está realizando un proyecto de investigación en colaboración con la Dra. Stephanie Muñoz Casarez. El propósito del estudio es conocer la prevalencia de lesiones de bajo y alto grado en pacientes con diagnóstico de ASCUS en Hospital General Tijuana, con el fin de dar recomendaciones a las unidades médicas que forman parte de los servicios estatales de salud en el municipio de Tijuana. El estudio se está realizando en el Hospital General Tijuana perteneciente al Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California de la Secretaría de Salud.

Procedimientos:

Si Usted acepta participar en el estudio, ocurrirá lo siguiente:

La información se obtendrá en su mayoría de su expediente clínico, de la atención brindada en el servicio de colposcopia, y de manera adicional le haremos algunas preguntas acerca de su algunos antecedentes de importancia para el diagnóstico establecido. La entrevista tendrá una duración aproximada de 10 minutos. La entrevista se podrá llevar a cabo en diferentes áreas de atención médica del hospital (tococirugía, colposcopia, hospitalización), en un horario entre las 8 a.m. y 14 p.m. Le aclaramos que la entrevista será realizada por personal capacitado.

Posterior a interrogatorio, se realizará colposcopia, que consiste en realizar, un estudio similar al Papanicolaou, donde se empleara un microscopio para mayor visualización de posibles lesiones en el cuello de su matriz, precursoras de cáncer.

Posteriormente en caso de que usted presente una lesión en el cuello de su matriz se tomara biopsia, con una pequeña pinza, la cual es indolora o puede presentar mínimas molestias.

Beneficios: Usted recibirá un beneficio directo que consiste en un resultado con mayor certeza diagnóstica y estará colaborando con el Hospital General Tijuana para mejorar la calidad de atención médica en mujeres en área de colposcopia y medicina preventiva en la Secretaría de Salud.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificada con un número e iniciales y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificada.

Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Si alguna de las preguntas le hiciera sentir un poco incomoda, tiene el derecho de no responderla. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted.

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en la atención de su patología en el Hospital General Tijuana u otra unidad médica de la Secretaría de Salud.

Números a Contactar: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con la investigadora responsable del proyecto: Dra. Stephanie Muñoz Casarez al siguiente número de teléfono (664) 179-7422 en un horario de 8 a.m. – 14 p.m.

Nombre del participante:		Fecha:	
_____		_____	
		Día / Mes / Año	
Firma: _____			
Nombre	Completo	del	Testigo
1: Fecha:			
_____		_____	
Dirección		Día / Mes / Año	

Firma: _____		Telefono _____	
Relación con el participante _____			
Nombre	Completo	del	Testigo
2: Fecha:			
_____		_____	
Dirección		Día / Mes / Año	

Firma: _____			
Relación con el participante _____=			
Nombre de la persona que obtiene el consentimiento		Fecha:	
_____		_____	
		Día / Mes / Año	

Hoja de captura de datos

		No. Folio. _____			
Iniciales:	_____				
Diagnóstico Colposcópico:	1. LEIBG	_____			
	2. LEIAG	_____			
	3. Alteraciones Inflamatorias	_____			
Edad:	_____				
Escolaridad:	0. Sin escolaridad	_____			
	1. Primaria	_____			
	2. Secundaria	_____			
	3. Preparatoria	_____			
	4. Licenciatura	_____			
IVS	_____				
PS	_____				
Paridad	G	P	C	A	
Tabaquismo	Sí	_____	No	_____	
Tabaquismo	Actual	_____	Previo	_____	
Enfermedad crónico-degenerativa	DM	_____			
	HAS	_____			
	Obesidad	_____			
	Otros	_____			
	No	_____			
Inmunocompromiso	Sí	_____	No	_____	
Antecedentes heredofamiliares directos con CaCu	Sí	_____	No	_____	
ETS	Sí	_____	No	_____	
Métodos Anticonceptivos	DIU	_____			
	Hormonales	_____			
	OTB	_____			
	Ninguno	_____			
Diagnóstico histopatológico	LEIBG	_____			
	LEIAG	_____			
	Alteraciones inflamatorias	_____			
	Alteraciones por atrofia	_____			
	Negativo a malignidad	_____			

DICTAMEN PROTOCOLO



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



ENTIDAD: INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD
PÚBLICA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA.
SECCIÓN: HOSPITAL GENERAL TIJUANA
SUBSECCIÓN: DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA
NÚMERO DE CONBIOÉTICA:
CONBIOÉTICA02CEI001-20170526
NÚMERO DE OFICIO: 106

ASUNTO: DICTAMEN DE PROTOCOLO

Tijuana Baja California a 18 de diciembre de 2018

DICTAMEN DE PROTOCOLO

Título: " Conocer la proporción de lesiones por ASCUS con presencia de lesión escamosa Intraepitelial de bajo o alto grado en Hospital General Tijuana ".

Nombre de Residente: Dra. Stephanie Muñoz Casarez
Opta por el grado: Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Director de Tesis: Dra. Ana Elizabeth Medrano Urena
Dra. Guadalupe Duarte Arenas

Después de una evaluación rigurosa por parte de todos los miembros del Comité de Ética en Investigación de la tesis antes mencionada, se concluye:

DICTAMEN:

SE APRUEBA SIN CORRECCIONES	(X)
SE APRUEBA CON CORRECCIONES	()
NO SE APRUEBA	()

COMENTARIO GENERAL:

Se trata de una tesis adecuada para la titulación, los resultados obtenidos serán muy interesantes. Se realizan sugerencias y se autoriza para su realización. Con las siguientes consideraciones.

Comité de Ética en Investigación Avenida Centenario 10851
Zona Rio CP 22320 tel 664 6342624.



75
AÑOS
1943-2018

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



ENTIDAD: INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD
PÚBLICA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA.
SECCIÓN: HOSPITAL GENERAL TIJUANA
SUBSECCION: DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA
NÚMERO DE CONBIOETICA:
CONBIOETICA02CEI001-20170526
NÚMERO DE OFICIO: 106

COMENTARIOS ESPECIFICOS:

1. Imprimir una cuartilla por hoja.
2. Dar una última revisión a la gramática y puntuación.
3. Imprimir una tabla, gráfica y/o figura por hoja.
4. Realizar un índice de tablas, figuras y gráficas.

Se avala esta decisión por parte del Departamento de Enseñanza y se extienden los comentarios emanados de la misma.

Atentamente:

Dr. Eugenio Ocegüera López
Presidente de Comité Ética en Investigación

Dra. Bianca Elisa García Fragoso
Jefe de Enseñanza e Investigación

HOSPITAL GENERAL
DE TIJUANA, B. C.

18 DIC 2018

RECIBIDO
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA

c.p. Asesor de Tesis, Jefe de Servicio, Titular de Curso
c.p. Archivo

Comité de Ética en Investigación Avenida Centenario 10851
Zona Rio CP 22320 tel 664 6342624.

