



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS EN PACIENTES PREVIO AL DIAGNOSTICO DE DISPLASIA CERVICAL

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de la

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
Presenta:

Méd. Gral. Roció Fernanda Quezada Del Ángel

Dirigido por:
M.I.M.S.P. Roxana Gisela Cervantes Becerra

Querétaro, Qro. a marzo 2025

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:



Atribución — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



SinDerivadas — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad en Medicina Familiar

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS EN PACIENTES, PREVIO AL DIAGNOSTICO DE DISPLASIA CERVICAL

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la

Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Roció Fernanda Quezada Del Ángel

Dirigido por:

M.I.M.S.P. Roxana Gisela Cervantes Becerra

M.I.M.S.P Roxana Gisela Cervantes Becerra

Presidente

Mtra. Ma. Azucena Bello Sánchez

Secretario

Mtro. Omar Rangel Villicaña

Vocal

Med. Esp. Olga Reyes Mendoza

Suplente

Med. Esp. María del Rosario Romo Rodríguez

Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.

Marzo 2025.

México.

Resumen

Introducción: El cáncer de cuello uterino es un problema de salud pública siendo la principal causa las infecciones por el VPH. En recientes estudios se ha observado que el uso prolongado de anticonceptivos hormonales y dispositivos intrauterinos está asociado al desarrollo displasias cervicales. Por lo tanto, en esta investigación se buscó describir cuales son los métodos anticonceptivos que han sido mayormente utilizados en pacientes con displasia cervical que puedan servir como soporte para informar y facilitar la elección del método valorando correctamente los beneficios como inconvenientes. **Objetivo:** Determinar cuáles son los métodos anticonceptivos utilizados en pacientes, previo al diagnóstico de displasia cervical. **Materiales y métodos:** Estudio observacional descriptivo, incluyó 270 pacientes con diagnóstico de displasia cervical de 20 a 49 años usuarias del servicio de displasias del HGR1 IMSS Qro, se excluyeron a pacientes con discapacidad cognitiva, se eliminaron encuestas incompletas. Las variables de estudio fueron: edad, escolaridad, ocupación, estado civil, tabaquismo, número de embarazos, frecuencia del VPH, grado de displasia, tipo y tiempo de uso de métodos no hormonales, hormonales y permanentes. Se calculo tamaño de muestra con fórmula para proporciones de población infinita, se realizó muestreo no probabilístico por cuota. El análisis fue estadístico descriptivo. **Resultados:** El promedio de edad fue de 40-49 años con escolaridad secundaria en 35.6 %, empleadas 69%, casadas 37 %. Dentro de los factores de riesgo el 28% fumaba y en su mayoría fumaba menos de diez cigarros al día, el 81.5% contaba con menos de 3 embarazos, el 66.3% tenía una prueba de VPH positiva y de acuerdo con el grado de displasia el 69.3% contaba

con un NIC 1. Dentro de los métodos anticonceptivos las pacientes contaban con método permanente en un 35 % siendo la OTB el principal en un 35.6%, no hormonales 78.9%, donde el 46.3% utilizaban DIU de cobre y hormonales 40.7% donde el 14.4% utilizaban anticonceptivos orales combinados. El tiempo de uso fue de 0-5 años respectivamente. **Conclusiones:** En pacientes con displasia cervical el método de mayor uso son los no hormonales en un 78.9 % de la población, con tiempo de uso de 0-5 años.

Palabras clave: cáncer cervicouterino, métodos anticonceptivos.

Summary

Introduction: Cervical cancer is a public health problem, the main cause being HPV infections. In recent studies it has been observed that the prolonged use of hormonal contraceptives and intrauterine devices is associated with the development of cervical dysplasia. Therefore, in this research we sought to describe which contraceptive methods have been mostly used in patients with cervical dysplasia that can serve as support to inform and facilitate the choice of the method, correctly assessing the benefits and drawbacks. **Objective:** Determine which contraceptive methods are used in patients, prior to the diagnosis of cervical dysplasia. **Materials and methods:** Descriptive observational study, included 270 patients with a diagnosis of cervical dysplasia aged 20 to 49 years, users of the HGR1 IMSS Qro dysplasia service, patients with cognitive disabilities were excluded, incomplete surveys were eliminated. The study variables were: age, education, occupation, marital status, smoking, number of pregnancies, HPV frequency, degree of dysplasia, type and duration of use of non-hormonal, hormonal and permanent methods. Sample size was calculated with a formula for infinite population proportions; non-probabilistic quota sampling was carried out. The analysis was descriptive statistics. **Results:** The average age was 40-49 years with secondary education in 35.6%, employed 69%, married 37%. Among the risk factors, 28% smoked and the majority smoked less than ten cigarettes a day, 81.5% had less than 3 pregnancies, 66.3% had a positive HPV test and, according to the degree of dysplasia, 69.3% had a NIC 1. Among the contraceptive methods, the patients had a permanent method in 35%, with OTB being the main one in 35.6%, non-hormonal 78.9%, where 46.3% used copper IUDs and hormonal 40.7%. where 14.4% used combined oral contraceptives. The use time was 0-5 years respectively. **Conclusions:** In patients with cervical dysplasia, the most commonly used method is non-hormonal in 78.9% of the population, with use time of 0-5 years. **Keywords:** cervical cancer, contraceptive method

Dedicatoria

Dedico el resultado de este trabajo a toda mi familia. Principalmente, a mi esposo Ramon. Por su paciencia, comprensión, empeño, fuerza, amor, porque te amo.

Ramon, amor debo pedirte perdón porque has sufrido el impacto directo de las consecuencias del trabajo realizado. Realmente te agradezco que me ayudes a alcanzar el equilibrio que me permite dar todo mi potencial.

También a mis padres que me apoyaron, me contuvieron en los momentos malos y en los menos malos. Gracias por enseñarme a afrontar las dificultades sin perder nunca la cabeza ni morir en el intento.

Me han enseñado a ser la persona que soy hoy, mis principios, mis valores, mi perseverancia y mi empeño. Todo esto con una enorme dosis de amor y sin pedir nada a cambio.

Agradecimiento

Gracias Dra. Roxana Gisela Cervantes, Dra. Ma. Azucena Bello Sánchez, Dr. Omar Rangel Villicaña porque fueron la guía en este camino, a quiénes agradezco el trabajo que han hecho con cada uno de nosotros para poder culminar este gran proyecto.

Agradezco que, durante estos tres años me ha otorgado de su tiempo, apoyo y paciencia que a pesar de sus múltiples ocupaciones siempre estuvieron ahí para mí.

Agradezco por su paciencia, disposición y apoyo sobre sus palabras de ánimo cuando eran necesarias, por no dejarme abandonar la idea.

Índice

Tabla de contenido	Pagina
Resumen	i
Summary	iii
Dedicatoria	4
Agradecimiento	v
Índice	vi
Índice de cuadros	8
Abreviaturas y siglas	ix
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
III. Fundamentación Teórica	4
III. 1. Cáncer Cervicouterino	4
III.1.1 Definición:	4
III.1.2 Epidemiología del cáncer cervicouterino.....	4
III.1.3 Descripción de la enfermedad.....	5
III.1.4 Factores de riesgo	6
III.1.5 Sexualidad	6
III.1.6 Virus del papiloma humano.....	7
III.1.7 Fisiopatología.....	7
III.1.8 Ciclo de vida del VPH	8
III.1.9 Formas clínicas de infección por VPH	8
III.1.10 Transmisión del VPH	9
III.1.11 Diagnóstico	9

III.1.12 Tratamiento	10
III.1.13 Paridad	10
III.1.14 Número de parejas sexuales.....	11
III.1.15 Tabaquismo	11
III.1.16 Coinfección genital	11
III.1.17 Métodos de anticoncepción.....	11
III.1.17 Anticoncepción hormonal y tiempo de exposición.....	12
III.1.18 Dispositivo intrauterino	12
IV. Hipótesis	14
V. Objetivos.....	14
V. 1 Objetivo General.....	14
V.2 Objetivos específicos.....	14
VI . Material y métodos	15
VI.1 Tipo de investigación	15
VI.2 Población	15
VI.3 Muestra y tipo de muestreo	15
VI.3.1 Criterios de selección	16
VI.3.2 Variables estudiadas	16
VI.4 Técnicas e instrumentos.....	16
VI.5 Procedimientos:	17
VI.5.1 Análisis estadístico	17
VI.5.2 Consideraciones éticas.....	18
VII Resultados.....	19
VII.1 Perfil sociodemográfico	19
VII.2 Factores de riesgo	21
VII.2.1 Tabaquismo.....	21

VII.2.2 Número de embarazos	21
VII.2.3 Tipo de método anticonceptivo.....	22
VII.2.4 Virus del papiloma humano	24
VII.3 Grados de displasia	24
VII.6.4 Tipo de anticonceptivos no hormonales por grado de displasia	25
VII.6.5 Tiempo de uso de anticonceptivo no hormonal	26
VII.6.6 Tipo de anticonceptivo hormonal por grado de displasia.....	27
VII.6.7 Tiempo de uso de anticonceptivos hormonales por grado de displasia	28
VII.6.8 Tipo de anticonceptivo permanente por grado de displasia	28
VIII Discusión.....	29
IX Conclusiones	32
IX. PROPUESTAS	33
X. BIBLIOGRAFÍA	34
XI. ANEXOS.....	34

Índice de cuadros

Tabla 1. Perfil sociodemográfico de las pacientes con displasia cervical	20
Tabla 2. Tabaquismo de las pacientes con displasia cervical	21
Tabla 3. Número de embarazos de las pacientes con displasia cervical	21
Tabla 4. Tiempo de métodos no hormonales de las pacientes con displasia cervical	22
Tabla 5 Métodos Hormonales de las pacientes con displasia cervical.....	23
Tabla 6 Métodos Permanentes de las pacientes con displasia cervical	23
Tabla 7 Frecuencia del Virus del Papiloma Humano en pacientes con displasia	24
VII.3 Grados de displasia	24
Tabla 9 Tipo de anticonceptivo no hormonal por grado de displasia	25
Tabla 10 Tiempo de uso de anticonceptivo no hormonal.....	26
Tabla 11 Tipo de hormonal por grado de displasia	27
Tabla 12 Tiempo de uso de anticonceptivos hormonales por grado de displasia	28
Tabla 13 Tipo de anticonceptivo permanente por grado de displasia	28

Abreviaturas y siglas

ADN: Ácido desoxirribonucleico

ASCUS: Células escamosas atípicas de significado indeterminado

ATAD2: Proteína 2 que contiene dominio AAA de la familia ATPasa

CCU: Cáncer de cuello uterino

CIS: carcinoma in situ

CRNDE: Neoplasia colorrectal expresada diferencialmente

DIU: Dispositivo intrauterino

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

HGR1: Hospital General Regional 1

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

LEIAG: Lesión intraepitelial alto grado

LIE: Lesión intraepitelial escamosa

NOL7: proteína nuclear 7

NIC: neoplasia intraepitelial cervical

OTB: Oclusión Tubárica Bilateral

PCR: Reacción en cadena de la polimerasa

PIK3CA: Fosfatidilinositol-4,5-bisfosfato 3-quinasa

QRO: Querétaro

SPSS: Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales

VHS: Virus herpes simple

VPH: Virus del papiloma humano

I. Introducción

El cáncer de cuello uterino o cáncer cervical es un problema de salud pública mundial una realidad que hay que tomarse en cuenta para aquellos proyectos institucionales ya que se encuentra dentro del 4 lugar en mortalidad, estimándose 660 000 casos nuevos y 350,000 muertes en el año 2022 (WHO, 2024) .

La displasia cervical es la lesión precursora del cáncer de cuello uterino, en el que se observan alteraciones de las células cervicales sin llegar a adoptar características de malignidad.

En México la tasa de defunciones por CCU en el 2020 en mujeres de entre 30 y 59 años fue de 0.86 por cada 10,000 mujeres (INEGI 2021). Las entidades con mayor mortalidad ajustada por cáncer de cuello uterino son: Chiapas (19.7) Quintana Roo (17.7), Morelos (16.0), Yucatán (15.6), Veracruz (14.4) y Oaxaca (13.5) (Secretaría de salud, 2019).

Tomando en cuenta los múltiples factores de riesgo que intervienen en esta patología y sabiendo que el VPH representa el principal factor. Se ha observado en recientes estudios que el uso prolongado de anticonceptivos hormonales y dispositivos intrauterinos tanto de cobre como hormonales está asociado al desarrollo displasias cervicales (Roura,2014).

De acuerdo con la ENSANUT 2018 la proporción de mujeres que emplea anticonceptivos hormonales es del 8.3%, las que emplean DIU 7.1%.

Los servicios de planificación familiar instituidos oficialmente han sido un factor determinante en la reducción de la fecundidad y del ritmo de crecimiento de la población.

Asimismo, han contribuido a mejorar la salud reproductiva de la población, sin embargo, han aumentado el uso y el tiempo de duración de los métodos

anticonceptivos en las mujeres lo cual puede ser un factor de riesgo para desarrollar neoplasias cervicales con el fin de una reducción de la mortalidad materna y perinatal pero no se dejan de lado las consecuencias que tiene el uso prolongado de los métodos anticonceptivos.

En México no se han determinado las prevalencias de displasia cervical en diferentes tiempos de exposición a los diferentes tipos de dispositivos intrauterinos y los anticonceptivos hormonales de ahí se genera el interés de abordar este tema de investigación; derivado de la factibilidad de la cantidad de pacientes se realiza un estudio descriptivo, el cual permitirá tener información necesaria para conocer el fenómeno de estudio del uso de métodos de planificación familiar en pacientes con displasia y el tiempo de estudio que tenían de los mismos.

II. Antecedentes

Un estudio de cohorte retrospectivo realizado en Holanda en el año 2020, incluyeron mujeres de 29-44 años en el año 2005-2009 , las cuales fueron organizadas en subgrupos con al menos 5 años de uso registrado de anticonceptivos orales o DIU se compararon con los no usuarios en el cual se encontró que el tiempo de exposición a los anticonceptivos hormonales y a los dispositivos intrauterinos ha sido asociados a un incremento en el riesgo de desarrollar displasias y cáncer cervical (Loopik, 2020) .

Skorstengaard y colaboradores 2021 estudiaron la relación del tiempo de exposición a anticonceptivos hormonales orales, DIU de cobre y DIU hormonal, con el desarrollo de displasias cervicales. Encontraron que a mayor tiempo de exposición el riesgo relativo de LEIAG se incrementa.

De acuerdo con la ENSANUT 2018 la proporción de mujeres que emplea anticonceptivos hormonales es del 8.3%, las que emplean DIU 7.1% (Romero-Martínez, 2021).

En una Tesis elaborada por López Granados en el año 2016 en el Hospital San Juan de Lurigancho 2016, hace mención acerca del uso de métodos anticonceptivos ,se estima que el 74.6% usa algún método anticonceptivo de los cales el 53.3% representa a los métodos modernos y el 21.3% al método tradicional, siendo la inyección el método moderno específico utilizado (12.3%) así como la píldora (6%)⁸, es probable que exista relación entre estas estadísticas y la prevalencia de lesiones intraepiteliales (López Granados, 2016)

La presente investigación tiene como finalidad identificar cuáles son los métodos anticonceptivo-utilizados en pacientes con displasia cervical previo a su diagnóstico ya sea hormonal, parenteral o de barrera.

III. Fundamentación Teórica

III. 1. Cáncer Cervicouterino

III.1.1 Definición:

El cáncer cervicouterino (CCU) se define como aquella neoplasia maligna que afecta a las células que revisten el cuello uterino. La displasia cervical es la lesión precursora del cáncer de cuello uterino, en el que se observan alteraciones de las células cervicales sin llegar a adoptar características de malignidad.

III.1.2 Epidemiología del cáncer cervicouterino

La Secretaría de Salud de México define cáncer de cuello uterino (CCU) como “el crecimiento, desarrollo y multiplicación de manera desordenada y sin control de las células del cuello del útero (o matriz)” (Fernández-Deaza 2022).

A nivel mundial, es el cuarto cáncer más común en las mujeres y el segundo después del cáncer de mama en países en vías de desarrollo. Se estimaron 660,000 nuevos casos y 350,000 muertes debido al cáncer cervicouterino a nivel mundial en el año 2022 (WHO, 2024).

Las incidencias más altas se encuentran en países del sur, este y oeste de África (entre 40 y 23 por cada 100,000 mujeres), mientras que las más bajas se encuentran en Asia Occidental, Australia, Nueva Zelanda, Norteamérica, norte de África, y Europa (entre 4.1 y 10.4 por cada 100,000 mujeres).

México y Centroamérica tienen, en conjunto, una incidencia y una mortalidad de 13.8 y 6.5 por cada 100,000 mujeres respectivamente (Sung, 2021)

En México la tasa de defunciones por CCU en el 2020 en mujeres de entre 30 y 59 años fue de 0.86 por cada 10,000 mujeres (3). Las entidades con mayor mortalidad ajustada por cáncer de cuello uterino son: Chiapas (19.7)

Quintana Roo (17.7), Morelos (16.0), Yucatán (15.6), Veracruz (14.4) y Oaxaca (13.5) (Hoja de datos sobre cáncer de cuello uterino. México. Secretaría de Salud; 2019).

III.1.3 Descripción de la enfermedad.

El cáncer cervicouterino afecta las células que recubren el cérvix sobre todas aquellas que están en la zona de transformación que es la parte del cérvix donde las células glandulares del endocérnix se encuentran con las células escamosas del exocérnix.

El cáncer de cuello uterino generalmente se desarrolla en el transcurso de muchos años; los cambios precancerosos, evolucionan primero y luego progresan lentamente de precáncer a cáncer durante un período de 10 a 20 años. A estos cambios citológicos se las conoce como Neoplasia intraepitelial cervical (NIC), Lesión intraepitelial escamosa (LIE) o Displasia cervical (Stumbar, 2019).

La displasia neoplasia intraepitelial cervical tiene tres grados de severidad: leve, moderada y grave (Stumbar, 2019).

Neoplasia Intraepitelial Cervical leve (NIC 1): es la forma más común, puede pensarse como una respuesta tisular al ataque viral y en el 70% de los casos cura sin ningún tratamiento. Sin embargo, la displasia leve puede progresar a lesiones más graves (Stumbar, 2019).

Las Neoplasias Intraepiteliales Cervicales moderada y severa (NIC 2, NIC 3): son las formas más severas que deben ser tratadas por el mayor riesgo de transformación en lesiones cancerosas (carcinoma in situ CIS). Una categoría que engloba a las displasias moderadas, severas y carcinoma in situ es la Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado (LEIAG) (IMSS, 2010).

El diagnóstico de estas lesiones se lleva a cabo mediante estudios citológicos de tejido del cérvix (Papanicolau) que permite la detección de alteraciones celulares. También puede realizarse una prueba para detectar virus del papiloma humano pues en casi la totalidad de los casos este virus es responsable de estas lesiones (Stumbar, 2019; IMSS, 2010).

III.1.4 Factores de riesgo

Los factores de riesgo asociados al desarrollo de CCU, desde el epitelio de la mucosa cervical normal a la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) de grado 1, 2 y 3, al CCU, se asocia con una infección persistente por el virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo, actividad sexual temprana, múltiples parejas sexuales, partos múltiples, uso prolongado de anticonceptivos hormonales (Zhang, 2020), reducción de la respuesta inmune, ya sea debida a la infección por VPH (Song2015), o a deficiencias nutricionales (Perea Garcia,2021), factores genéticos incluidos PIK3CA (Ma,2000), ATAD2 (Zheng,2015) y CRNDE (Bai,2020), desequilibrio en las propiedades estructurales y de señalización de la β -catenina (Wang,2020), genes supresores de tumores, incluidos p53, isoforma A de la familia 1 del dominio de asociación Ras y NOL7, cambios en la microbiota vaginal (Castanheira,2021), consumo de tabaco por largos periodos de tiempo y en grandes cantidades (Roura,2014) y otras infecciones virales (como el VIH, el virus del herpes simple (HSV) tipo II y las infecciones bacterianas causadas por Chlamydia trachomatis) (Stumbar,2019).

III.1.5 Sexualidad

El comportamiento sexual es un factor de riesgo importante para la infección por VPH. Se ha observado una relación lineal entre el número de parejas sexuales y el cáncer cervicouterino invasivo. El mayor riesgo fue más pronunciado cuando había más de 4-5 parejas sexuales. Por lo tanto, el riesgo de desarrollar displasias cervicales o cáncer de cuello uterino aumenta con el número de parejas.

Las mujeres que tienen de 6 a 9 parejas sexuales tienen un riesgo 5 veces mayor de infección por VPH que las mujeres que tienen una sola pareja sexual en su vida. Tener relaciones sexuales a una edad temprana se asocia con un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino, pero esto parece deberse a que las mujeres que comienzan a tener relaciones sexuales antes también tienen más parejas sexuales a lo largo de su vida.

Aun así, se ha visto que las mujeres que comienzan a tener relaciones sexuales antes de los 16 años son más susceptibles al VPH debido a los cambios que se producen en el epitelio cervical durante la pubertad (Osorio,2019).

III.1.6 Virus del papiloma humano

El VPH, un virus de ADN de doble cadena circular de 8000 pares de bases, no tiene envoltura sino un núcleo de cápside de proteína icosaédrica con 72 cápsidas, que se origina al afectar las células escamosas del epitelio del tracto reproductivo inferior de la familia de los balbovirus (por ejemplo, vagina, vulva, cuello uterino y ano), así como epitelio bucal y nasal. La infección por VPH es importante en lesiones preneoplásicas y cáncer de cuello uterino (CC) y otros tumores genitales y de mucosas (Vazquez-Bonilla 2017).

En los países en desarrollo, esta condición es muy común y afecta principalmente a mujeres jóvenes en edad reproductiva. La alta incidencia de esta infección está directamente relacionada con el inicio temprano de las relaciones sexuales, la pubertad frecuente y la actividad sexual en adultos jóvenes y un gran número de parejas sexuales (Hull 2020).

Se han identificado alrededor de 200 genotipos de VPH, 30 de los cuales están asociados con infecciones anogenitales. Los subtipos de VPH se dividen en 3 grupos según su potencial maligno. Los tipos 16 y 18 son los genotipos más comunes asociados con los cánceres de cuello uterino, vulva, pene y ano. Los tipos 6 y 11 están asociados con el desarrollo de lesiones benignas, como verrugas y condiloma acuminado (Acosta-Escalante 2022; Soto-Fuenzalida,2020).

III.1.7 Fisiopatología

El queratinocito es el hospedador del VPH, y el ciclo de infección se encuentra relacionado a la diferenciación de este. El virus penetra las células supra basales del epitelio cervical, y produce por transcripción los inmuno-genes que le permiten alterar el sistema inmune de vigilancia del hospedador, con lo que se inicia el proceso de la infección. Hay factores importantes en la resistencia del huésped como la inmunidad celular y la inmunidad innata, esto es sugerido por el infiltrado de las células T y la necrosis celular, que se observan en el lugar de regresión de

las verrugas, así como la participación de las células presentadoras de antígenos y la estimulación de citoquinas proinflamatorias (Vazquez-Bonilla,2017).

III.1.8 Ciclo de vida del VPH

El VPH principalmente penetra al huésped por abrasiones el epitelio estratificado plano de la lengua, donde inicia su ciclo infectando a las células poco diferenciadas del epitelio y allí comienza la transcripción de sus genes (Vazquez-Bonilla,2017).

Existen dos ciclos de replicación viral, uno es la infección lítica, en la cual el virus llega a las células parabasales con alta capacidad de replicación, ingresa al citoplasma y luego al núcleo, aquí la infección lisogénica afecta directamente al genoma celular, en el caso de alta capacidad de replicación. VPH de riesgo 16 y 18 respectivamente. Tras llegar al núcleo, el virus se integra en el genoma de la célula huésped, principalmente los segmentos E6 y E7. Cuando estas células se infectan, inducen la activación de cascadas de expresión de genes virales que dan como resultado la producción de aproximadamente 20 a 100 copias extra-cromosómicas de ADN viral por célula. Este número medio de copias permanece estable en todas las células basales indiferenciadas. proceso de infección. proceso de infección (Vazquez-Bonilla,2017).

III.1.9 Formas clínicas de infección por VPH

La forma clínica de la infección es variable y puede ir desde un estado asintomático que se resuelve espontáneamente hasta manifestaciones de cáncer cervicouterino invasivo que puede conducir a la muerte (Rajkumar, R. (Ed.). (2018).

Estas infecciones se clasifican en:

Latentes, en ausencia de lesiones visibles, detectadas solo en el momento de la consulta médica y estudios paraclínicos (por ejemplo, citología).

Subclínicas diagnosticadas por colposcopia, ya que solo se pueden ver después de la colposcopia. A la aplicación de ácido acético en el 3-5% de las lesiones, se ha demostrado que su diagnóstico y manifestaciones clínicas son las manifestaciones clínicas de condiloma acuminado de la mucosa, condiloma acuminado y papiloma venéreo (Rajkumar, R. (Ed.). (2018).

III.1.10 Transmisión del VPH

La transmisión del VPH suele darse por contacto directo, lo que permite su transferencia entre células epiteliales; la transmisión puede ser: por contacto sexual (es importante el número de parejas sexuales), por sangre, por vía perinatal, por infección vertical, etc.). El VPH es responsable de enfermedades altamente contagiosas que afectan a los humanos debido a su prominente comportamiento social (Rajkumar, R. (Ed.). (2018). Se ha encontrado que la edad, el tabaquismo, un alto número de parejas sexuales, uso de anticonceptivos hormonales y mala nutrición está asociado significativamente con un resultado positivo de la prueba de detección del VPH (Perea Garcia, 2021; Torres -Poveda 2019).

III.1.11 Diagnóstico

El diagnóstico de VPH se realiza mediante la técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y sus variantes que permite la identificación de los diferentes genotipos del virus.

En muchos países el proceso comienza con la prueba de Papanicolaou, que consiste en analizar una muestra de células tomadas de la superficie del cuello uterino y el área que lo rodea para determinar si hay cambios celulares, y posteriormente si la prueba resulta positiva, se lleva a cabo la identificación del genotipo a través de PCR. Esta técnica es muy sensible y puede detectar hasta 3.9 copias de ADN viral al inicio de la reacción. El diagnóstico de las verrugas se realiza por presentación clínica en una consulta médica. (Bedell, 2020).

III.1.12 Tratamiento

Actualmente, no existen medicamentos que se dirijan específicamente al VPH. Sin embargo, está diseñado para brindar a los pacientes una mejor calidad de vida, teniendo en cuenta la extensión y morfología de la lesión para brindar un tratamiento oportuno.

Este tratamiento lo puede realizar el paciente o el médico dependiendo del tipo de lesión presente. Para garantizar el éxito del tratamiento de los pacientes con VPH, es necesario ajustar los regímenes de tratamiento en función de las manifestaciones clínicas, las preferencias y el cumplimiento del tratamiento. Actualmente se dispone de una variedad de terapias: quimioterapia, que funciona a través de la citotoxicidad química; tópica, como el ácido tricloroacético y antimetabolitos, incluido el 5-fluorouracilo, y agentes antifúngicos, como la picropodofilina-podofilotoxina; y métodos que permiten la destrucción del tejido dañado, como:

- Crioterapia.
- Coagulación por diatermia.
- Termo coagulación.
- Vaporización con láser de CO2.
- Conización con anillo dérmico y bisturí.
- Histerectomía.
- Fármacos antivirales e inmunomoduladores como interferón-alfa, imiquimod y ácido kligénico.

III.1.13 Paridad

Los rendimientos altos se asocian a neoplasia cervical, posiblemente por el efecto de las hormonas sobre el epitelio cervical, principalmente la progesterona, que es la responsable de los cambios en la unión escamocolumnar durante el embarazo, que mantiene la zona de transformación fuera del cuello uterino durante muchos años. Además, el estado prolongado de inmunosupresión durante el embarazo y el trauma cervical que ocurre durante el parto vaginal pueden explicar la asociación entre la alta paridad y la neoplasia cervical. Los nacimientos múltiples con 3 o más embarazos están asociados con un mayor riesgo de desarrollar cualquier tipo de NIC (Osorio,2019).

III.1.14 Número de parejas sexuales

Tener un alto número de parejas sexuales se ha asociado con el desarrollo de lesiones epiteliales cervicales. Se ha encontrado que la condición de tener 3 a más parejas sexuales elevaría el riesgo para displasia cervical en 3,03 veces (Gallegos Toribio,2019)

III.1.15 Tabaquismo

Se ha observado que cuanto mayor es el número de cigarrillos fumados al día, mayor es el riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino o lesiones precancerosas, especialmente cuando el hábito se inicia a edades tempranas.

Fumar aumenta el riesgo de carcinoma de células escamosas de cuello uterino, pero no de adenocarcinoma. El tabaco suprime la inmunidad celular contra la infección por VPH, lo que provoca una disminución de las células de Langerhans y los linfocitos T en la zona de transformación cervical.

Además, existe un efecto sinérgico entre el tabaco y el uso de anticonceptivos orales, lo que reduce significativamente la inmunidad local en el cuello uterino y aumenta el riesgo de desarrollar lesiones NIC 2 y 3 (IMSS,2010).

III.1.16 Coinfección genital

Las mujeres con otras infecciones genitales tienen tasas más altas de VPH. Además, los procesos inflamatorios epiteliales y los microtraumatismos causados por la infección con otros patógenos de transmisión sexual parecen promover la infección persistente por VPH del epitelio cervical. Se ha investigado esta relación con diferentes microbios y se ha encontrado que está asociada principalmente con *Chlamydia trachomatis* (Osorio,2019).

III.1.17 Métodos de anticoncepción

Se ha registrado que ciertos métodos de anticoncepción incrementan el riesgo de desarrollo de displasias cervicales y cáncer cervicouterino (Stumbar,2019)

III.1.17 Anticoncepción hormonal y tiempo de exposición

El uso a largo plazo de anticonceptivos orales combinados (más de 5 años) se asocia con una eliminación reducida de la infección por VPH. Las hormonas sexuales femeninas exógenas (estrógeno y progesterona) inducen los oncogenes E6 y E7 del VPH al estimular la degradación del supresor de tumores p-53 y aumentar la capacidad del ADN viral para transformar células e inducir la carcinogénesis. Además, los anticonceptivos hormonales pueden modular la respuesta inmunitaria del huésped, favoreciendo la formación de estas lesiones (Yi,2020).

El riesgo relativo de cáncer de cuello uterino asociado con los anticonceptivos orales combinados (estrógenos y progesterona) aumentó con el tiempo de uso (5 años o más) y fue comparable al de quienes nunca los habían usado al menos 10 años después de la última dosis. Las mujeres que usaban anticonceptivos inyectables solo de progesterona también tenían un pequeño aumento en el riesgo de cáncer de cuello uterino si extendían su uso durante 5 años o más, aunque era más bajo que con anticonceptivos hormonales combinados (Loopik,2020).

III.1.18 Dispositivo intrauterino

En 2006, se publicó un estudio de seguimiento de 10 años en Hungría, que encontró que los DIU de cobre no estaban asociados con un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino, a diferencia de los dispositivos inertes, si mostraban una asociación. Sesenta años después de que se identificara a los DIU como un claro factor de riesgo para el desarrollo de tumores cervicales, los estudios epidemiológicos comenzaron a mostrar consistentemente lo contrario.

En 2011, Xavier Castellsague y sus coautores encontraron una fuerte relación inversa entre el uso del DIU y el cáncer de cuello uterino.

TIPOS:

Un DIU es un objeto pequeño que se coloca en el útero, en el revestimiento del útero, para evitar el embarazo. (Stumbar,2019).

Un DIU puede ser:

- Cuando son de plástico únicamente, son inertes, inactivos o no farmacéuticos.
- Activos o medicinales cuando contienen cobre, plata o algunos progestágenos

La cantidad de cobre estaba entre 200 (carga baja) y 380 (carga alta) mm², liberando 40-50 µg por día, principalmente durante los primeros meses de uso y disminuyendo posteriormente.

El DIU liberador de progesterona tiene forma de T con un reservorio que contiene el progestágeno en el tallo principal.

Hay dos tipos principales:

- Un DIU liberador de progesterona (Progestasert), que contiene 38 mg de progesterona; libera 65 microgramos por día y se agota por completo en aproximadamente 12 a 18 meses, que debe reemplazarse anualmente. No aumenta el valor plasmático de la progesterona.

Los plasmáticos, inhibe parcialmente la ovulación, con alta eficacia anticonceptiva. Se estima que debe ser reemplazado cada 5 años de uso, y ha demostrado ser muy rápido para restaurar la fertilidad una vez que se necesita extraer por métodos reproductivos.

El tiempo de exposición a los anticonceptivos hormonales y a los dispositivos intrauterinos han sido asociados a un incremento en el riesgo de desarrollar displasias y cáncer cervical. (Loopik,2020; Averbach,2018).

IV. Hipótesis

El método anticonceptivo mas utilizado en pacientes previo al diagnóstico de displasia cervical en un 50 % utilizados es el DIU cobre y hormonal oral.

V. Objetivos

V. 1 Objetivo General

Determinar cuáles son los métodos anticonceptivos utilizados en pacientes, previo al diagnóstico de displasia cervical

V.2 Objetivos específicos

V.2.1 Determinar el uso de anticonceptivos hormonales (pastillas de anticoncepción de emergencia, pastillas anticonceptivas, inyecciones, parche, implante) en pacientes, previo al diagnóstico de displasia cervical.

V.2.2 Determinar el uso de anticonceptivos no hormonales (DIU cobre. Preservativo) en pacientes, previo al diagnóstico de displasia cervical.

V.2.3 Determinar el uso métodos anticonceptivos permanentes (oclusión tubárica bilateral, vasectomía) en pacientes, previo al diagnóstico de displasia cervical.

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación

Estudio transversal, observacional, descriptivo

VI.2 Población

Mujeres entre 20 y 49 años, derechohabientes del HGR1 IMSS QRO, con diagnóstico de displasia cervical que hayan utilizado algún método anticonceptivo (dispositivo intrauterino, hormonales, preservativo, permanentes o naturales).

VI.3 Muestra y tipo de muestreo

Se determinó el tamaño de la muestra empleando la fórmula para proporciones para población infinita.

Tipo de parámetro utilizado en la hipótesis	Tipo de población
	Población infinita
Proporciones	$n = \frac{Z_{\alpha}^2 pq}{d^2}$

n= Tamaño muestral

Z α = Nivel de confianza de 95% (valor de 1.64) indica el grado de confianza que se tiene de que el valor verdadero del parámetro en la población se encuentre en la muestra calculada.

p= Proporción de pacientes mujeres con displasia cervical y algún método anticonceptivo= 50%= 0.5

q= proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1 - p). 1-0.5= 0.5

δ = Margen de error permitido = 0.05 Indica la amplitud deseada del intervalo de confianza a ambos lados del valor real de la diferencia entre las dos proporciones.

$$n = \frac{(1.64)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2}$$

$$= \frac{(2.6896)(0.25)}{(0.0025)}$$

$$= \frac{0.6724}{0.0025}$$

$$n = 268.96$$

$$n = 270$$

VI.3.1 Criterios de selección

Dentro de los criterios de inclusión se estudiaron pacientes de 20 y 49 años con diagnóstico de displasia cervical que utilizaron algún método anticonceptivo (hormonal, no hormonal o permanente) y acudido a consulta al servicio de displasias en el HGR1 IMSS QRO, en turno matutino y vespertino. Se excluyeron a pacientes que contarán con alguna discapacidad cognitiva, se eliminaron aquellas pacientes que tuvieran datos incompletos en la hoja de recolección de información.

VI.3.2 Variables estudiadas

Se estudiaron variables sociodemográficas como edad, escolaridad, ocupación, estado civil. Dentro de las variables de factores de riesgo modificables fueron: frecuencia de tabaquismo, tipo y tiempo de uso de métodos anticonceptivos hormonales, no hormonales o permanentes. Dentro de los factores de riesgo no modificables fueron: el número de embarazos, antecedente de infección contra el VPH, el grado de displasia.

VI.4 Técnicas e instrumentos

Se utilizó un instrumento de recolección que constaba de 14 reactivos; 4 reactivos constaban de las características sociodemográficas en las cuales evaluamos la edad, escolaridad, ocupación y estado civil con respecto a los 10 reactivos faltantes correspondía a factores de riesgo en los que se evaluó tabaquismo

actual la intensidad de este, numero de gestaciones, el uso de métodos de barrera, hormonales y permanentes, así como el tiempo expuesto a ellos.

VI.5 Procedimientos:

Posterior a la autorización por el comité local de investigación, se solicitó permiso mediante oficio firmado por la directora de tesis, a las autoridades correspondientes para realizar la investigación en el Hospital General Regional de Zona No. 1 IMSS Querétaro en el horario matutino y vespertino en la sala de espera del servicio de displasias donde se seleccionaron a las pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión y se les invitará a participar en el protocolo de investigación, sobre los métodos anticonceptivos utilizados previo al diagnóstico de displasia cervical. Se otorgó el consentimiento informado para aceptación de su participación en el estudio, con su autorización y firma en el apartado correspondiente se procedió al interrogatorio de la paciente para el llenado de ficha de identificación. Posteriormente se realizó revisión del cuestionario, verificando que cada una de las variables estén contestadas y evitar omisiones.

VI.5.1 Análisis estadístico

Se utilizó el programa SPSS, se realizó estadística descriptiva a través de promedio para determinar los métodos anticonceptivos en pacientes previo al diagnóstico de displasias.

VI.5.2 Consideraciones éticas

En el presente estudio se contempló la reglamentación ética vigente al someterse a un comité de investigación local en salud, ante el cual se presentaron para su revisión, evaluación y aceptación. Se utilizó solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio.

Dentro de la Declaración de Helsinki 2013 se respetó en el postulado 9 “En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación”.

Así como el postulado 24 que refiere “deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.”

Por las características del estudio se consideró que no implica riesgo para los pacientes. Se dio a firmar carta de consentimiento informado previa explicación de los procedimientos a seguir. Este estudio se apegó a la ley general de salud. Se aseguro la confidencialidad y resguardo de datos clave.

VII Resultados

VII.1 Perfil sociodemográfico

Se estudiaron 270 pacientes con displasia cervical adscritas al HGR 1 en el servicio de Displasias para la realización de esta investigación, siendo la edad promedio 37 años (DE 8.4). El grupo de edad predominante de 20-49 años.

Se observa que entre las encuestadas el rango de la edad que predominó fue de 40-49 años con un promedio de 45.2 %. En cuanto su escolaridad el 35.6 % había cursado la secundaria, un 69.6 % eran empleadas y el 37% se encontraban casadas. (Tabla 1).

Tabla 1. Perfil sociodemográfico de las pacientes con displasia cervical**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO****n=270**

Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)	IC del 95%
Edad			
20-29 años	65	24.1	19.0-29.2
30-39 años	83	30.7	25.2-36.2
40-49 años	122	45.2	39.3-51.1
Escolaridad			
Primaria	30	11.1	7.4-14.8
Secundaria	96	35.6	29.9-41.3
Preparatoria	82	30.4	24.9-35.9
Licenciatura	56	20.7	15.9-25.5
Posgrado	6	2.2	0.5-3.9
Ocupación			
Empleado	188	69.6	45.1-75.1
Desempleado	6	2.2	0.5-3.9
Estudiante	4	1.5	0.1-2.9
Ama de casa	67	24.8	19.6-30.0
Trabajo voluntario	2	.7	0.3-1.7
Otro	3	1.1	0.1-2.3
Estado civil			
Soltera	78	28.9	23.5-34.3
Casada	100	37.0	31.2-42.8
Unión libre	61	22.6	17.6-27.6
Divorciada	20	7.4	4.3-10.5
Viuda	11	4.1	1.7-6.5

Fuente: Datos de las encuestas del Protocolo Métodos anticonceptivos utilizados en pacientes, previo al diagnóstico de displasia cervical.

VII.2 Factores de riesgo

VII.2.1 Tabaquismo

De las 270 pacientes el 28.5% fumaba (IC 95% 23.1-33.9), de las cuales 98.5% fumaba menos de diez cigarros al día y solo 1.5% fumaba más de 10 cigarros al día. (Tabla 2).

Tabla 2. Tabaquismo de las pacientes con displasia cervical

TABAQUISMO			n=270	
Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)	IC del 95%	
Tabaquismo				
Si	77	28.5	23.1-33.9	
No	193	71.5	66.1-76.9	
No. Cigarrillos				
Menos de 10 cigarrillos	266	98.5	97.1-99.9	
10 o más de cigarrillos	4	1.5	0.1-2.9	

Fuente: Datos de las encuestas del Protocolo Métodos anticonceptivos utilizados en pacientes, previo al diagnóstico de displasia cervical.

VII.2.2 Número de embarazos

Dentro de la población de estudio el 81.5% tenían antecedente de tener menos de 3 embarazos, seguido de un 16.4% de 4 a 6 embarazos y un 2.2% de 7 a 10 embarazos (Tabla 3).

Tabla 3. Número de embarazos de las pacientes con displasia cervical

EMBARAZOS		n=270	
Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)	IC del 95%
Embarazos			
0 a 3 embarazos	220	81.5	76.9-86.1
4 a 6 embarazos	44	16.4	12.0-20.8
7 a 10 embarazos	6	2.2	0.5-3.9

Fuente: Datos de las encuestas del Protocolo Métodos anticonceptivos utilizados en pacientes, previo al diagnóstico de displasia cervical.

VII.2.3 Tipo de método anticonceptivo

VII.2.3.1 Métodos no hormonales y tiempo de uso

Se observa que el 72.8 % de las encuestadas usaba DIU de cobre en un rango de tiempo de 0-5 años, seguido del condón masculino en un rango de tiempo de 6-12 años con 50.6%.

Tabla 4. Tiempo de métodos no hormonales de las pacientes con displasia cervical

METODO NO HORMONALES		n=270		
Variable		Frecuencia	Porcentaje (%)	IC del 95%
Métodos no hormonales				
	Si	213	78.8	73.9-83.7
	No	57	21.11	16.2-26.0
Tipos de no hormonales				
	Ninguno	57	21.11	16.2-26.0
	Condón masculino	36	13.3	9.2-14.4
	Condón Femenino	3	1.11	0.1-2.4
	DIU de cobre	91	33.70	28.1-39.3
Tiempo de uso				
	0 a 5 años	187	69.25	63.7-74.8
	6 a 12 años	71	26.29	21.0-31.5
	13 a 24 años	12	4.4	2.0-6.8

Fuente: Datos de las encuestas del Protocolo Métodos anticonceptivos utilizados en pacientes, previo al diagnóstico de displasia cervical.

VII.2.3.2 Métodos hormonales y tiempo de uso

Las pacientes utilizaban métodos hormonales en un 40.7 % de las cuales 14.4 % usaba pastillas anticonceptivas, con un rango de tiempo de 0-5 años con un 91 %

Tabla 5 Métodos Hormonales de las pacientes con displasia cervical

METODOS HORMONALES		n=270		
Variable		Frecuencia	Porcentaje (%)	IC del 95%
Métodos hormonales				
	Si	110	40.7	34.8-46.6
	No	160	59.3	53.4-65.2
Tipos de hormonales				
	Ninguno	159	58.9	53.0-64.8
	Pastilla de emergencia	4	1.5	0.1-2.9
	Pastillas anticonceptivas	39	14.4	10.2-18.6
	Inyecciones	25	9.3	5.8-12.8
	Parches	4	1.5	0.1-2.9
	DIU hormonal	15	5.6	2.9-8.3
	Implante	24	8.9	5.5-12.3
Tiempo de uso				
	0 a 5 años	248	91.9	88.6-95.2
	6 a 11 años	18	6.7	3.7-9.7
	12 a 25 años	4	1.5	0.1-2.9

Fuente: Datos de las encuestas del Protocolo Métodos anticonceptivos utilizados en pacientes, previo al diagnóstico de displasia cervical.

VII.2.3.3 Métodos permanentes

En los métodos permanentes la oclusión tubárica bilateral predomino con un 35.6%, seguido de un 0.7% con esposo con vasectomía.

Tabla 6 Métodos Permanentes de las pacientes con displasia cervical

MÉTODOS PERMANENTES		n=270		
Variable		Frecuencia	Porcentaje (%)	IC del 95%
Métodos permanentes				
	Si	96	35.6	29.9-41.3
	No	174	64.4	58.7-70.1
Tipos de permanentes				
	Ninguno	172	63.7	58.0-69.4
	Oclusión tubárica bilateral	96	35.6	29.9-41.3
	Vasectomía en esposo	2	0.7	4.0-10.0

Fuente: Datos de las encuestas del Protocolo Métodos anticonceptivos utilizados en pacientes, previo al diagnóstico de displasia cervical.

VII.2.4 Virus del papiloma humano

De acuerdo con el Virus del papiloma humano estaba presente en un 66.3% de las veces y un 33.7% no se presentaba

Tabla 7 Frecuencia del Virus del Papiloma Humano en pacientes con displasia

VPH			n=270
Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)	IC del 95%
Prueba de VPH positiva			
Si	179	66.3	60.7-71.9
No	91	33.7	28.1-39.3

Fuente: Datos de las encuestas del Protocolo Métodos anticonceptivos utilizados en pacientes, previo al diagnóstico de displasia cervical.

VII.3 Grados de displasia

El grado de displasia que predominó en la población con un 69.3 % con NIC1, seguido de un 13 % con NIC3 y 8.9% con NIC2 y 8.9 % con ASCUS.

Tabla 8 Grados de displasia

GRADOS DE DISPLASIA		n=270		
Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)	IC del 95%	
ASCUS	24	8.9	5.5-12.3	
NIC 1	187	69.3	63.8-74.8	
NIC 2	24	8.9	5.5-12.3	
NIC 3	35	13.0	9.0-17.0	

Fuente: Datos de las encuestas del Protocolo Métodos anticonceptivos utilizados en pacientes, previo al diagnóstico de displasia cervical.

VII.6.4 Tipo de anticonceptivos no hormonales por grado de displasia

De acuerdo con el tipo de anticonceptivo no hormonal y el grado de displasia predominó con un 33.7 % el DIU de cobre con un NIC 1.

Tabla 9 Tipo de anticonceptivo no hormonal por grado de displasia

Grado de displasia	Tipo de No Hormonal	Frecuencia	%	IC 95%	
ASCUS	Ninguno	7	2.6	0.0	8.8
	Condón masculino	9	3.3	0.0	9.5
	Condón femenino	0	0.0	0.0	6.2
	DIU de cobre	8	3.0	0.0	9.1
NIC1	Ninguno	37	13.7	8.1	19.9
	Condón masculino	56	20.7	15.2	26.9
	Condón femenino	3	1.1	0.0	7.3
	DIU de cobre	91	33.7	28.1	39.9
NIC2	Ninguno	6	2.2	0.0	8.4
	Condón masculino	5	1.9	0.0	8.0
	Condón femenino	0	0.0	0.0	6.2
	DIU de cobre	13	4.8	0.0	11.0
NIC3	Ninguno	7	2.6	0.0	8.8
	Condón masculino	15	5.6	0.0	11.7
	Condón femenino	0	0.0	0.0	6.2
	DIU de cobre	13	4.8	0.0	11.0

Fuente: Datos de las encuestas del Protocolo Métodos anticonceptivos utilizados en pacientes, previo al diagnóstico de displasia cervical.

VII.6.5 Tiempo de uso de anticonceptivo no hormonal

Tabla 10 Tiempo de uso de anticonceptivo no hormonal

Grado de displasia	Tiempo de uso de no hormonales	Frecuencia	%	IC 95%	
ASCUS	0-5 años	16	5.9	0.4	12.1
	6-12 años	7	2.6	0.0	8.8
	13 o más años	1	0.4	0.0	6.5
NIC1	0-5 años	136	50.4	44.8	56.5
	6-12 años	46	17.0	11.5	23.2
	13 o más años	5	1.9	0.0	8.0
NIC2	0-5 años	15	5.6	0.0	11.7
	6-12 años	7	2.6	0.0	8.8
	13 o más años	2	0.7	0.0	6.9
NIC3	0-5 años	20	7.4	1.9	13.6
	6-12 años	11	4.1	0.0	10.2
	13 o más años	4	1.5	0.0	7.6

Fuente: Datos de las encuestas del Protocolo Métodos anticonceptivos utilizados en pacientes, previo al diagnóstico de displasia cervical.

El tiempo de uso de métodos no hormonales predominó con un 50.4 % en un rango de 0-5 años relacionado a un NIC 1.

VII.6.6 Tipo de anticonceptivo hormonal por grado de displasia

El método de anticoncepción hormonal más frecuente fue el de pastillas anticonceptivas. Las proporciones de uso de este método dados los diferentes grados de displasia son semejantes: ASCUS 12.5%, NIC1 14.4%, NIC2 16.7%, NIC3 14.3%.

Tabla 11 Tipo de hormonal por grado de displasia

Grado de displasia	Tipo de Hormonal	Frecuencia	%	IC 95%	
ASCUS	Ninguno	17	6.3	0.7	12.1
	Pastilla de emergencia	0	0.0	0.0	5.8
	Pastillas anticonceptivas	3	1.1	0.0	6.9
	Inyecciones	1	0.4	0.0	6.2
	Parche	1	0.4	0.0	6.2
	DIU hormonal	1	0.4	0.0	6.2
	Implante	1	0.4	0.0	6.2
NIC1	Ninguno	109	40.4	34.8	46.2
	Pastilla de emergencia	3	1.1	0.0	6.9
	Pastillas anticonceptivas	27	10.0	4.4	15.8
	Inyecciones	17	6.3	0.7	12.1
	Parche	3	1.1	0.0	6.9
	DIU hormonal	10	3.7	0.0	9.5
	Implante	18	6.7	1.1	12.5
NIC2	Ninguno	14	5.2	0.0	11.0
	Pastilla de emergencia	0	0.0	0.0	5.8
	Pastillas anticonceptivas	4	1.5	0.0	7.3
	Inyecciones	1	0.4	0.0	6.2
	Parche	0	0.0	0.0	5.8
	DIU hormonal	2	0.7	0.0	6.5
	Implante	3	1.1	0.0	6.9
NIC3	Ninguno	19	7.0	1.5	12.8
	Pastilla de emergencia	1	0.4	0.0	6.2
	Pastillas anticonceptivas	5	1.9	0.0	7.6
	Inyecciones	6	2.2	0.0	8.0
	Parche	0	0.0	0.0	5.8
	DIU hormonal	2	0.7	0.0	6.5
	Implante	2	0.7	0.0	6.5

Fuente: Datos de las encuestas del Protocolo Métodos anticonceptivos utilizados en pacientes, previo al diagnóstico de displasia cervical.

VII.6.7 Tiempo de uso de anticonceptivos hormonales por grado de displasia

Tabla 12 Tiempo de uso de anticonceptivos hormonales por grado de displasia

Grados de displasia	Tiempo de uso de hormonales	Frecuencia	%	IC 95%	
ASCUS	0-5 años	23	8.5	3.3	14.4
	6-11 años	1	0.4	0.0	6.2
	12 o más años	0	0.0	0.0	5.9
NIC1	0-5 años	169	62.6	57.4	68.4
	6-11 años	14	5.2	0.0	11.0
	12 o más años	4	1.5	0.0	7.3
NIC2	0-5 años	23	8.5	3.3	14.4
	6-11 años	1	0.4	0.0	6.2
	12 o más años	0	0.0	0.0	5.9
NIC3	0-5 años	33	12.2	7.0	18.1
	6-11 años	2	0.7	0.0	6.6
	12 o más años	0	0.0	0.0	5.9

Fuente: Datos de las encuestas del Protocolo Métodos anticonceptivos utilizados en pacientes, previo al diagnóstico de displasia cervical.

El tiempo de uso de los métodos hormonales con un 62.6 % en un rango de 0-5 años con NIC 1

VII.6.8 Tipo de anticonceptivo permanente por grado de displasia

Tabla 13 Tipo de anticonceptivo permanente por grado de displasia

Grado de displasia	Método permanente	Frecuencia	%	IC 95%	
ASCUS	NINGUNO	16	5.9	0.0	12.0
	OCLUSIÓN TUBÁRICA BILATERAL	8	3.0	0.0	9.1
	VASECTOMÍA	0	0.0	0.0	6.1
NIC1	NINGUNO	124	45.9	40.0	52.0
	OCLUSIÓN TUBÁRICA BILATERAL	62	23.0	17.0	29.1
	VASECTOMÍA	1	0.4	0.0	6.5
NIC2	NINGUNO	13	4.8	0.0	10.9
	OCLUSIÓN TUBÁRICA BILATERAL	11	4.1	0.0	10.2
	VASECTOMÍA	0	0.0	0.0	6.1
NIC3	NINGUNO	19	7.0	1.1	13.2
	OCLUSIÓN TUBÁRICA BILATERAL	15	5.6	0.0	11.7
	VASECTOMÍA	1	0.4	0.0	6.5

Fuente: Datos de las encuestas del Protocolo Métodos anticonceptivos utilizados en pacientes, previo al diagnóstico de displasia cervical.

VIII Discusión

El cáncer cervicouterino es reconocido como un problema de salud pública mundial y la utilización de métodos anticonceptivos entre las mujeres en México ha tenido un impacto significativo tanto en la anticoncepción como potencial de displasia o cáncer de cuello uterino.

A lo largo de los años, se han ideado diversas estrategias para detectar eficazmente el cáncer de cuello uterino de manera oportuna. Estas estrategias abarcan discutir los factores de riesgo asociados con la transmisión del virus del papiloma humano, así como explorar la utilización de métodos anticonceptivos.

Con respecto en un artículo del 2017 acerca de los “Efectos diferentes de los métodos anticonceptivos en la citología cervicovaginal se demostró que el método anticonceptivo más utilizado fue el de barrera 68.3% seguido de la ligadura de trompas 14.2%, el DIU cobre 9.2% los anticonceptivos orales 6.6 y los inyectables 1.7%.

En el presente estudio, respecto a la edad de las pacientes estudiadas se encontraban en el rango de edad de 40-49 años tuvo un promedio de 45.2% dato que es congruente con el artículo de casos y controles de la revista de la facultad de medicina humana de Lima Perú en 2019, donde se analizaron 216 historias clínicas concluyendo que las pacientes estudiadas se encontraban entre los 31 y 50 años.

En un artículo de revisión de Jose Nuñez-Troconis (2017) El CaCu está asociado a la infección del Virus del Papiloma Humano, sin embargo, hay fuerte evidencias que el cigarrillo es un factor de riesgo independiente en la origen y evolución del CaCU. En nuestra población se obtuvo 98.5 % con una ingesta menos de 10 cigarrillos y una minoría del 1.5 % con más de 10 cigarrillos.

En la presente investigación las pacientes del servicio de displasias se caracterizan por tener un nivel de escolaridad secundaria con el 35.6 %, así como su ocupación el 69.6% eran empleadas y un 37% casadas seguido de 28.9 % solteras.

En un artículo realizado por Gallegos Toribio y colaboradores en 2019 demostraron que el nivel secundario fue el más predominante 70.8% resultado similar a la presente investigación y al estudio de Mesares, donde el nivel secundario abarcó el 78,0%. No obstante, en otros trabajos como el de Aguilar y Ruiz, el grado de instrucción primario fue el más frecuente, en un 49,52% y 49,3% respectivamente.

Por otro lado, mientras que en el trabajo realizado por Galván et al (México) el 81,7% de las pacientes eran casadas/unión libre. Del mismo modo, en la tesis realizada por Aguilar (Perú), se obtuvo el estado civil conviviente como el más frecuente (44,76%). Sin embargo, en la tesis de Enciso Cebrián (Perú) predominaron las pacientes solteras en un 36,8%.

La multiparidad se presentó en el 81.5% de las pacientes estudiadas que se encontraban en rangos de tiempo de 0-3 años seguido de 16.4 % con un rango de 4-6 embarazos.

En un artículo de la Facultad de Medicina Humana de Lima Peru realizado por Gallegos Toribio y colaboradores del 2013-2017, fue un estudio de casos y controles, analítico, observacional se analizaron 216 pacientes donde la multiparidad se presentó en el 54,6% de las pacientes estudiadas. En el presente estudio, el presentar 3 o más partos incrementaría el riesgo de esta enfermedad en 2,31 veces ($P=0.005$). Este hallazgo coincide con los resultados obtenidos en los estudios de Conde ($OR=3,835$; $P=0.001$) y Mesares ($OR=2.364$; $P=0.014$), por lo que se acepta la multiparidad como factores estadísticamente significativos de riesgo.

El tiempo de uso de métodos de hormonales de esta investigación con 43.5% con un rango de tiempo de uso de 0-5 años en cuanto al uso de métodos no hormonales, el tiempo que más predominó con un promedio de 44.4 % de 0-5 años seguido de 43.7 % con rango de años de 6-12 años.

Un estudio de cohorte retrospectivo realizado en Holanda en el año 2020, incluyeron mujeres de 29-44 años en el año 2005-2009, las cuales fueron organizadas en subgrupos con al menos 5 años de uso registrado de anticonceptivos orales o DIU se compararon con los no usuarios en el cual se encontró que el tiempo de exposición a los anticonceptivos hormonales y a los

dispositivos intrauterinos ha sido asociados a un incremento en el riesgo de desarrollar displasias y cáncer cervical.

De acuerdo con el grado de displasia que predominó en nuestra población con un 69.3 % con NIC1, seguido de 13 % con NIC3 ,8.9% con NIC2 y 8.9 % con ASCUS. Las lesiones precursoras son más frecuentes en las mujeres jóvenes con una mayor incidencia entre los 25-45 años, la frecuencia disminuye conforme avanza la edad, esto traduce que la infección se adquiere en la adolescencia.

Los factores de riesgo para la NIC (o LEIBG o LEIAG) son las mismas que para el cáncer cervicouterino; en nuestro estudio destacan factores de riesgo. En este estudio no se encontraron asociaciones significativas entre el grado de displasia y los factores de riesgo examinados con excepción de la presencia de prueba positiva a VPH. Posiblemente con tamaños de muestra mayores para los grupos de ASCUS, NIC2 y NIC3, que en este estudio tiene una representación cercana al 10% cada uno mientras que NIC1 tiene una representación del 70%, sea más fácil detectar asociaciones entre grado de displasia y las variables de riesgo.

Una de las debilidades de este estudio fue la falta de confianza mostrada por la mayoría de los pacientes al responder el cuestionario. La fiabilidad de sus respuestas puede verse cuestionada, ya que podrían haber estado influenciadas por el miedo a ser juzgados o por una aprensión general. Vale la pena señalar que estos factores, podrían haber impactado los hallazgos de esta investigación.

IX Conclusiones

1. El uso de método anticonceptivo no hormonal de mayor uso en pacientes con diagnóstico de displasia cervical es el DIU de cobre en más de tres cuartas partes del total de pacientes.
2. De las pacientes que usaban método anticonceptivo hormonal antes del diagnóstico de displasias preferían el hormonal oral en un 14.4%.
3. En cuanto a las pacientes que usaban método anticonceptivo definitivo antes del diagnóstico de displasia cervical 4 de cada 10 pacientes se realizaron oclusión tubárica bilateral.

IX. PROPUESTAS

Realizar en el IMSS un programa educativo diseñado especialmente para el uso de métodos anticonceptivos, el cual debe de contener, factores de riesgo, factores asociados, este programa debe ser fortalecido por material educativo didáctico y material audiovisual que capte la atención de las pacientes

Se debe continuar realizando sesiones en la clínica capacitando y sensibilizando a los médicos de primer nivel acerca del uso de los métodos anticonceptivos, sus efectos adversos y las futuras complicaciones con el tiempo prolongado de uso de ellos.

Continuar transmitiendo información clara a través de los pasantes de medicina y trabajo social, para toda la población realizando campañas de salud donde se aborden temas acerca planificación familiar, el uso de métodos anticonceptivos, factores de riesgo, vacunación de tal manera que no solo se aborde una población adulta sino también a población adolescente, puesto que este último grupo es considerado de mayor riesgo sexual por la falta de conocimiento.

Durante la consulta de medicina familiar realizar investigación sobre las causas por lo que las pacientes no se adhieren al tratamiento y porque el uso prologando de los mismos, así como establecer una red de apoyo con ayuda de la tecnología para su adecuada referencia, contrarreferencia y seguimiento interestatal de hospitales y laboratorios.

Gestionar y verificar que el personal de salud utilice los criterios médicos de elegibilidad para el uso correcto de los métodos anticonceptivos, considerando las condiciones médicas, así como las características y necesidad específicas de cada persona.

X. BIBLIOGRAFÍA

- Acosta-Escalante, J. B., Monarrez-Manriquez, D., Morgan-Ortiz, F., Guicho-Samaniego, M. G., Quevedo-Castro, E., & López-Manjarrez, G. (2022). Prevalencia del virus del papiloma humano de alto riesgo en pacientes sanas con condilomatosis vulvar Prevalence of high risk human papilloma virus in healthy patients with vulvar condylomatosis. *Prevalence*, 12(1).
- Averbach, S., Silverberg, M. J., Leyden, W., Smith-McCune, K., Raine-Bennett, T., & Sawaya, G. F. (2018). Recent intrauterine device use and the risk of precancerous cervical lesions and cervical cancer. *Contraception*, 98(2), 130-134.
- Bai, X., Wang, W., Zhao, P., Wen, J., Guo, X., Shen, T., ... & Yang, X. (2020). LncRNA CRNDE acts as an oncogene in cervical cancer through sponging miR-183 to regulate CCNB1 expression. *Carcinogenesis*, 41(1), 111-121.
- Bedell, S. L., Goldstein, L. S., Goldstein, A. R., & Goldstein, A. T. (2020). Cervical cancer screening: past, present, and future. *Sexual medicine reviews*, 8(1), 28-37.
- Castanheira, C. P., Sallas, M. L., Nunes, R. A. L., Lorenzi, N. P. C., & Termini, L. (2021). Microbiome and cervical cancer. *Pathobiology*, 88(2), 187-197.
- Castellsagué, X., Díaz, M., Vaccarella, S., de Sanjosé, S., Muñoz, N., Herrero, R., ... & Bosch, F. X. (2011). Intrauterine device use, cervical infection with human papillomavirus, and risk of cervical cancer: a pooled analysis of 26 epidemiological studies. *The lancet oncology*, 12(11), 1023-1031.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Hoja de datos sobre cáncer de cuello uterino. México. Secretaría de Salud; 2019.
- Fernández-Deaza, G., Caicedo-Martinez, M., Serrano, B., Roura, E., Castillo, J. S., de Sanjose, S., ... & Murillo, R. (2022). Programas de tamizaje de cáncer de cuello

uterino en América Latina: recomendaciones actuales frente a las metas de eliminación. *Salud Pública de México*, 64(4), 415-423.

Gallegos Toribio, R., Fuentes Vargas, M. A., & Gonzales Menéndez, M. J. M. (2019). Factores del estilo de vida predisponentes a displasia cervical en mujeres atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2013-2017. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 19(2), 48-56.

Hull, R., Mbele, M., Makhafola, T., Hicks, C., Wang, S. M., Reis, R. M., ... & Dlamini, Z. (2020). Cervical cancer in low and middle-income countries. *Oncology letters*, 20(3), 2058-2074.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Prevención y detección oportuna del cáncer cérvico uterino en el primer nivel de atención. México. IMSS. 2010.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informatica. Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer. Instituto Nacional de Estadística y Geografía; México. INEGI. 2022 p. 5. (Comunicado de prensa). Report No.: 74/22.

Loopik, D. L., IntHout, J., Melchers, W. J., Massuger, L. F., Bekkers, R. L., & Siebers, A. G. (2020). Oral contraceptive and intrauterine device use and the risk of cervical intraepithelial neoplasia grade III or worse: a population-based study. *European Journal of Cancer*, 124, 102-109.

Lopez Grados, K. J. (2017). Uso de los métodos anticonceptivos y su asociación con los resultados citológicos cérvico uterino en usuarias atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, año 2016.

Ma, Y. Y., Wei, S. J., Lin, Y. C., Lung, J. C., Chang, T. C., Whang-Peng, J., ... & Shen, C. Y. (2000). PIK3CA as an oncogene in cervical cancer. *Oncogene*, 19(23), 2739-2744.

Osorio, P., Romero Flores, A. D., Mesa, T., & Isabel, A. (2019). Factores de riesgo en las lesiones intraepiteliales del cuello uterino. *Revista Finlay*, 9(4), 291-305.

- Perea García, P., Colín Ferreyra, M. C., Chamú Salgado, M. C., Torres Hinojosa, M. A., & Ávila Jiménez, L. (2021). Asociación entre la ingesta de folatos y vitamina C con la neoplasia intraepitelial escamosa cervical. *Atención Familiar*, 28(3), 179-184.
- Rajkumar, R. (Ed.). (2018). *Cervical Cancer: Screening, Treatment and Prevention-Universal Protocols for Ultimate Control*. BoD—Books on Demand.
- Romero-Martínez, M., Shamah-Levy, T., Vielma-Orozco, E., Heredia-Hernández, O., Mojica-Cuevas, J., Cuevas-Nasu, L., & Rivera-Dommarco, J. (2021). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: metodología y perspectivas. *Salud Pública de México*, 61, 917-923.
- Roura, E., Castellsague, X., Pawlita, M., Travier, N., Waterboer, T., Margall, N., ... & Riboli, E. (2014). Smoking as a major risk factor for cervical cancer and pre-cancer: Results from the EPIC cohort. *International journal of cancer*, 135(2), 453-466.
- Skorstengaard, M., Lynge, E., Napolitano, G., Blaakær, J., & Bor, P. (2021). Risk of precancerous cervical lesions in women using a hormone-containing intrauterine device and other contraceptives: a register-based cohort study from Denmark. *Human Reproduction*, 36(7), 1796-1807.
- Song, D., Li, H., Li, H., & Dai, J. (2015). Effect of human papillomavirus infection on the immune system and its role in the course of cervical cancer. *Oncology letters*, 10(2), 600-606.
- Soto-Fuenzalida, G. A., Hernández-Hernández, J. A., López-Sánchez, R. D. C., Aguayo-Millán, C. D., Villela-Martínez, L. M., Espino-Rodríguez, M., ... & Ortiz-López, R. (2020). Tipificación de serotipos del virus del papiloma humano de alto riesgo. *Ginecología y obstetricia de México*, 88(10), 659-666.
- Stumbar SE, Stevens M, Feld Z. Cervical Cancer and Its Precursors. *Prim Care Clin Off Pract*. 2019 Mar;46(1):117–34.

- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 71(3), 209-249.
- Torres-Poveda, K. I. R. V. I. S., Ruiz-Fraga, I., Madrid-Marina, V., Chavez, M., & Richardson, V. (2019). High risk HPV infection prevalence and associated cofactors: a population-based study in female ISSSTE beneficiaries attending the HPV screening and early detection of cervical cancer program. *BMC cancer*, 19(1), 1-12
- Vasquez-Bonilla, W. O., Rotela-Fisch, V., & Ortiz-Martínez, Y. (2017). VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO: REVISIÓN DE LA LITERATURA. *Cimel*, 22(1).
- Wang, B., Li, X., Liu, L., & Wang, M. (2020). β -Catenin: oncogenic role and therapeutic target in cervical cancer. *Biological research*, 53.
- Yi, Y., Fang, Y., Wu, K., Liu, Y., & Zhang, W. (2020). Comprehensive gene and pathway analysis of cervical cancer progression. *Oncology Letters*, 19(4), 3316-3332.
- Zhang, S., Xu, H., Zhang, L., & Qiao, Y. (2020). Cervical cancer: Epidemiology, risk factors and screening. *Chinese Journal of Cancer Research*, 32(6), 720.
- Zheng, L., Li, T., Zhang, Y., Guo, Y., Yao, J., Dou, L., & Guo, K. (2015). Oncogene ATAD2 promotes cell proliferation, invasion and migration in cervical cancer. *Oncology reports*, 33(5), 2337-2344.
- World Health Organization: WHO. (2024, 5 marzo). *Cervical cancer*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer?gad_source=1&gclid=CjwKCAjwouexBhAuEiwAtW_Zx-VOGSSY0Rd8sTY1J9orlboA7xMoR3yvFx13CzKdam7NP669pRxIARoC_uMQAvD_BwE.

XI. ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS EN PACIENTES, PREVIO AL DIAGNÓSTICO DE DISPLASIA CERVICAL

NSS: _____

Folio: _____

Características sociodemográficas.				
1. Edad: No. _____ Años	2. Escolaridad: (1) Primaria. (2) Secundaria. (3) Preparatoria. (4) Licenciatura. (5) Posgrado	3. Ocupación: (1) Empleado (2) Desempleado (3) Estudiante (4) Ama de casa (5) Trabajo voluntario (6) Otro	4. Estado civil: (1) Soltera. (2) Casada. (3) Unión libre. (4) Divorciada (5) Viuda.	
Factores de riesgo				
5. ¿Fuma o fumo? 1.-Si 2.-No	6. Intensidad del tabaquismo No. _____ Cigarros/día	7. N° de embarazos: No. _____ Gestas	8. A utilizado métodos anticonceptivos: 1.Si 2.No	9. A utilizado métodos de barrera: 1.-Si 2.-No Condón masculino/femenino
10. Tiempo de uso de método anticonceptivo No. _____ años	11.- A utilizado métodos anticonceptivos hormonales: 1.Si 2. No	12.- ¿Cuáles y cuánto tiempo? 1.-Pastillas de anticoncepción de emergencia _____ 2.-Pastillas anticonceptivas _____ 3.- Inyecciones _____ 4.- Parche _____ 5.- Dispositivo intrauterino 6.- Implante _____	13. A utilizado métodos permanentes: 1.- si 2.- no	14. ¿Cuáles? 1.-Oclusión tubárica bilateral 2.- Vasectomía



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO SE DIRIGE A MUJERES DE 20-49 AÑOS DE EDAD QUE SON ATENDIDOS EN HGR1 IMSS QRO PARA PARTICIPAR EN LA SIGUIENTE INVESTIGACIÓN:

Nombre del estudio:	MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS EN PACIENTES, PREVIO AL DIAGNÓSTICO DE DISPLASIA CERVICAL						
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica						
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro, HGR1. IMSS Querétaro, 2022						
Justificación y objetivo del estudio:	Estamos invitando a todas las mujeres del HGR1 del servicio de displasias a participar en una investigación sobre los métodos anticonceptivos más utilizados, todo esto para mejorar los detalles acerca del uso de los métodos anticonceptivos y poder prevenir futuras complicaciones y que obtengan nueva información acerca de ellos. Para aportar información acerca del comportamiento de los problemas de cuello uterino y uso de métodos de planificación. Debido a que es importante reducir enfermedades que pongan en riesgo la salud de las mujeres.						
Procedimientos:	Una vez que usted acepte participar en la investigación y firme el consentimiento se le realizará unas preguntas en el consultorio donde se sienta cómoda se le otorgará una pluma y el cuestionario; dónde podemos valorar cuales métodos anticonceptivos fueron utilizados por usted.						
Posibles riesgos y molestias:	Esta investigación no genera riesgo para su salud, pero al contestar la encuesta puede haber preguntas que a usted le genere desagrado.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Si usted participa en esta investigación puede que no haya beneficio para las pacientes en el presente estado de la investigación, pero es probable que generaciones futuras se beneficien, dándoles mejor atención de salud. Al término de su cuestionario el investigador principal le otorgará un tríptico con la información detallada de los aspectos que debe cambiar en su vida para disminuir el riesgo de Cáncer cérvico uterino.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados serán evaluados y vistos por los investigadores, en caso de que el trabajo se publicará, los resultados o respuestas son anónimos, por lo que se respeta su confidencialidad.						
Participación o retiro:	Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en esta clínica y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes. Su participación no le otorgará ningún beneficio económico						
Privacidad y confidencialidad:	Nosotros no compartiremos la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"><tr><td>☐</td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td>☐</td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td>☐</td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	☐	No autoriza que se tome la muestra.	☐	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	☐	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
☐	No autoriza que se tome la muestra.						
☐	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
☐	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica						
Beneficios al término del estudio:	Informar sobre los resultados obtenidos.						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	Rocío Fernanda Quezada Del Ángel Residente de Medicina Familiar Unidad de adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 9 Matrícula: 98234805 Directora clínica de tesis Celular: 8332436699 Correo electrónico: fermandaquezadadelangel@gmail.com M.I.M.S.P. Roxana Gisela Cervantes Becerra Especialista en Medicina Familiar Unidad de adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 11 Matrícula: 98234805 Directora clínica de tesis Celular: 442 6037153 Correo electrónico: roxcervi@gmail.com						
Colaboradores:							
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética e Investigación localizado en la coordinación clínica de educación e investigación en salud del Hospital General Regional no 1: Avenida 5 de febrero 102, colonia Centro, CP 76000, Querétaro, Querétaro. De lunes a viernes de 08 a 16 horas. Teléfono 442 2112337, correo electrónico: comiteticainvestigacionhgr1gro@gmail.com							
Nombre y firma del paciente	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento						
Nombre y firma de algún integrante de la familia	Testigo.						
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio							
Clave: 2810-009-013							