

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
UNIDAD DE POSGRADO



TRABAJO DE POSGRADO:

**“SEGUIMIENTO DE LA EFICACIA EN LA DETECCIÓN DE LESIONES
PRECANCEROSAS CERVICO-UTERINAS A TRAVÉS DE LA CITOLOGÍA Y
COLPOSCOPIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA
ANA DURANTE EL PERIODO DE ENERO 2012 A JUNIO 2012”**

PRESENTADO POR:
DRA. BLANCA GIAMMATTEI HENRÍQUEZ
DRA. ANA SILVIA MEJÍA MARTÍNEZ

PARA OPTAR AL GRADO DE ESPECIALIDAD MÉDICA EN:
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DOCENTE DIRECTOR:
DR. CARLOS ERNESTO LÓPEZ MARTÍNEZ.

SANTA ANA

DICIEMBRE 2013
EL SALVADOR

CENTROAMERICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES



RECTOR
INGENIERO MARIO ROBERTO NIETO LOBO

VICE-RECTORA ACADEMICA
MASTER ANA MARIA GLOWER DE ALVARADO

SECRETARIA GENERAL
DOCTORA ANA LETICIA DE AMAYA

FISCAL GENERAL
LICENCIADO FRANCISCO CRUZ LETONA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
AUTORIDADES



DECANO
LICENCIADO RAUL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ

VICE-DECANO
INGENIERO WILLIAM VIRGILIO ZAMORA GIRÓN

SECRETARIO
LICENCIADO VICTOR HUGO MERINO QUEZADA

JEFE DE LA UNIDAD DE POSGRADO
MED. MAURICIO ERNESTO GARCÍA EGUIZÁBAL

COORDINADOR GENERAL DEL PROCESO DE GRADO
DOCTOR Y MASTER. ANGEL FREDI SERMEÑO MENÉNDEZ.

INDICE

	Página
Tema -----	i
Introducción-----	ii
Agradecimientos-----	iii
Justificación-----	1
Objetivos-----	2
Marco Teórico-----	4
Hipótesis-----	11
Metodología y diseño -----	11
Tablas comparativas y análisis de datos-----	14
Conclusiones -----	29
Recomendaciones -----	30
Referencias Bibliográficas -----	31

INTRODUCCION

El cáncer cervical es considerado el segundo más común entre las mujeres de todo el mundo. En El Salvador, la tasa de incidencia de cáncer del cuello uterino es de 45.6% por 100 mil habitantes y la tasa de mortalidad es de un 23.5% por 100 mil habitantes, según cifras de GLOBOCAN (Global Cancer Center, 2002), ocupan la tercera causa de muerte en la población en general, y el segundo lugar en la población femenina.

La prueba de Papanicolaou (llamada así en honor de Georgios Papanicolaou, médico griego que fue pionero en citología y detección temprana de cáncer), también llamada citología exfoliativa o citología vaginal, se realiza para diagnosticar el cáncer cervicouterino. El objetivo de esta prueba consiste en encontrar los cambios de las células del cuello uterino que son precursoras del cáncer, antes de que empiecen a causar síntomas y permitiendo que los tratamientos sean eficaces. El cáncer cervicouterino es una enfermedad 90% prevenible, si la prueba de Papanicolaou se realiza regularmente

La colposcopia es un método de exploración clínica, generalmente intervencionista, que resuelve muy bien algunos problemas del aparato genital femenino, Lo más frecuente es asociarla con la lucha contra el cáncer cérvicouterino y esto tiene una razón justa, es la neoplasia que causa más muertes en los países en vías de desarrollo, consecuencia de una mala prevención.

La colposcopia, ayuda al diagnóstico y a la aplicación de terapéuticas que requieren de un control visual preciso, el que se logra bajo la magnificación que ofrece el aparato. Pero el cérvix y el Cáncer cervicouterino no son las únicas miras de la colposcopia, se dirigen también, aunque en forma mucho menos frecuente (porque no se requiere más), a la vagina, la vulva, la región perineal y el ano. Sin embargo, la prevalencia del Cáncer cervicouterino, a lo largo del tiempo, hace que la historia del colposcopio esté indisolublemente vinculada con esta enfermedad.

Por lo tanto el presente estudio consiste en evaluar la eficacia de las citologías y colposcopias en la detección temprana del cáncer de cérvix y su resultado histopatológico en las pacientes consultantes en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana de enero 2012 a junio de 2012.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primeramente a Dios por haber iluminado nuestro camino, por nuestra finalización de tesis y a nuestros padres por su apoyo y amor.

A nuestro asesor por su dedicación y su tiempo; y demás que formaron parte importante para la realización de este trabajo.

JUSTIFICACION.

El cáncer cérvico-uterino es una neoplasia con una alta incidencia, tanto a nivel nacional como en otras partes del mundo; cuya detección en estadios tempranos es crucial importancia para reducir la mortalidad asociada a este tipo de patología.

Cualquier neoplasia es curable siempre y cuando se obtenga la oportuna identificación de estas enfermedades; mediante pruebas como la citología y la colposcopia y resultados histopatológicos para la definición de cualquier tipo de tratamiento a solucionar; de igual manera es de crucial importancia tener un entrenamiento apropiado para la resolución de estos casos.

La relevancia de todo esto radica en que un cáncer que se puede curar, cuando se detecta a tiempo; por lo que se debe asegurar y evaluar constantemente la calidad de los servicios que se brindan a la población que consulta en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

La utilización de las técnicas prescritas para la detención del cáncer cérvico uterino tiene la disponibilidad de poderse realizar en cualquier centro hospitalario independientemente su nivel, para así poder llevar mejor calidad de servicio a las pacientes.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

Verificar los resultados obtenidos en el estudio previo sobre "La eficacia en la detección de lesiones precancerosas cérvico-uterinas a través de la citología y colposcopia en pacientes del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana durante el periodo de enero 2012 a junio 2012".

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a) Determinar histológicamente los resultados a partir del estudio sobre "La eficacia en la detección de lesiones precancerosas cérvico-uterinas a través de la citología y colposcopia en pacientes del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana".

- b) Verificar el manejo proporcionado a pacientes con resultados citológicos y colposcopicos del estudio sobre sobre "La eficacia en la detección de lesiones precancerosas cérvico-uterinas a través de la citología y colposcopia en pacientes del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana durante el periodo de enero 2012 a junio 2012".

- c) Comprobar el seguimiento actual a pacientes del estudio sobre sobre "La eficacia en la detección de lesiones precancerosas cérvico-uterinas a través de la citología y colposcopia en pacientes del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana".

MARCO TEORICO

Las investigaciones realizadas en las últimas décadas, que se han basado en el trabajo de laboratorio del profesor Zur Hausen y cols. Y en los importantes estudios epidemiológicos de la doctora Nubia Muñoz y cols., han revelado que la infección por ciertos tipos oncogénicos del virus del papiloma humano (VPH) es una causa necesaria, pero no suficiente, de cáncer cervicouterino. Este conocimiento ha conducido a una etapa sin precedentes en la prevención del cáncer cervicouterino en la que nuevas tecnologías de tamizaje y de tratamiento temprano localmente apropiadas pueden reducir extraordinariamente el cáncer cervicouterino en comunidades donde la enfermedad sigue sin disminuir. Al mismo tiempo, la disponibilidad de las vacunas contra el VPH, y su prometedor potencial de lograr una prevención sin precedentes en la próxima generación, ha logrado despertar un interés renovado por el cáncer cervicouterino en todo el mundo. Esta confluencia de conocimientos, ciencia y posibilidades ha desencadenado cambios importantes en muchos países de ingresos altos y en un número sorprendente de países de ingresos bajos donde, a pesar de la carencia casi total de recursos, los gobiernos y los líderes de la sociedad civil se han unido para adoptar medidas. La mortalidad mundial por cáncer cervicouterino pone de relieve las inequidades de nuestro tiempo en cuanto a riqueza, género y acceso a los servicios de salud. Las mujeres de todo el mundo están expuestas al VPH, pero son las mujeres del mundo en desarrollo las que, durante décadas, han tenido poco o ningún acceso a la detección y el tratamiento tempranos y mueren debido a las consecuencias de la infección por este virus. Hoy en día, el cáncer cervicouterino es el segundo cáncer más común en las mujeres del mundo en desarrollo y la principal causa de fallecimiento por cáncer en las mujeres de la mayoría de los países en desarrollo. Cada año, 500.000 mujeres desarrollan cáncer cervicouterino y cerca de 275.000 mueren a causa de esta enfermedad.¹ La gran mayoría de estas defunciones prevenibles tienen lugar en los países en desarrollo, o en las comunidades desfavorecidas de los países ricos. Durante las últimas décadas, hemos sido testigos de una reducción sostenida de la incidencia y la mortalidad por cáncer cervicouterino en los países de ingresos altos. Esto se ha logrado gracias a la utilización de tecnologías eficaces de tamizaje y

tratamiento temprano que permiten detectar y eliminar anomalías cervicouterinas antes de que se desarrolle un cáncer invasivo. En muchos países, a esto se ha añadido la educación de la población, la capacitación del personal sanitario, el mejor tratamiento del cáncer y la creación de sistemas de información sanitaria sólidos diseñados para obtener datos y evaluar el impacto de los programas y las políticas. Pese a los retos continuos que se han afrontado para llegar a las comunidades marginadas, estos esfuerzos han dado resultado; por ejemplo, entre 1955 y 1992, la mortalidad por cáncer cervicouterino en los Estados Unidos descendió casi un 70% y sigue disminuyendo cerca de un 3% anual.² De igual modo, las tasas de cáncer cervicouterino en el Reino Unido en el 2008 fueron un 70% menores que en los 30 años anteriores.³ En los países de ingresos bajos y medianos, todavía no se ha logrado un éxito similar. Tras décadas de esfuerzos para aplicar las estrategias de los países de ingresos altos, los países poco desarrollados todavía están luchando para encontrar una respuesta eficaz. Entretanto, la enfermedad sigue avanzando, en parte debido al aumento de la esperanza de vida y al crecimiento de la población. Para el 2030, se “se preve que para el 2030 el cáncer cervicouterino cause la muerte de más de 474.000 mujeres por año y que el 95% de estas defunciones tengan lugar en países de ingresos bajos y medianos.” prevé que el cáncer cervicouterino se cobrará la vida de más de 474.000 mujeres por año y se espera que más del 95% de estas defunciones tengan lugar en países de ingresos bajos y medianos. De hecho se prevé que solo en el África subsahariana, las tasas de cáncer cervicouterino se dupliquen.⁴

En la última década, nuestros conocimientos, herramientas y capacidades para la detección y el tratamiento de las lesiones precancerosas cervicouterinas han cambiado drásticamente. La citología cervicouterina, también denominada prueba de Papanicolaou, ha sido la prueba de referencia para la detección del cáncer cervicouterino en todo el mundo. Esta estrategia se ha usado eficazmente en entornos de ingresos altos, pese a que sus resultados no son óptimos en lo que respecta a la identificación correcta de las mujeres con lesiones precancerosas. Esta limitación de la prueba se ha compensado mediante la realización frecuente de pruebas, la existencia de sistemas sólidos de seguimiento de las mujeres con resultados anormales y las elevadas tasas de seguimiento de las mujeres que deben volver para recibir

tratamiento. Sin embargo, en los entornos de ingresos bajos y medianos, la realización de la citología cervicouterina dista bastante de ser ideal, ya que la confluencia del rendimiento deficitario de la prueba, las limitaciones de los sistemas de seguimiento, así como las dificultades económicas y de otro tipo que impiden que muchas mujeres viajen repetidamente a los consultorios, han minimizado durante décadas el impacto de los sistemas de tamizaje. Hoy en día, la existencia de nuevas tecnologías alternativas a la citología cervicouterina representa un gran adelanto en nuestra capacidad de lograr una prevención eficaz del cáncer cervicouterino con independencia del nivel de recursos. En las próximas décadas, las nuevas tecnologías para el tamizaje y el tratamiento temprano serán el principal motor de la reducción del sufrimiento y de las muertes causadas por el cáncer cervicouterino, ya que deberán transcurrir años hasta que la vacunación contra el VPH muestre un impacto favorable sobre la incidencia y la mortalidad por esta enfermedad.

Es probable que la citología cervicouterina sea complementada por dos nuevos métodos, o incluso sea sustituida por ellos, cuando estén disponibles: uno de ellos responde a los retos técnicos y logísticos antes mencionados y el otro una prueba muy sensible y objetiva que detecta el VPH permite acortar el tiempo de obtención de los resultados para identificar y tratar las lesiones precancerosas. Ambos podrían mejorar significativamente el alcance y los resultados de los programas de prevención del cáncer cervicouterino.

CAUSAS O FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER CERVICO-UTERINO.⁵

Los factores de riesgo están relacionados con características tanto del virus como del huésped, e incluyen:

- Múltiples compañeros sexuales.
- Una pareja masculina con muchas compañeras sexuales presentes o pasados.
- Edad temprana en la primera relación sexual.
- Elevado número de partos.
- Infección persistente con un VPH de alto riesgo (como VPH 16 o 18).
- Inmunosupresión.

- Ciertos subtipos de HLA (antígenos leucocitarios humanos).
- Uso de nicotina.

-Clasificación histológica.

Se identifican diferentes subtipos de cáncer cervical:

- Carcinoma de las células escamosas, que se origina a expensas del epitelio plano; es el más frecuente (aproximadamente 80% de los casos); el precursor inmediato de este carcinoma son las lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado.
- Adenocarcinoma cervical, que constituye el 15% de los casos y se desarrolla a partir de lesiones precursoras denominadas adenocarcinoma in situ.
- Carcinomas adenoescamosos y neuroendocrinos, que constituyen el 5% restante de los casos.

Todos los tipos de tumores indicados están provocados por VPH de alto riesgo oncogénico (sobre todo VPH 16 y 18). Todos presentan las mismas características clínicas y los mismos factores de riesgo, pero los adenocarcinomas, carcinomas adenoescamosos y neuroendocrinos se detectan peor en los análisis de rutina, por lo que suelen detectarse en fases más avanzadas.

PAPANICOLAOU O CITOLOGÍA⁶. Es un examen en el cual se extrae una muestra de células del cérvix, que luego se evalúa en un laboratorio, para la detección de atipias o cáncer.

La displasia se define como la presencia de alteraciones nucleares, cambios en la relación núcleo/citoplasma y de las características citoplasmáticas de una célula.

NOMENCLATURA CITOLOGICA ⁷. Según el grado de evolución que presenten al observarlas con el microscopio se clasifican así:

Sistema Bethesda (2001): categorías

No existe lesión intraepitelial o neoplasia maligna

Anomalías de células epiteliales

Célula escamosa

Células escamosas atípicas (ASC)

‘de significado incierto’ (ASC-US)

‘no puede descartarse H-LIE’ (ASC-H)

Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (L-LIE)

Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (H-LIE)

Carcinoma de células escamosas

Glandular

Células glandulares atípicas (AGC)

(endocervicales, endometriales o no especificadas)

Células glandulares atípicas, probablemente neoplásicas

(endocervicales, endometriales o no especificadas)

Adenocarcinoma endocervical *in situ* (AIS)

Adenocarcinoma

Otros (lista no exhaustiva)

Células endometriales en mujer de más de 40 años

Para evitar el empleo indiscriminado de estas 2 categorías, se establecieron parámetros para evitar, limitar su uso y garantizar la calidad de los reportes, que consisten en permitir cifras de ASCUS-AGUS no mayores del 5% del total de los informes citológicos y una relación no mayor de 3:1.

COLPOSCOPÍA⁸. Además del examen del Papanicolaou se realizan otras pruebas para poder establecer más claramente el diagnóstico, como la *colposcopia*, (visualización del cérvix o cuello del útero durante la inspección ginecológica con la ayuda de un colposcopio) para examinar las células cervicales más detalladamente. La colposcopia nació en Alemania en 1925 y quien la inició fue Hans Hinselmann.

INDICACIONES DE COLPOSCOPIA

Cuello uterino de aspecto sospechoso.

Citología que muestra carcinoma invasor.

NIC 2 o NIC 3 en la citología.

Anomalías de bajo grado (NIC 1) que persisten durante más de 12 a 18 meses en la citología

NIC 1 en la citología.

Calidad insatisfactoria persistente en la citología.

Infección por papilomavirus humanos encógenos (VPH).

Acetopositividad en la inspección visual con ácido acético (IVA).

Acetopositividad en la inspección visual con ácido acético y lente de aumento (IVAA).

Resultados positivos en la inspección visual con solución yodoyodurada de Lugol (IVL).

TERMINOLOGÍA COLPOSCÓPICA⁹:

I. Hallazgos colposcópicos normales:

Epitelio escamoso original

Epitelio columnar o cilíndrico

Zona de transformación normal

II. Hallazgos colposcópicos anormales

Epitelio acetoblanco plano

Epitelio acetoblanco denso

Mosaico fino

Mosaico burdo

Punteado fino

Punteado burdo

Yodo negatividad parcial

Yodo negatividad

Vasos atípicos

III. Características colposcópicas sugerentes de cáncer

Invasor. Superficie irregular, erosión o ulceración

A. Cambio acetoblanco denso

B. Puntilleo y mosaico ancho e irregular

C. Vasos atípicos

IV. Colposcopia insatisfactoria

Unión escamocolumnar no visible

Inflamación o atrofia graves, traumatismo

Cuello uterino no visible.

HIPOTESIS

Hipótesis nula (Ho): No existe marcada diferencia en la eficacia de la detección de lesiones precancerosas cérvico-uterinas a través de la citología comparada con la colposcopia, en las pacientes del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

Hipótesis alterna (H1): Existe diferencia marcada en la eficacia de la detección de lesiones precancerosas cérvico-uterinas a través de la citología comparada con la colposcopia, en las pacientes del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

METODOLOGIA Y DISEÑO

-TIPO DE DISEÑO REALIZADO: observacional, analítico, prospectivo y retrospectivo.

-POBLACIÓN ESTUDIADA:

a. Población diana: Total de pacientes con lesiones precancerosas del cérvix.

b. Población de estudio: pacientes con lesiones precancerosas diagnosticadas de enero/2012 a junio/2012 =

-CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

+Pacientes con estudio de citología, colposcopia y biopsia por parafina del cuello uterino.

-CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

+Pacientes en quienes no se encontró el resultado de cualquiera de las pruebas en estudio.

+Pacientes con Cáncer invasor identificado al realizar la citología o colposcopia.

+Pacientes en control de colposcopia de año.

-CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA: se trabajara en base a la muestra previa del estudio sobre “EFICACIA EN LA DETECCIÓN DE LESIONES PRECANCEROSAS CERVICO-UTERINAS A TRAVÉS DE LA CITOLOGÍA Y COLPOSCOPIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA”.

-PROCEDENCIA DE LOS SUJETOS: Población de pacientes con lesiones precancerosas cervicales uterinas, incluidas en el trabajo antes mencionado en fechas de enero de 2012 a junio de 2012.

-MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: Se revisó expedientes clínicos de la clínica de colposcopia.

-DEFINICIÓN DE VARIABLES:

-Reporte citológico:

NIC I (LEI de Bajo grado= LEI-BG)	Displasia leve
NIC II (LEI de Alto grado= LEI-AG)	Displasia moderada
NIC III (LEI de Alto grado= LEI-AG)	Displasia severa
ASCUS	Atipia escamosa de significado indeterminado
AGUS	Atipia glandular de significado indeterminado

-Reporte colposcópico:

Hallazgos colposcópicos normales	Epitelio escamoso original Epitelio columnar o cilíndrico Zona de transformación normal
LEI de Bajo grado (LEI-BG)	Displasia leve y moderada
LEI de Alto grado (LEI-AG)	Displasia severa o cáncer in situ
Carcinoma micro invasor	Invasión microscópica
Carcinoma invasor	Invasión macroscópica
Colposcopia insatisfactoria	Unión escamocolumnar no visible Inflamación o atrofia graves Cuello uterino no visible

-ENTRADA Y GESTIÓN INFORMÁTICA DE LOS DATOS:

El procesamiento informático lo realizara el residente de gineco-obstetricia a cargo de la investigación, a través del programa Excel 2010, posterior a la aceptación del protocolo.

-ESTRATEGIA DE ANÁLISIS:

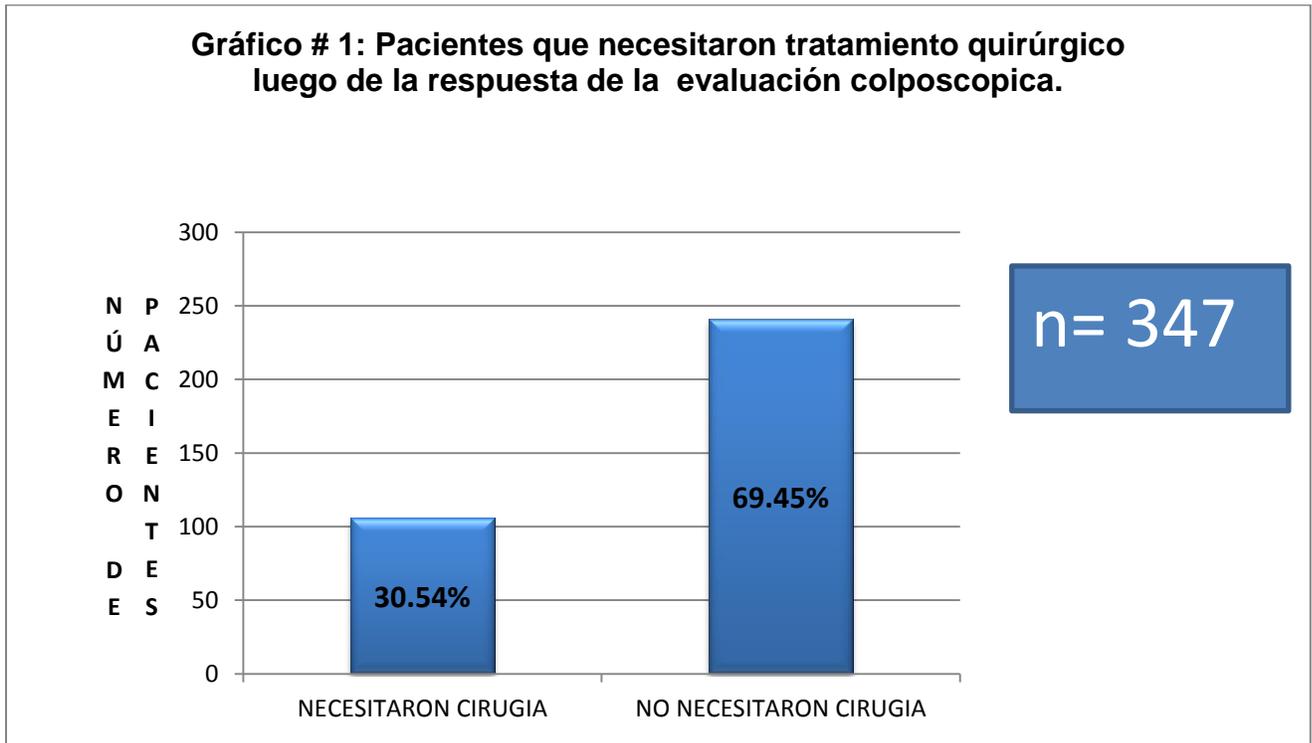
Se analizará los resultados empleando tablas de programa Excel 2010.

TABLAS COMPARATIVAS Y ANALISIS DE DATOS

Tabla # 1: Pacientes que necesitaron tratamiento quirúrgico luego de la respuesta de la evaluación colposcópica.

TRATAMIENTO RECIBIDO	# DE PACIENTES	%
NECESITARON CIRUGIA	106	30.54
NO NECESITARON CIRUGIA	241	69.45
TOTAL	347	100

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes de Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, 2012.



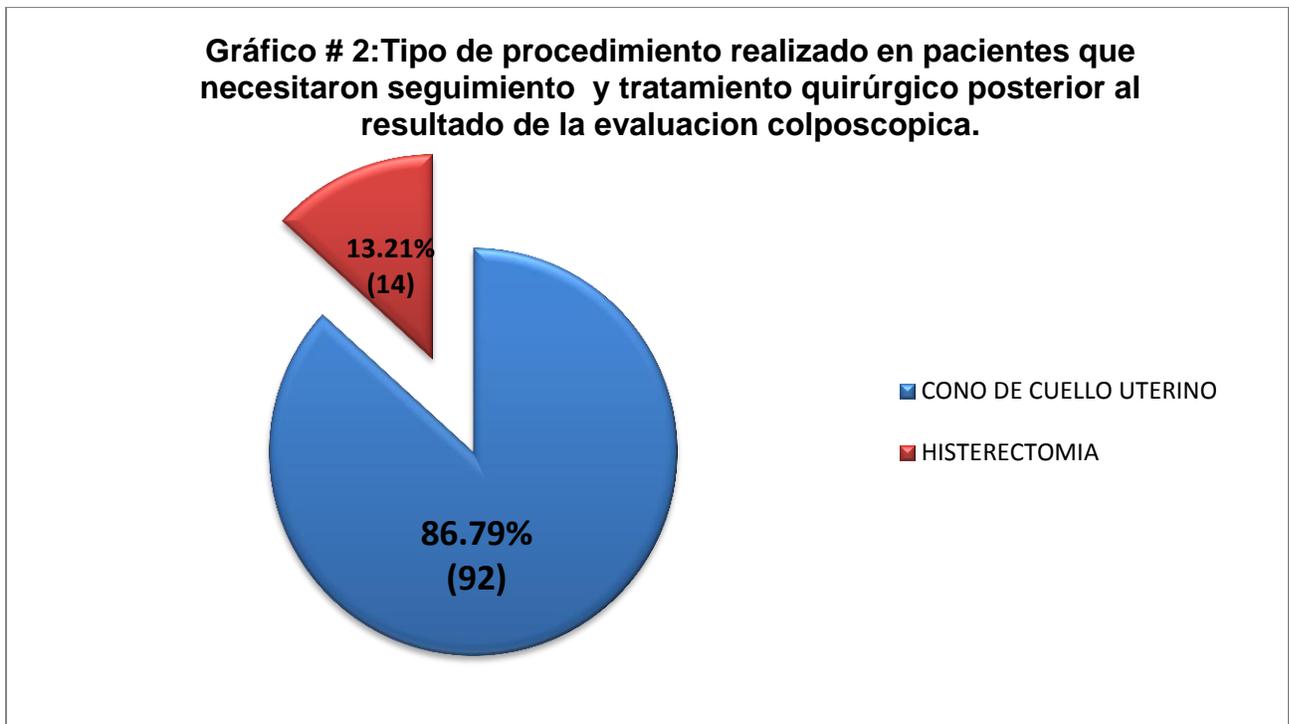
Fuente: Expedientes clínicos de pacientes de Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, 2012.

Se observa en la gráfica # 1, que de 347 pacientes evaluadas durante el periodo de enero a junio 2012 en el programa de colposcopia 106 pacientes que corresponde al 30.54%, necesitaron seguimiento y tratamiento quirúrgico.

Tabla # 2: Tipo de procedimiento realizado en pacientes que necesitaron seguimiento y tratamiento quirúrgico posterior al resultado de la evaluación colposcópica.

PROCEDIMIENTO	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
CONO DE CUELLO UTERINO (PACIENTES EN SEGUIMIENTO)	92	86.79 %
HISTERECTOMIA (TRATAMIENTO DEFINITIVO)	14	13.21 %
TOTAL	106	100 %

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes de Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, 2012.



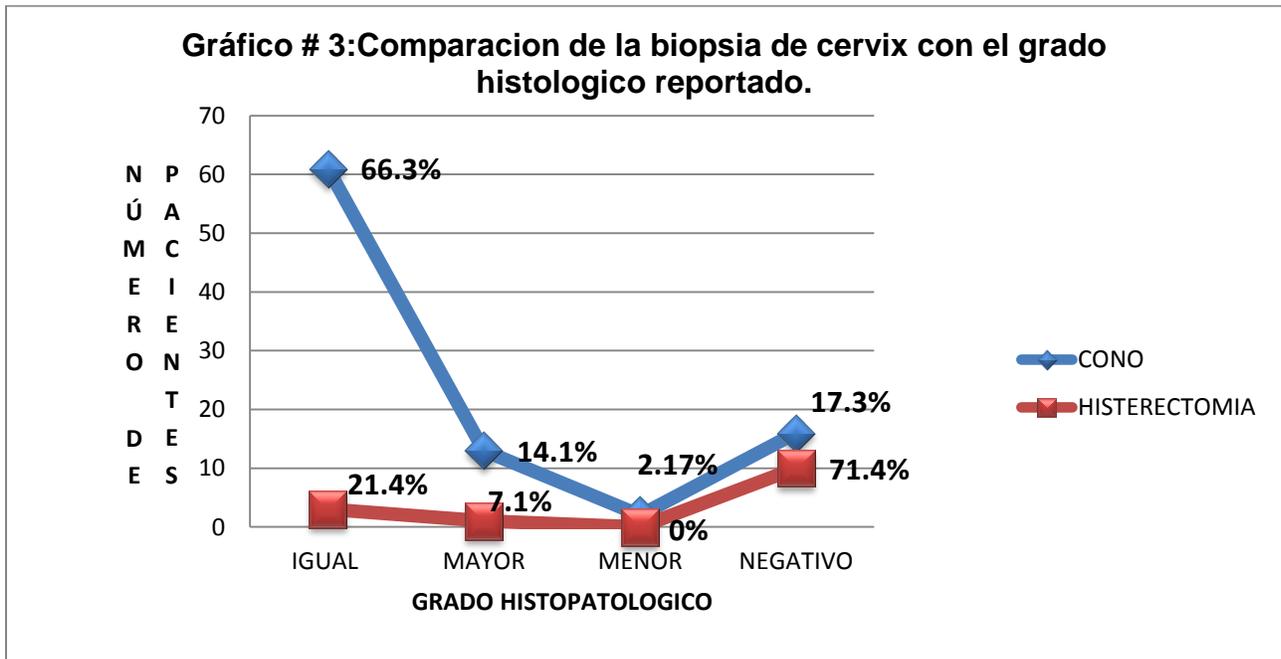
Fuente: Expedientes clínicos de pacientes de Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, 2012.

Se demuestra con la siguiente gráfica que al 86.79% se le realizó cono quirúrgico de cuello uterino, que son las pacientes que aún continúan en seguimiento en el programa de colposcopia y aun 13.21% histerectomía abdominal y vaginal según el caso como tratamiento definitivo.

Tabla # 3: Comparación de la biopsia de cérvix con el grado histológico reportado.

GRADO HISTOPATOLOGICO/PROCEDIMIENTO	CONO	PORCENTAJE	HISTERECTOMIA	PORCENTAJE
IGUAL	61	66.3%	3	21.4%
MAYOR	13	14.1%	1	7.1%
MENOR	2	2.17%	0	0%
NEGATIVO	16	17.3%	10	71.4%
TOTAL	92	100%	14	100%

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes de Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, 2012.



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes de Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, 2012

Se demuestra que un 66.3% del reporte de cono fue similar al reportado en la biopsia de cérvix, y que un 21.4% del reporte de histerectomía es similar al reportado en la biopsia del cérvix.

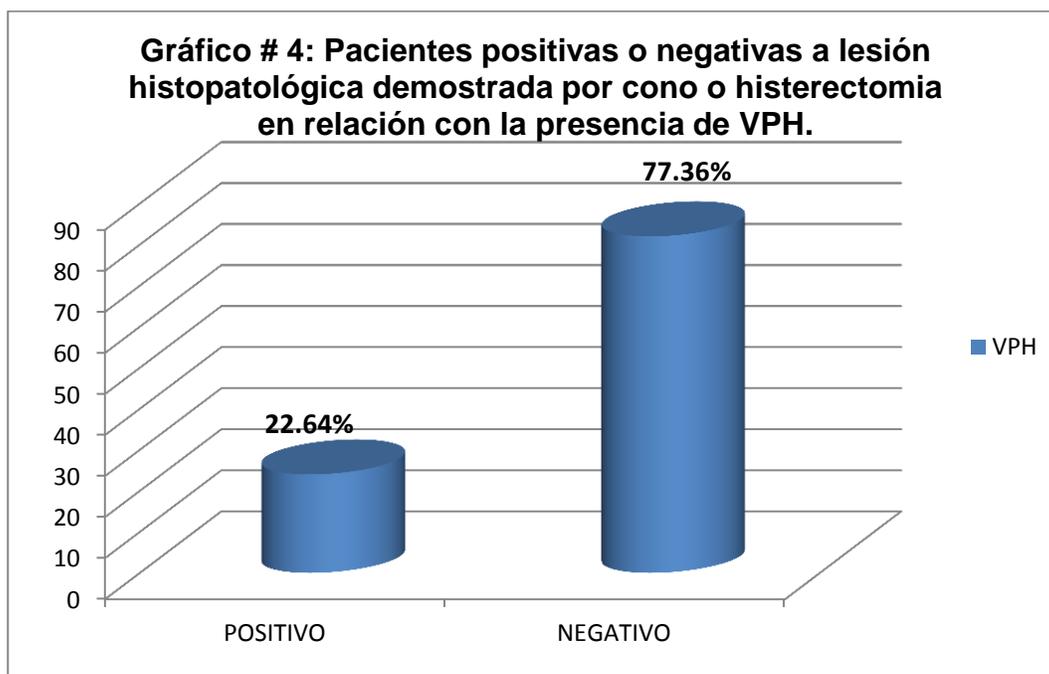
Se demuestra que un 14.1% del reporte de cono fue mayor al reportado en la biopsia de cérvix; y un 7.1% del reporte de histerectomía fue mayor que el reportado en la biopsia de cérvix; luego se sostiene que el 2.17% fue menor al resultado de la biopsia de cérvix, y de la histerectomía es el 0%.

Luego que 17.3% de la respuesta de cono fue resultado negativo en comparación con la respuesta de la biopsia de cérvix, y se hace notar que un 71.4% de las histerectomías su resultado fue negativo al comparar el resultado de la biopsia de cérvix.

Tabla # 4: Pacientes positivas o negativas a lesión histopatológica demostrada por cono o histerectomía en relación con la presencia de VPH.

RESULTADO VPH	TOTAL	%
POSITIVO	24	22.64%
NEGATIVO	82	77.36%
TOTAL	106	100%

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes de Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, 2012.



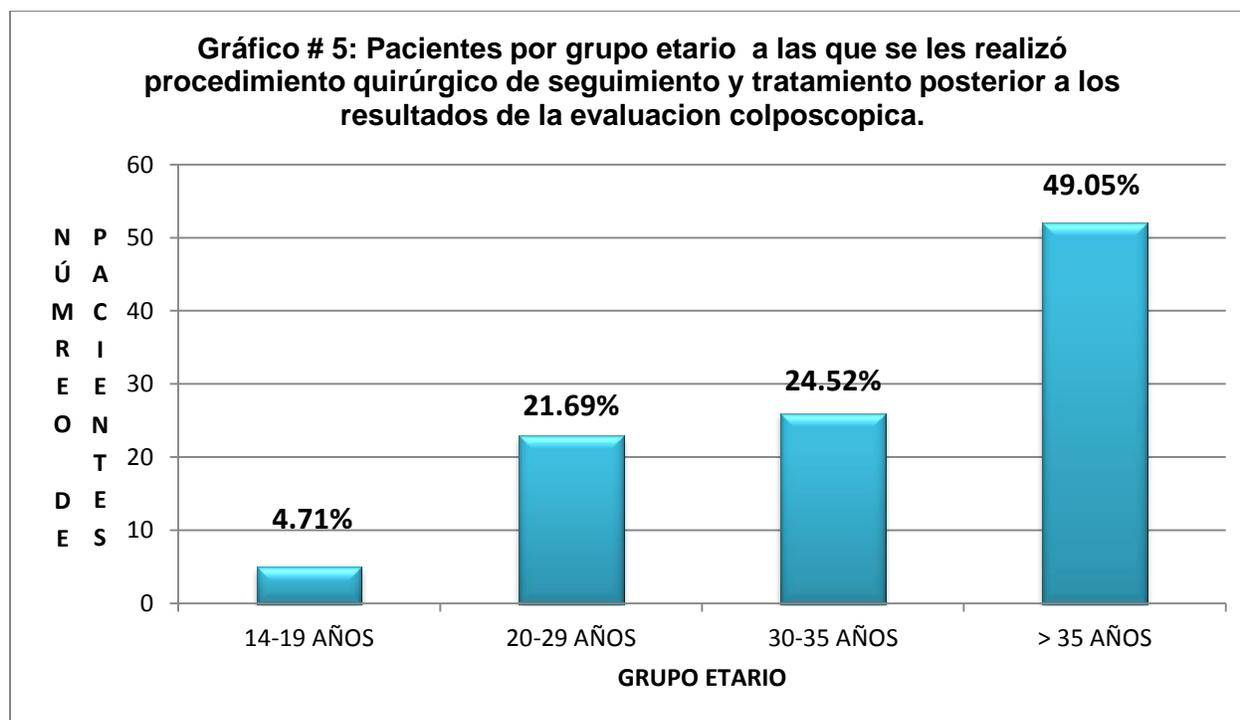
Fuente: Expedientes clínicos de pacientes de Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, 2012.

Las pacientes positivas a lesión histopatológica en relación a la presencia de VPH, tal como lo menciona la literatura mundial no son causa necesaria de cáncer cervicouterino, dado que nuestra muestra de 106 pacientes que necesitaron tratamiento quirúrgico, solo en 24 pacientes que representan el 22.64% estuvo presente el VPH.

Tabla # 5: Pacientes por grupo etario a las que se les realizó procedimiento quirúrgico de seguimiento y tratamiento posterior a los resultados de la evaluación colposcópica.

EDAD	TOTAL	PORCENTAJE
14-19 AÑOS	5	4.71 %
20-29 AÑOS	23	21.69 %
30-35 AÑOS	26	24.52 %
> 35 AÑOS	52	49.05 %
TOTAL	106	100 %

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes de Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, 2012



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes de Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, 2012

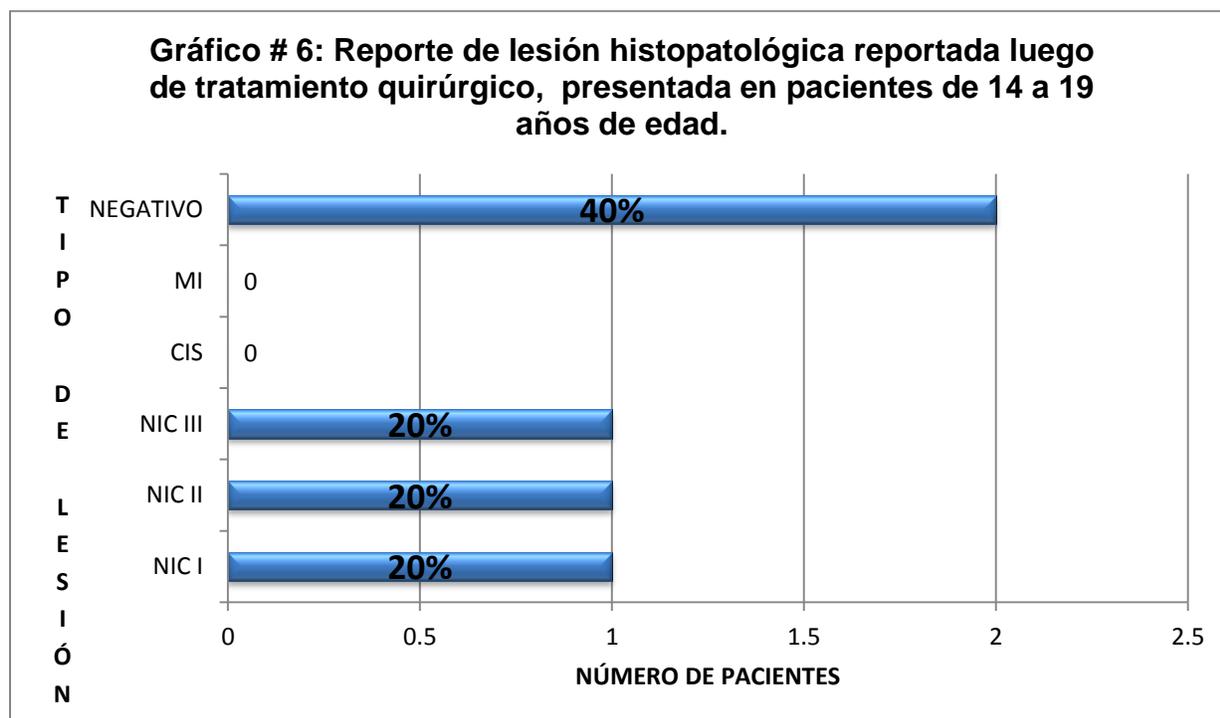
Se observa en la presente gráfica que a un 4.71% de pacientes a las que se les practico procedimiento quirúrgico está en el rango de 14-19 años, y un 21.69% corresponde al rango de edad de 20-29 años, mientras que un 24.52% es el rango de

30-35 años, demostrándose notablemente que el 49.05% corresponde a la edades mayor de 35 años.

Tabla # 6: Reporte de lesión histopatológica reportada luego de tratamiento quirúrgico, presentada en pacientes de 14 a 19 años de edad.

EDAD/LESION	NIC I	NIC II	NIC III	CIS	MI	NEGATIVO	TOTAL
14-19 AÑOS	1	1	1	0	0	2	5
PORCENTAJE	20%	20%	20%	0%	0%	40%	100%

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes de Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, 2012.



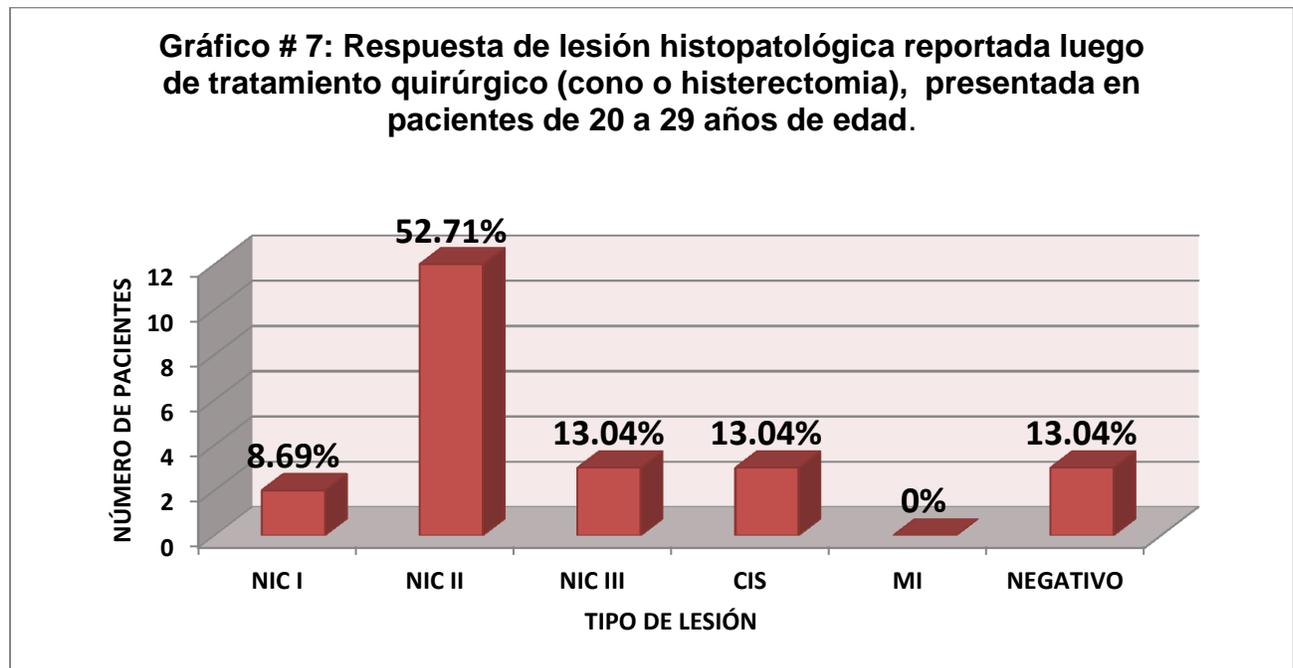
Fuente: Expedientes clínicos de pacientes de Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, 2012.

En la gráfica se observa que el 40% de resultados fueron negativos, que el 20% se reportó NIC I, 20% NIC II y el 20% NIC III.

Tabla # 7: Respuesta de lesión histopatológica reportada luego de tratamiento quirúrgico (cono o histerectomía), presentada en pacientes de 20 a 29 años de edad.

EDAD/LESION	NIC I	NIC II	NIC III	CIS	MI	NEGATIVO	TOTAL
20-29 AÑOS	2	12	3	3	0	3	23
PORCENTAJE	8.69%	52.71%	13.04%	13.04%	0%	13.04%	100%

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes de Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, 2012



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes de Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, 2012

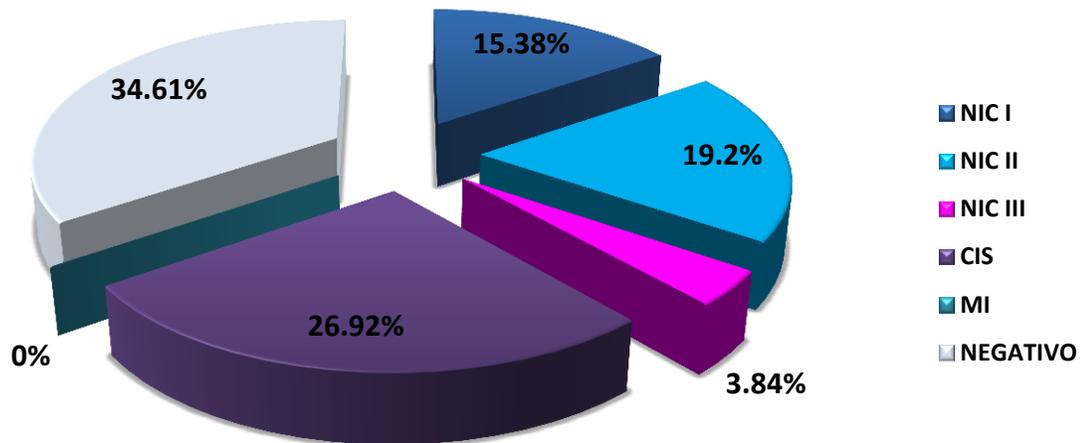
Se observa en la presente gráfica que en el 8.69% se reporta NIC I, 52.71% con NIC II, 13.04% con NIC III, 13.04% con CIS, 0% con micro-invasión y en el 13.04% resultados negativos.

Tabla # 8: Resultado de lesión histopatológica reportada luego de tratamiento quirúrgico (cono o histerectomía), presentada en pacientes de 30 a 35 años de edad.

EDAD/LESION	NIC I	NIC II	NIC III	CIS	MI	NEGATIVO	TOTAL
30-35 AÑOS	4	5	1	7	0	9	26
PORCENTAJE	15.38%	19.20%	3.84%	26.92%	0%	34.61%	100%

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes de Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, 2012

Gráfico # 8: Resultado de lesión histopatológica reportada luego de tratamiento quirúrgico (cono o histerectomía), presentada en pacientes de 30 a 35 años de edad.



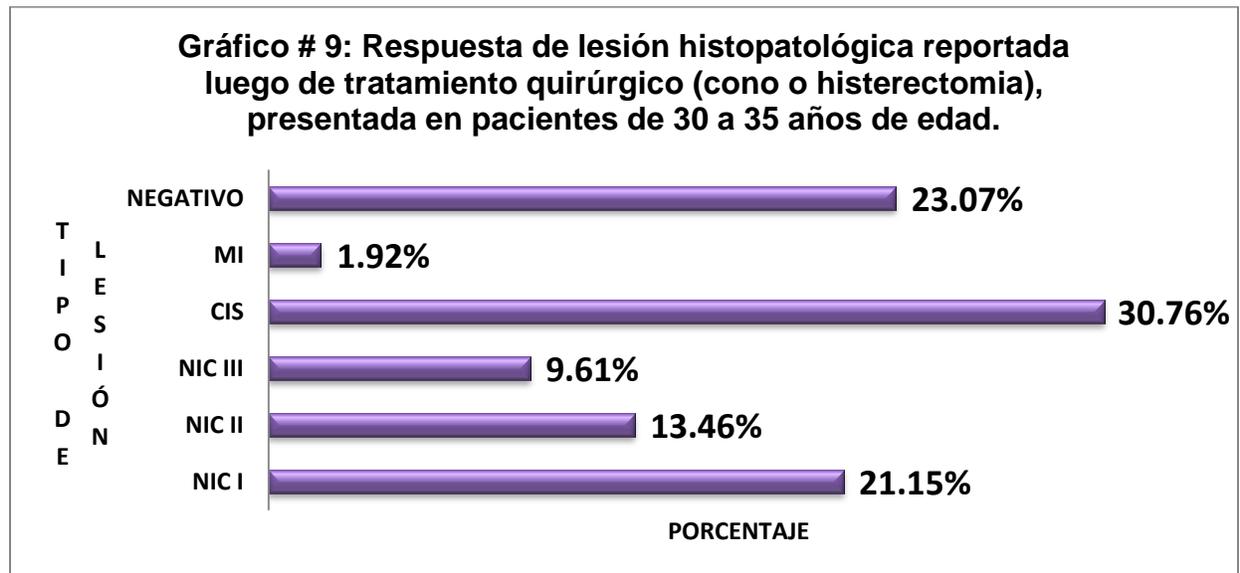
Fuente: Expedientes clínicos de pacientes de Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, 2012

Se reportaron en un 15.38% con NIC I, 19.20% con NIC II, 3.84% con NIC III, 26.92% con CIS, 0% con micro-invasión y el 34.61% negativas a lesión histopatológica.

Tabla # 9: Respuesta de lesión histopatológica reportada luego de tratamiento quirúrgico (cono o histerectomía), presentada en pacientes mayores de 35 años de edad.

EDAD/LESION	NIC I	NIC II	NIC III	CIS	MI	NEGATIVO	TOTAL
> 35 AÑOS	11	7	5	16	1	12	52
PORCENTAJE	21.15%	13.46%	9.61%	30.76%	1.92%	23.07%	100%

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes de Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, 2012.



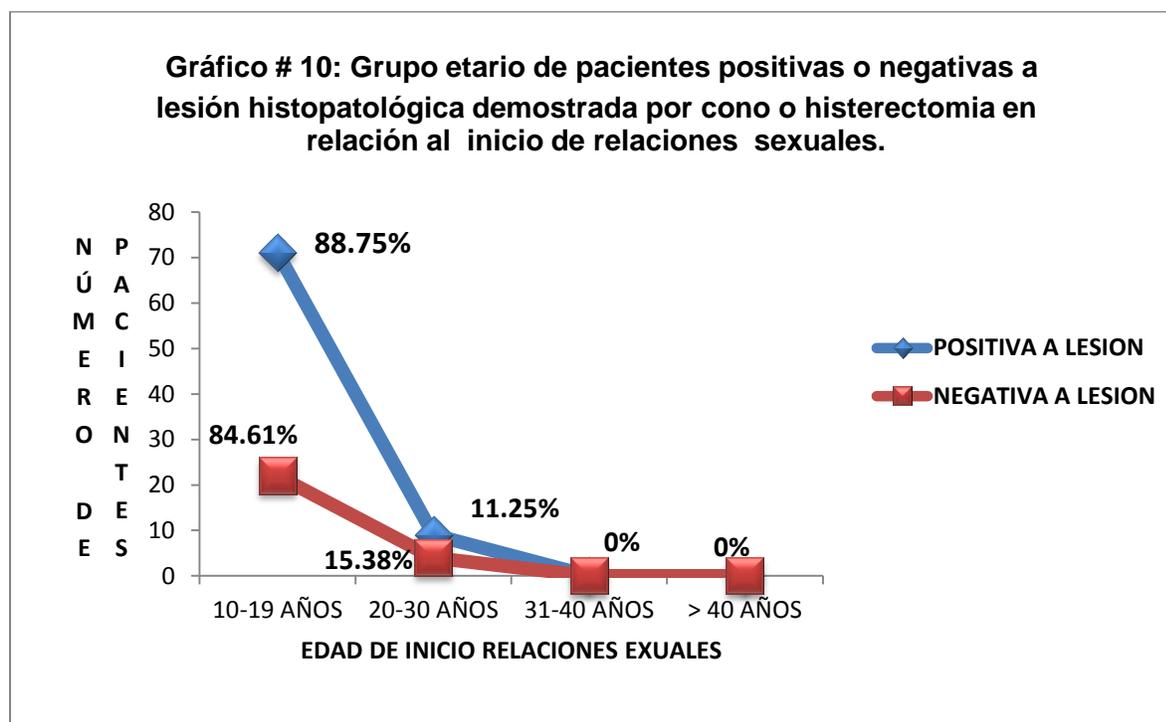
Fuente: Expedientes clínicos de pacientes de Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, 2012.

Se observa que el 21.15% se reportaron con NIC I, 13.46% con NIC II, 9.61% con NIC III, en el 30.76% se reporta CIS, 1.92% con micro-invasión, y en el 23.07% fueron negativas a lesión histopatológica.

Tabla # 10: Grupo etario de pacientes positivas o negativas a lesión histopatológica demostrada por cono o histerectomía y su relación con el inicio de relaciones sexuales.

EDAD INICIO RELACIONES SEXUALES/RESULTADO	POSITIVA A LESION	NEGATIVA A LESION
10-19 AÑOS	71 (88.75%)	22 (84.61%)
20-30 AÑOS	9 (11.25%)	4 (15.38%)
31-40 AÑOS	0 (0%)	0 (0%)
> 40 AÑOS	0 (0%)	0 (0%)
TOTAL	80 (100%)	26 (100%)

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes de Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, 2012



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes de Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, 2012

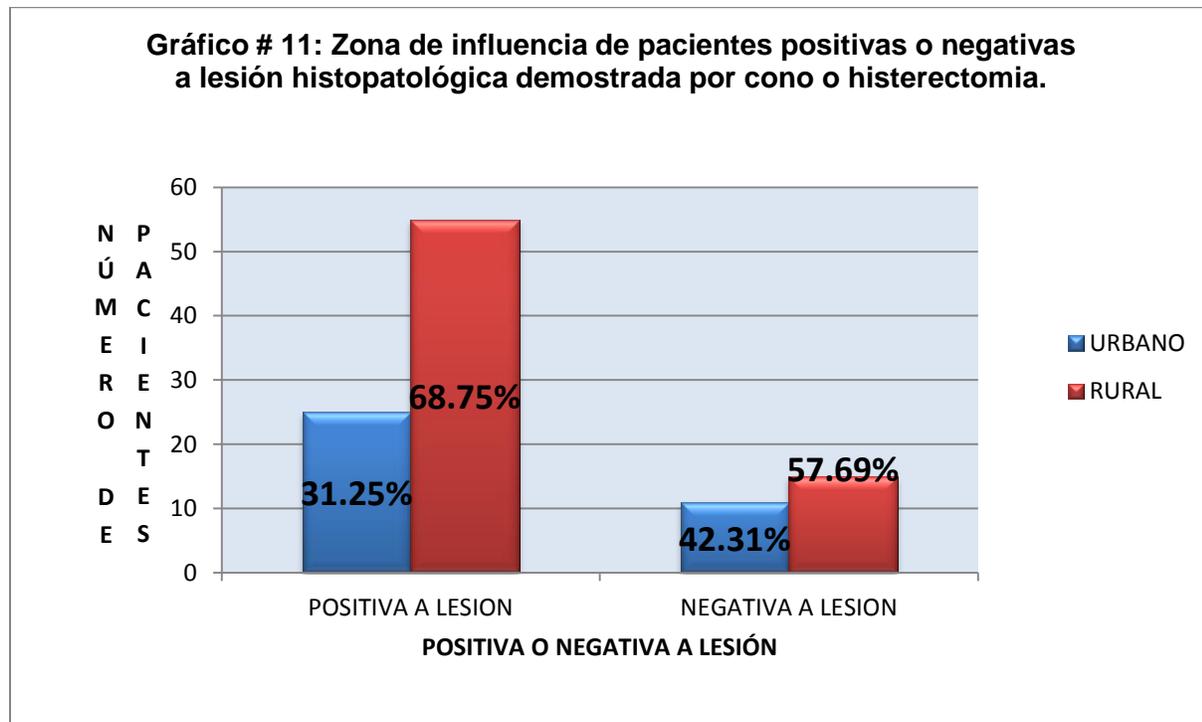
Se observa que las pacientes positivas a lesión histopatológica que son 80, en un 88.75% iniciaron relaciones sexuales entre los 14 y 19 años de edad, en el 11.25% iniciaron relaciones sexuales entre los 20 a 30 años de edad, y en un 0% entre las pacientes que iniciaron relaciones sexuales entre los 31 a 40 años de edad, al igual que las que iniciaron relaciones sexuales mayor de 40 años de edad.

Se observa que las pacientes negativas a lesión histopatológica que son 26, en un 84.61% iniciaron relaciones sexuales entre los 14 y 19 años de edad, en el 15.38% iniciaron relaciones sexuales entre los 20 a 30 años de edad, y en un 0% entre las pacientes que iniciaron relaciones sexuales entre los 31 a 40 años de edad, al igual que las que iniciaron relaciones sexuales mayor de 40 años de edad.

Tabla # 11: Zona de influencia de pacientes positivas o negativas a lesión histopatológica demostrada por cono o histerectomía.

PROCEDENCIA/RESULTADO	POSITIVA A LESION	NEGATIVA A LESION
URBANO	25 (31.25%)	11 (42.31%)
RURAL	55 (68.75%)	15 (57.69%)
TOTAL	80 (100%)	26 (100%)

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes de Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, 2012



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes de Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, 2012

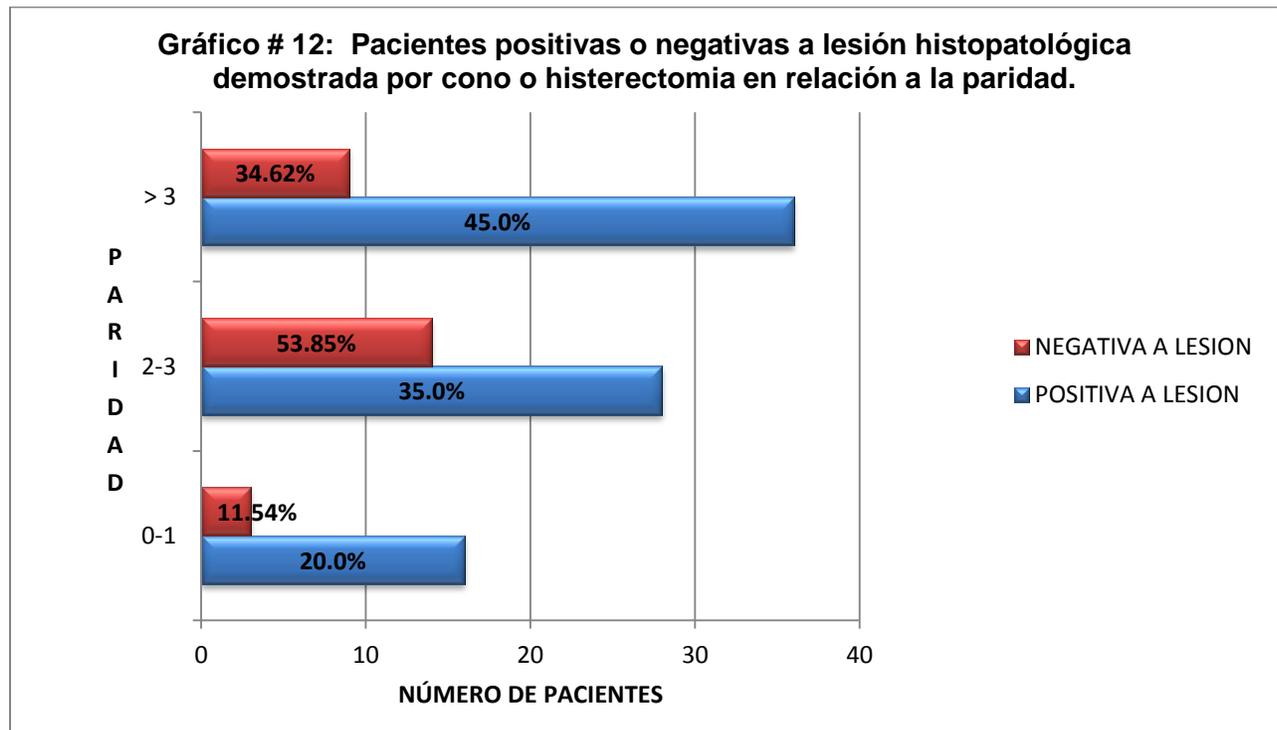
Las pacientes positivas a lesión histopatológica que son 80, según el área de influencia; en el área rural fue del 68.75% y del área urbana el 31.25%, y las pacientes

negativas a lesión histopatológica que son 26, en el 42.35% corresponden al área urbana y el 57.69% al área rural.

Tabla # 12: Pacientes positivas o negativas a lesión histopatológica demostrada por cono o histerectomía en relación a la paridad.

PARIDAD/RESULTADO	POSITIVA A LESION	NEGATIVA A LESION
0-1	16 (20.0%)	3 (11.54%)
2-3	28 (35.0%)	14 (53.85%)
> 3	36 (45.0%)	9 (34.62%)
TOTAL	80 (100%)	26 (100%)

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes de Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, 2012.



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes de Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, 2012

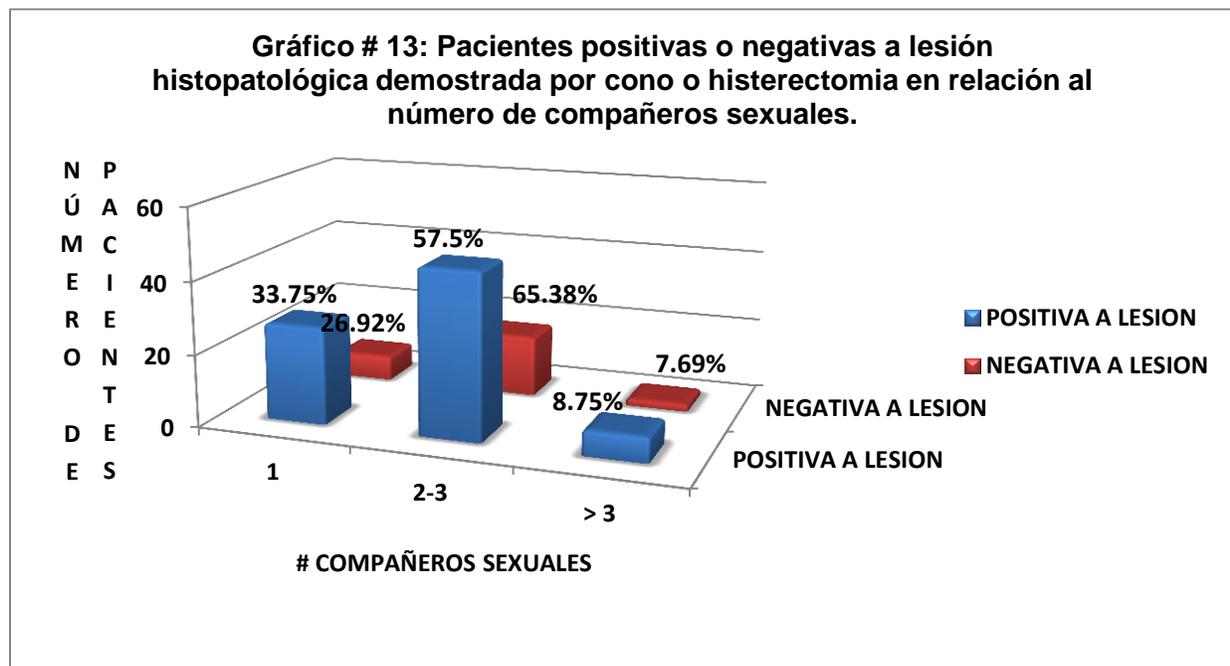
Se observa en la gráfica que las pacientes positivas a lesión histopatológica es de 80 de las cuales el 20.0% en la paridad de 0 a 1, 35.0% en la paridad de 2 a 3, y en un 45.0% en la paridad mayor de 3.

Mientras que en la gráfica las pacientes negativas a lesión histopatológica que son 26, es del 11.54% en la paridad de 0 a 1, 53.85% en la paridad de 2 a 3, y en un 34.62% en la paridad mayor de 3.

Tabla # 13: Pacientes positivas o negativas a lesión histopatológica demostrada por cono o histerectomía en relación al número de compañeros sexuales.

#COMPAÑEROS SEXUALES/RESULTADO	POSITIVA A LESION	NEGATIVA A LESION
1	27 (33.75%)	7 (26.92%)
2-3	46 (57.5%)	17 (65.38%)
> 3	7 (8.75%)	2 (7.69%)
TOTAL	80 (100%)	26 (100%)

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes de Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, 2012.



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes de Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, 2012.

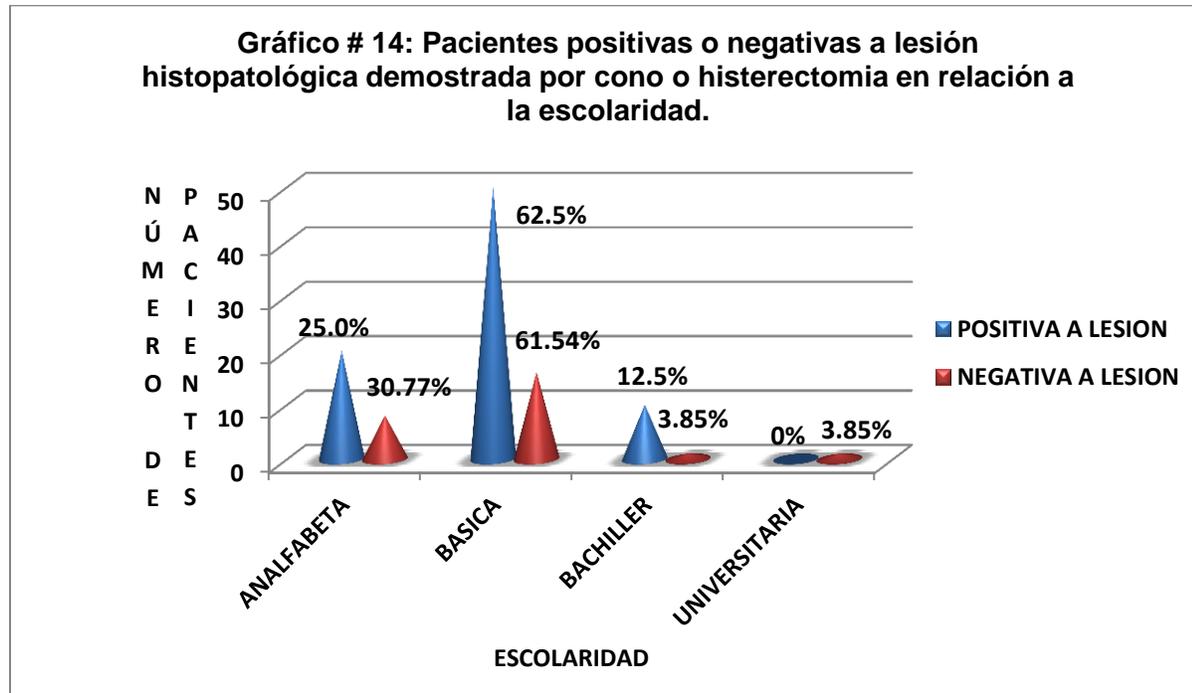
Se observa en la gráfica que las pacientes positivas a lesión histopatológica que son 80, es del 33.75% con una pareja sexual, 57.5% con 2 a 3 parejas sexuales, y en un 8.75% con más de 3 parejas sexuales.

Se observa en la gráfica que las pacientes negativas a lesión histopatológica que son 26, es del 26.92% con una pareja sexual, 65.38% con 2 a 3 parejas sexuales, y en un 7.69% con más de 3 parejas sexuales.

Tabla # 14: Pacientes positivas o negativas a lesión histopatológica demostrada por cono o histerectomía en relación a la escolaridad.

ESCOLARIDAD/RESULTADO	POSITIVA A LESION	NEGATIVA A LESION
ANALFABETA	20 (25.0%)	8 (30.77%)
BASICA	50 (62.5%)	16 (61.54%)
BACHILLER	10 (12.5%)	1 (3.85%)
UNIVERSITARIA	0 (0%)	1 (3.85%)
TOTAL	80 (100%)	26 (100%)

Fuente: Expedientes clínicos de pacientes de Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, 2012



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes de Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, 2012.

Se observa en la gráfica que las pacientes positivas a lesión histopatológica que son 80, es del 25.0% con analfabetismo, 62.5% con educación básica, en el 12.5% con bachillerato, y en un 0% de universitarias.

Se observa en la gráfica que las pacientes positivas a lesión histopatológica son de 26, es del 30.77% con analfabetismo, 61.54% con educación básica, en el 3.85% con bachillerato, y en un 3.85% de universitarias.

CONCLUSIONES

- Del total de 420 pacientes atendidas en el período de Enero 2012 a Junio de 2012, del programa de colposcopia del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, tomadas como muestra del estudio antes mencionado solo se logró recopilar la información de 347, siendo la diferencia de 73 las cuales aún están pendientes de los resultados, encontrándose que 106 que corresponden al 30.4% de pacientes necesitaron de seguimiento y tratamiento quirúrgico de acuerdo a las biopsias reportadas de cuello uterino obtenidas en la evaluación colposcópica.
- Se observó que de 106 pacientes a las cuales se les realizó procedimiento quirúrgico, 92 de ellas se les realizó cono de cuello uterino, correspondiendo a un 86.79%, y a 14 se les practico histerectomía abdominal o vaginal según el caso y que equivale al 13.21% .De estas catorce pacientes se reportó un porcentaje de 71.4% como resultado negativo. Concluimos entonces que es la histerectomía abdominal o vaginal total el tratamiento definitivo para la lesión reportada, pero que hay un alto número de reportes negativos por lo que hace pensar que fueron procedimientos quirúrgicos mayores innecesarios.
- Se comparó el grado histológico reportado en la biopsia de cérvix con respecto al resultado del procedimiento quirúrgico encontrándose igual grado histopatológico en un 66.3% de cono de cuello uterino realizado y 21.4% en las histerectomías; mientras que los resultados negativos se presentaron en un 17.3% de cono cuello uterino y un 71.4% de las histerectomías. Concluimos por ende que no se necesitó procedimiento quirúrgicos mayores para cualquier grado de lesión reportada.

RECOMENDACIONES

- Continuar con este tipo de investigación científica, ya que con estos se engrandecen los conocimientos tanto de la patología, como de la epidemiología que incide en el apareamiento de estos procesos
- Mayor capacitación al personal encargado de los programas de detección temprana del cáncer cervico uterino, así como del personal encargado de procesar las muestras tomadas al inicio del estudio de las lesiones pre-malignas, ya que se observó una alta incidencia de falsos positivos.
- Actualización constante al personal médico del programa de colposcopia del departamento de ginecología y obstetricia.
- Se recomienda un análisis completo en cada caso en particular con la normativa correspondiente, al momento de indicarle a la paciente un tratamiento quirúrgico definitivo.

BIBLIOGRAFIA

1. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase n.º 10. Lyon, Francia: Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer; 2010. globocan.iarc.fr. Última consulta: 5 de octubre del 2010.
2. Detailed Guide: What are the key statistics about cervical cancer? Sitio web de la American Cancer Society: www.cancer.org/Cancer/CervicalCancer/Detailedguide/cervical-cancer-key-statistics. Revisado el 16 de diciembre del 2010. Última consulta: 31 de enero del 2011.
3. Estadísticas de la mortalidad por cáncer cervicouterino en el Reino Unido. Sitio web de Cancer Research UK: info.cancerresearchuk.org/cancerstats/types/cervix/mortality/. Última consulta: 23 de noviembre del 2010.
4. Projections of mortality and burden of disease, 2004-2030. Sitio web de la Organización Mundial de la Salud: www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections/en/index.html. Última consulta, 23 de noviembre del 2010.
5. Kumar, MBBS, MD, FRCPath, V.; Abul K. Abbas, MBBS, Nelson Fausto, MD and Jon Aster, MD. «Cervix: premalignant and malignant neoplasms». En Saunders (Elsevier). *Robbins & Cotran Pathologic Basis of Disease* (8th edición).
6. Lacruz C. Nomenclatura de las lesiones cervicales (de Papanicolaou a Bethesda 2001). *Rev Esp Patol.* 2003;36:5-10.
7. Lacruz C. Nomenclatura de las lesiones cervicales (de Papanicolaou a Bethesda 2001). *Rev Esp Patol.* 2003;36:5-10.
8. Julian TM. Manual de colposcopia clínica. Madrid: Parthenon Publishing Group, 2000;pp:56-72.
9. Walker P, Dexeus S, De Palo G, Barraso R, y cols. International Terminology of Colposcopy: An Updated Report From the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. *Obstet Gynecol* 2003; 101:175-