

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**FACULTAD DE MEDICINA**



**Trabajo de Investigación**

**Factores de riesgo que inciden en la aparición**

**Del cáncer de cervix en el Hospital Divina**

**Providencia.**

**ASESORES:**

**Dr. Julio Mendoza Duran**

**Dr. Melitón Mira Burgos**

**Trabajo elaborado por:**

**Glenda Verónica Henríquez Pérez.**

**Carolina Guadalupe Linares Mata.**

**María Teresa Gómez Mencia**

**Santa Ana 7 de Marzo del 2002**

## I. INTRODUCCIÓN.

El Salvador es uno de los países más pequeños del continente Americano, esta situado en América Central, teniendo al norte la República de Honduras, al Sur el Océano Pacífico con 260 Kms de costa, al Oeste la República de Guatemala y al Este la República de Honduras y Nicaragua con el Golfo de Fonseca de por medio.

Con una extensión territorial de 21,040,79 Kms<sup>2</sup> y una población estimada para el año de 1998 de 6,031,326 habitantes. El Salvador tiene la tasa más alta de densidad poblacional de Centro América con 287 habitantes por kilómetro cuadrado.

Políticamente se divide en 14 departamentos, subdivididos a su vez en 262 municipios la mayoría de la población es de religión católica, el idioma oficial es el español.

La estructura social y económica es heterogénea y desigual por regiones geográficas. La población rural se estima en 42 % se destacan entre los más poblados a Soyapango, Santa Ana y San Miguel.

La esperanza de vida al nacer se estima de 69.4 años siendo 66.5 para los hombres y 72.5 para la mujer. Para 1998 la población total de mujeres en edad fértil de 15-49 años de edad se estima en 1,580,564 y la de niños menores de 5 años en 788,148.

La edad al momento de la primera unión, (legal o de hecho) y a la primera relación sexual son variables que pueden influir en la relación con la fecundidad.

Se observa que la proporción de mujeres con experiencia sexual varía de 30.9 % entre las adolescentes (15-19 años) al 69.4 entre las jóvenes (20-24 años) es de esperar que a medida que la edad aumenta, aumente la probabilidad de haber tenido relaciones sexuales. Este diferencial es más claro atendiendo a la edad simple ya que la proporción

con experiencia sexual asciende de 8.9 % entre las mujeres de 15 años a 76.3 % entre las de 24 años. El porcentaje con experiencia sexual presenta una relación inversa con el nivel educativo bajando de 76.3 % entre las mujeres sin ninguna educación formal a 33 % entre las mujeres que tienen primero o más años de escolaridad.

Como parte del análisis de la salud de la mujer se indaga sobre el uso de servicios de detección precoz de Cáncer Cervico Uterino, entre las mayores de 15-49 años que han tenido experiencia sexual 79.2 % reporta que al menos en una oportunidad se han tomado la citología, esta proporción cambia de 83 % del área urbana a un 74.8 % en el área rural.

Al evaluar el uso de la prueba del Cáncer o citología según los factores de riesgos, se observan que la proporción que se ha hecho la citología en alguna oportunidad cambia del 60.9 % entre las que tienen menos de 25 años a 86.1 % entre las que tienen 25 años o más.

## **II. JUSTIFICACIÓN.**

Se tomo en cuenta para realizar este trabajo el alto número de casos de Cáncer Cervico Uterino que sé a podido observar en los últimos años.

Además hay que tomar en cuenta la proporción de mujeres en edad fértil y activas sexualmente activas que no se realizan un examen de papanicolao a esto el nivel sociocultural que rodea a la mayoría de la población salvadoreña y sus creencias sobre la toma del examen.

Esperamos que con el siguiente trabajo se pueda observara a groso modo los factores que favorecen a la aparición de este tipo de Cáncer entre la población salvadoreña.

### III. OBJETIVOS.

#### OBJETIVO GENERAL:

Identificar los factores asociados al Cáncer Cervicouterino en etapas avanzadas en la población de mujeres con cáncer de cervix en el Hospital Divina Providencia, San Salvador.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a) Determinar los factores de las pacientes con cáncer de cervix como son la paridad y los números de compañeros sexuales influyen en la aparición de cáncer de cervix.
- b) Demostrar en que grupos étnicos prevalece el cáncer de cervix en la población en estudios.
- c) Correlacionar si factores sociales tales como el nivel de escolaridad y ocupacional de la paciente, así como el oficio del compañero de vida están vinculados en la aparición del cáncer cervicouterino.

## **V. MARCO TEORICO**

El Cáncer del cuello uterino es un proceso maligno relativamente frecuente, se calcula que aproximadamente 2 % de las mujeres mayores de 40 años lo desarrollan.

La edad promedio de diagnóstico de las enfermas con cáncer cervical es de 45 años, pero la enfermedad puede ocurrir inclusive en la segunda década de la vida y ocasionalmente durante el embarazo. Mas del 95 % de las pacientes con carcinoma incipiente del cerviz pueden ser curadas.

La causa del cáncer cervical se desconoce, pero se han encontrado ciertos factores predisponentes; la actividad sexual parece estar relacionada con la enfermedad, el coito a una edad temprana constituye un factor altamente significativo; este cáncer es 4 veces mas frecuente entre las mujeres promiscuas que entre las que no lo son y es excepcional entre las solteras, la frecuencia es muy inferior entre las mujeres hebreas, quizás debido a una inmunidad heredada o a la circuncisión del cónyuge y a una mejor higiene genital.

El cáncer de Cuello es uno de los más estudiados, por el hecho de ser muy accesible y frecuente, de tal manera que en la actualidad es una de las neoplasias mejor conocidas en cuanto a su epidemiología, etiopatogenia e historia natural.

### **ANATOMIA E HISTOLOGIA.**

El cervix es la porcion inferior del útero, se divide en 2 porciones: Una porcion intravaginal, recubierta por ectocervix, que puede observarse directamente con la ayuda de valvas o espejulo, y la otra porcion, el canal cervical, mediante el cual se comunica la vagina con la cavidad uterina que esta recubierta por el endocervix.

Este canal esta definido por abajo con el orificio cervical externo (OCE) y por arriba con el orificio cervical interno (OCI). El ectocervix esta recubierto por un epitelio poli estratificado, semejante al que cubre la vagina y el endocervix por una sola capa de células epiteliales cilíndricas alargadas.

El epitelio ectocervical es de tipo poli estratificado o pavimentoso, asienta sobre una membrana basal y esta constituido por varias capas. Se suele admitir la clasificación descrita de Dierks, quien distingue 5 capas:

- a) Zona basal.
- b) Zona parabasal.
- c) Zona intermedia.
- d) Zona de condensación.
- e) Zona superficial.

El grosor del epitelio y el número de capas varia según la edad de la mujer y la situación hormonal.

Es así como el epitelio del ectocervix tiene una arquitectura bien definida, otra característica es la diferenciación celular mientras que las células basales y parabasales tienen un núcleo grande y escaso citoplasma, las de las capas superficiales tienen un núcleo pequeño y citoplasma grande y fino. Esta arquitectura normal se distorsiona en los procesos malignos.

El canal endocervical esta recubierto por un epitelio cilíndrico que asienta sobre una membrana basal. Las células son alargadas y se disponen en una sola hilera en empalizadas y con el diámetro longitudinal perpendicular a la membrana basal.

El núcleo es oval y se localiza en el polo basal. Este epitelio endocervical mucíparo se dispone formando cavidades a modo de hendiduras o repliegues de la mucosa.

#### Zona escamocolumnar o Zona de Transición:

Sobre el OCE, suele situarse la zona de tránsito del epitelio poli estratificado del ectocervix. Al cilíndrico del endocervix. Hoy en día sabemos que lo más frecuente es que exista una zona transicional con una extensión que va desde menos de 1 mm hasta 13 mm, en esta zona y en sus proximidades es donde se producen frecuentes fenómenos de transformación del , Epitelio cilíndrico en epitelio pavimentoso, proceso que ha recibido el nombre de metaplasia escamosa, fenómeno considerado normal que se produce en casi todas las mujeres varias veces a lo largo de la vida.

Este tipo de modificaciones cervicales se ha atribuido a 3 posibles causas: infecciosa, hormonal o traumática.

#### Displasia y carcinoma in situ:

Como hemos visto, puede existir una invasión fisiológica por tejido endocervical de una zona más o menos extensa del exocervix que, mediante un proceso de repitelización se repara siendo sustituido por un epitelio poli estratificado exactamente igual que el originario. En ocasiones, el proceso de reparación se altera, de tal forma que el epitelio escamoso que se origina no es normal, y se produce una alteración de la arquitectura del epitelio, y de las características de las células que lo constituyen. -. Estas modificaciones epiteliales pueden tener un carácter benigno o maligno.



A este epitelio escamoso anormal se le ha denominado Displasia que se definió en el 1er. congreso Internacional de Citología celebrado en Viena en 1961 como epitelios poli estratificados que asientan en la superficie o en las glándulas con alteraciones en la diferenciación que no llegan a ser tan intensos como las del carcinoma in situ.

Las displasias han sido clasificadas según su variedad en 3 grados: leve, moderada y grave.

El Carcinoma intraepitelial o Carcinoma in situ es una lesión cualitativamente igual a las displasias pero con alteraciones cuantitativamente más graves. Richard, en 1967, acuña la expresión Neoplasia Intraepitelial Cervical, (NIC) denominación que incluye todas las lesiones, displasia y carcinoma in situ, admitiéndose que no son sino etapas del espectro de una misma lesión. Según su gravedad se admiten 3 tipos de NIC: NIC I se equipara a la displasia leve, NIC II se equipara a la Displasia moderada. Y NIC III se equipara a la displasia grave y al carcinoma in situ. La anterior es la teoría de las tres etapas. Según el sistema Bethesda se divide las anomalías en dos grupos, lesión escamosa intraepitelial de bajo grado y lesión escamosa intraepitelial de alto grado.

Epidemiología:

El cáncer de cervix es una causa importante de morbimortalidad en la mujer, su frecuencia varía de unos países a otros a sí por ejemplo en algunos países latinoamericanos \* y la India es el cáncer más frecuente en la mujer mientras que en algunos países industrializados ocupa el quinto lugar. Obviamente, el estrato económico y los hábitos sociales desempeñan un papel importante en la incidencia del cáncer de cervix en las tres últimas décadas se ha observado una disminución del cáncer de cervix invasivo en la mayoría de países industrializados

•hecho que se atribuye fundamentalmente a los métodos de diagnóstico precoz entre ellos el más importante la prueba de papanicolaou.

La edad media de aparición del cáncer Cervicouterino invasivo son los 54 años pero en las últimas décadas cada vez es más frecuente en mujeres jóvenes.

Factores de riesgo:

Actualmente se conocen muchos factores de riesgos relacionados con el cáncer de cervix no obstante hoy en día la opinión general es que la mayoría de los cánceres de cuello deben considerarse como una enfermedad de transmisión sexual.

1- Genéticos:

Se han descrito casos de cáncer de cervix en madres e hijas en las cuales se podrían excluir otros factores de riesgos.

2- Socioeconómicos:

Es un hecho conocido que en las capas más deprimidas de la sociedad es más frecuente este tipo de cáncer en la mujer.

3- Hábitos nocivos:

En este apartado merece señalarse la influencia del alcohol y el tabaco. No está claro la relación de alcoholismo y cáncer de cuello aunque es posible que las mujeres alcohólicas presenten otros factores de riesgo aunque es evidente la relación entre tabaquismo y cáncer de cervix no se conoce el mecanismo último por el cual puede inducir la atipia celular.

#### 4- Fármacos:

• Hay dos tipos de medicamentos que se ha relacionado con cáncer de cuello el dietilestilbestrol (DES), y los anticonceptivos orales (ACO), en estudios se han demostrado que riesgo de padecer un adenocarcinoma hasta la edad de 34 años es de uno en mil en las mujeres que han recibido el DES durante su vida.

En el momento actual los ACO per se no aumentan el riesgo de cáncer de cervix o si lo hacen seria minimamente.

#### 5- Inmunitarios:

Situaciones de inmunodepresión favorecen la aparición de cáncer en general y de carcinoma de cervix en particular, también es conocida la mayor incidencia de cáncer de cuello en las enfermas de SIDA esto se interpreta como consecuencia de una mayor vulnerabilidad a las infecciones pero también seria motivado por la inmusupresion que ellas padecen.

#### 6- Paridad:

En la actualidad se considera que la paridad per se no constituye un factor de riesgo y que este viene determinado por las relaciones sexuales.

7- Factores sexuales: hoy en día se piensa que la mayoría de casos de cáncer de cervix están relacionado con la actividad sexual siendo considerado por algunos como una enfermedad de transmisión sexual, los factores de la sexualidad que se consideran hoy en día de riesgos son: Precocidad en el comienzo de las relaciones sexuales. Las mujeres que comienzan las relaciones sexuales antes de los 16 años

---

• ginecología uzandizaga vol II

tienen dos veces más posibilidades de padecer de cáncer de cervix que los que lo hacen a partir de los 20.

- a) Múltiples compañeros sexuales, mujeres con mas de 10 compañeros sexuales tienen un riesgo tres veces mayor de padecerlo así como la ocupación del compañero de vida.
- b) Factor masculino, en estudio se ha encontrado cierta relación de mujeres monógamas y él numera de compañeros sexuales de su marido.
- c) Infecciones de transmisiones sexuales. En a actualidad puede asegurarse que no existe una relación etiológica entre sífilis, tricomoniasis, y gonocócica e infecciones por clamidias e infecciones de cerviz. Hoy en día no hay una prueba que permita relacionar el virus del herpes virus simple tipo 2 como agente etiológico del cáncer de cuello.
- d) Papiloma y cáncer de cervix, en los últimos años la relación del cáncer de cervix y virus del papiloma humano a alcanzado una relevancia especial. Se ha logrado clonar diferentes tipos del VPH unos más benignos y otros relacionados con NIC.

## Historia Natural y Extensión del Cáncer de Cervix:

El cáncer de cervix comienza siendo una enfermedad local, en principio limitada al espesor del epitelio, un porcentaje difícil de determinar regresa y otro progresa a cáncer micro invasor; después, pasaría a ser un cáncer invasor clínicamente oculto y posteriormente, a la forma sintomática, para terminar causando la muerte de la paciente.

Estimándose que el tumor comienza a ser micro invasor hasta la muerte de la paciente transcurren aproximadamente unos 12 a 13 años.

La extensión del tumor se produce mediante 2 mecanismos: por continuidad (invadiendo los tejidos vecinos) y por difusión (vía metástasis) Como por vía linfática y hemática.

Extensión por continuidad suele afectar a la vagina, pudiendo invadirla hasta su tercio inferior. El crecimiento en profundidad produce la invasión de los parametrios y más tarde puede invadir la vejiga y el recto.

Extensión por difusión: se produce por vía linfática por la que por la que tiene mayor afinidad, siendo muy rara la propagación por vía hemática.

Los ganglios pélvicos son los primeros y más frecuentemente afectados. Dentro de estos las cadenas implicadas mas a menudo son la iliaca externa, fosa obturatriz y pre-aórticos.

Como es lógico, la incidencia de metástasis de los ganglios aumenta a medida que lo hace el grado de extensión del tumor.

## CLINICA.

El cáncer de cervix es un tumor muy poco expresivo desde el punto de vista clínico.

Los síntomas que pueden dar no son muy característicos y cuando aparecen lo hacen muy tarde. Los más frecuentes son: metrorragia y leucorrea al principio y más tarde dolor pélvico, trastornos urinarios y digestivos.

Metrorragia: suele ser de escasa cuantía de sangre roja, casi siempre provocada por las relaciones sexuales, suele ser abundante en los casos muy avanzados.

Leucorrea: con frecuencia es de color rojo claro como agua de lavar carne, por su mezcla con sangre. En los casos muy avanzados puede ser purulenta, como consecuencia de la infección de zonas necrosadas del tumor.

Dolor: el dolor localizado puede ser muy variado, dependiendo de las zonas que invada el tumor. Estos síntomas son siempre de aparición tardía.

Trastornos urinarios y rectales: en estadios avanzados pueden aparecer síntomas de cistitis, hematurias e hidronefrosis por compresión parametrial de los uréteres, pueden existir trastornos de tránsito intestinal o rectorragias tardíamente.

Cuando el cáncer de cervix es invasor su diagnóstico suele ser fácil. La clínica llevará a realizar una exploración y al visualizar el cuello con espejo se observa una lesión más o menos extensa que debe biopsiarse además en cualquier caso, se procederá al legrado endocervical, porque el diagnóstico definitivo debe ser histológico.

No obstante la prioridad en el diagnóstico del cáncer de cervix debe ser en la fase de NIC, o cuando la invasión es muy incipiente. De ello se ocupa el diagnóstico precoz.

## DIAGNOSTICO PRECOZ

En primer lugar el diagnóstico precoz del cáncer de cervix tiene que plantearse bajo el supuesto de que las mujeres que padecen este tipo de tumor en un estado muy precoz están sintomáticas, es decir son mujeres que se sienten muy sanas.

El segundo lugar, para que sea eficaz debe de realizarse a toda la población susceptible de padecer este tipo de tumor lo cual obliga a la identificación de grupos de riesgo. Una vez identificada la población de riesgo, el diagnóstico precoz se hará utilizando como primer escalafón en la posible secuencia de pruebas la citología vaginal y la inspección del cuello ( prueba de pappanicolau.

Papanicolau: desde la introducción del frotis de Papanicolau para la detección del cáncer cervical la frecuencia de la neoplasia cervical a disminuido significativamente allí la importancia que se implemente la toma del Papanicolau en el servicio de atención integral a la mujer. De esta manera los casos positivos podrán ser captados en estadios tempranos lo que permitirá un manejo terapéutico adecuados y un mejor pronóstico para la paciente.

Técnica: se toman dos muestras de la manera siguiente:

Aplicador largo: humedecer la punta del algodón de un aplicador en solución salina(esta última no es imprescindible)e insertarlo en el orificio cervical; Retirarlo y aplicarlo en el

extremo derecho de la lámina en movimiento suave de zig-zag y rotativo, como si se estuviera pintando (frotar con fuerza destruiría la célula).

Fondo de saco posterior vaginal: hacer girar otro aplicador con algodón en el fondo del saco posterior vaginal y aplicarlo en el extremo izquierdo de lámina para fijar podemos usar el fijador especial ( cito spray) , el fijador para el cabello o la solución de éter-alcohol. En los dos primeros casos, ubicar el fijador a una distancia aproximada de 20 cm de la lámina.

## LECTURA

El reciente introducido sistema Bethesda de informe citológico da al médico un formato descriptivo y con significado clínico que reemplaza el clásico formato del frotis de Papanicolau.

La terminología anterior de neoplasia cervical intraepitelial (NIC) se ha sustituido por lesión escamosa intraepitelial (LEI). Este sistema requiere que el patólogo describa en detalle pertinente cualquier inflamación asociada, células endometriales, efectos hormonales y preparación general de la muestra.

## SEGUIMIENTO

A pesar de la claridad y de ser más conciso el informe del sistema Bethesda, existen algunas controversias y variantes en el tratamiento de la enfermedad cervical.

Este sistema, combinado con colposcopía, facilita el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad cervical. Las recomendaciones actuales señalan que el Papanicolau debe realizarse anualmente en las mujeres sexualmente activas a partir de los 15 años de edad.



## PRUEBA DE SCHILLER

Las soluciones acuosas de yodo tiñen la superficie del cervix normal de color caoba-parduzco, debido a que las células epiteliales cervicales normales contienen glucógeno. En los casos de cáncer las células afectadas no captan el yodo, por lo que no se tiñe la superficie.

### Exámenes especiales

Biopsia: la biopsia con sacabocados de cualquier de las zonas que resulten positivas a la prueba de Schiller confirmará el diagnóstico de carcinoma invasivo en la mayoría de las pacientes.

Colposcopia: debe sospecharse la presencia de carcinoma invasivo temprano en un campo de neoplasia intraepitelial cervical, cuando los vasos sanguíneos sean marcadamente irregulares, adquiriendo formas caprichosas como sacacorchos, comas y macarrones. La biopsia dirigida a estas zonas casi siempre pone de manifiesto microscópicamente la invasión temprana del estroma. La invasión franca con frecuencia produce ulceración, esto se observa con el colposcopio como una superficie marcadamente irregular, con una zona cercada y amarillenta con vasos sanguíneos numerosos, atípicos y con formas caprichosas.

### Prevención

Las causas del cáncer son desconocidas, no obstante, la cantidad completa se asocia con la casi completa ausencia de esta neoplasia. En teoría, entonces, el carcinoma del cuello uterino en particular antes de la edad promedio, puede considerarse una neoplasia inducida por carcinógenos con participación de intercambio sexual.

La prevención de la morbimortalidad del cáncer cervical implica fundamentalmente el reconocimiento inicial y el tratamiento inmediato. Se debe identificar los factores de riesgo, es decir la experiencia sexual y la promiscuidad o la historia de displasia cervical. Debe realizarse anualmente la citología a todas las mujeres mayores de 15 años con actividad sexual, así como en multíparas de los grupos socioeconómicos bajos. Los métodos de higiene personal que pueden ayudar a prevenir el cáncer cervical incluyen la prevención y el tratamiento de la enfermedad de transmisión sexual. Por supuesto, la abstinencia sexual constituye una medida efectiva e impracticable de profilaxis. Evitar la exposición sexual temprana y la promiscuidad constituirán medidas eficaces.

#### PRONOSTICO

Los factores que deben considerarse en la evaluación del pronóstico en las pacientes son los siguientes: 1)edad de la paciente 2)estado socioeconómico bajos 3)características microscópicas celulares e histológicas del cáncer 4)etapa clínica 5)estado físico general.

# **NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA EL MANEJO DE LA**

## **LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL (LEI).**

El Cáncer invasivo del cuello uterino, es una de las primeras causas de muerte en la población femenina de América Latina y del Caribe y su tasa de incidencia en la región se encuentra entre las más altas del mundo.

El control del Cáncer del cuello uterino recurre a la estrategia de previsión secundaria, basada en la citología Cérvico-Vaginal, una técnica de detención que ha sido utilizada por más de 30 años. Sin embargo, esto es sólo parte del programa de control, ya que los casos detectados deben recibir tratamiento oportuno y eficaz. La lesión escamosa intraepitelial (LEI), es una enfermedad microscópica del epitelio del cérvix uterino. Dependiendo de la calidad y localización del epitelio que esté afectado por la presencia de las células neoplásicas, se clasifica la enfermedad en los grados:

•LEI BG – Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado.

LEI BG - Lesión Escamosa Intraepitelial de Alto Grado.

La LEI de alto grado que corresponde a la nomenclatura de NIC II, NIC III, Carcinoma In situ, de la terminología anterior se consideran como una misma entidad, ya que biológicamente se comportan igual y para efectos de tratamiento deben manejarse en la misma manera.

La detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano de la enfermedad en sus etapas Pre-invasoras, tiene como objeto principal prevenir la fase invasiva del cáncer del cérvix.

---

• COINCA

## **EPIDEMIOLOGÍA:**

La lesión escamosa intraepitelial como carcinoma a células escamosas se han relacionado con la actividad sexual en el hombre y la mujer, a grado tal, que actualmente se le considera como enfermedad de transmisión sexual.

Existen factores epidemiológicos bien definidos que han sido relacionados con esta enfermedad y que influyen en mayor o en menor grado la incidencia de la misma.

1. Edad: Mayor frecuencia de apareamiento de 25 a 45 años de edad.
2. Primer coito antes de los 18 años de edad.
3. Múltiples compañeros sexuales.
4. Compañero sexual con múltiples contactos.
5. Status socio-económico bajo.
6. Antecedentes de infecciones por virus Herpes Genital y virus del Papiloma humano.
7. No asistencia a controles médicos y citologías periódicas.
8. No haberse tomado nunca una Citología.

## **DIAGNÓSTICO:**

La evaluación colposcópica se considera un método de evaluación diagnóstica de bajo costo y no de tamizaje. La consideramos el método de elección para establecer el diagnóstico correcto de pacientes con Citología Cérvico-Vaginal que reporta la presencia de LEI. La conización tradicional requiere una inversión económica mayor, cuando se practica tanto para la hospitalización como para cubrir el período de reposo necesario posterior a la intervención, mientras que la evaluación Colposcópica como la conización ambulatoria con asa electroquirúrgica, es un procedimiento de consulta externa que ha alcanzado una eficiencia diagnóstica y de tratamiento muy similar a la conización tradicional.

**Cuando el reporte citológico de la paciente es alguno de los siguientes, debe ser referida a la clínica de Colposcopia:**

1. Infecciones persistentes por Herpes Genital y virus del Papiloma humano.
2. Lesión escamosa intraepitelial de Bajo Grado.
3. Lesión Escamosa Intraepitelial de Alto Grado.
4. Carcinoma de células escamosas sin lesión visible.

## **CLÍNICA COLPOSCÓPICA:**

En la clínica de Colposcopia, se llenará la hoja de colposcopia en duplicado, la cual ha sido diseñada especialmente para este procedimiento y luego se procederá a lo siguiente:

1. Toma de citología de control:
  - Exocervical con espátula de ayre y endocervical con hisopo, colocarla en la misma lámina.

- Al utilizar cepillo cervical se tomará en un solo tiempo.
- 2. Visualización del Cérvix y vagina con el colposcopio, antes y después de la aplicación del ácido Acético al 5%.
- 3. Identificación del patrón colposcópico y definir si la colposcopía es satisfactoria. (Ver más adelante).
- 4. Toma de varias biopsias dirigidas a la lesión (3 o más de las áreas consideradas más características) (viendo con colposcopio).
- 5. Legrado Endocervical (Excepto en caso de embarazo).
- 6. Examen Ginecológico bimanual.

**Para definir la colposcopía como satisfactoria, debe obtener los siguientes criterios:**

- Que se visualice toda la zona de transformación.
- que se visualice la lesión en toda su extensión (identificar los límites).
- Que se puedan tomar biopsias representativas de la lesión.
- Que se pueda realizar el legrado endocervical (excepto en los casos de embarazo).

Si no están presentes todos estos criterios, la colposcopía no es satisfactoria y no se practican biopsias ni legrado endocervical.

Si la colposcopia ha sido satisfactoria, se cita a la paciente a las 6 semanas para informarle los resultados de los exámenes y el método de tratamiento propuesto; este se elige tomando en cuenta los resultados de los exámenes, edad, paridad y deseo o no demás embarazos.

**La evaluación colposcópica debe reunir los siguientes requisitos:**

1. Que la Colposcopia haya sido satisfactoria.
2. Que no exista más de un grado de discrepancia entre la citología, la impresión Colposcópica y Biopsia.
3. Que el legrado endocervical sea negativo.

Si no se satisfacen estos requisitos, estamos ante una evaluación colposcópica no satisfactoria y se deberá evaluar la necesidad de practicar una conización cervical tradicional o ambulatoria.

**Las indicaciones de conización después de una evaluación colposcópica son:**

1. Colposcopia no satisfactoria.
2. Discrepancia mayor de un grado entre la citología, impresión colposcópica y la biopsia
3. Legrado endocervical positivo.
4. Cuando exista una lesión muy extensa.
5. Cuando exista carcinoma a células escamosas en la citología o a la impresión colposcópica que no se conforma con la Histología.
6. Biopsia de carcinoma de células escamosas.

## **TRATAMIENTO:**

Antes de revisar el manejo de la Lesión Escamosa Intraepitelial (LEI), es necesario recordar que el 30-45% de LEI, tiene regresión espontánea. La LEI BG, tiene la tasa más alta de regresión, pero si tomamos en cuenta que nos es posible determinar cuales LEI regresan y cuales no, entonces todas las LEI deben ser consideradas lesiones significativas y por lo tanto deben ser tratadas.

Las decisiones terapéuticas definitivas deben tomarse sobre la base del diagnóstico histológico y no sobre la base del reporte citológico o el de la impresión colposcópica.

La consideración básica del tratamiento de LEI, es que las células neoplásicas no invaden el estroma y no se extienden al espacio vascular ni linfático, por lo tanto cualquier tipo de destrucción local completa es un tratamiento Satisfactoria se manejará como sigue:

**LEI DE BAJO GRADO:** Una aplicación de Crioterapia de 3½ minutos, con un aparato de Óxido Nitroso o CO2.

**LEI DE ALTO GRADO:** 2 aplicaciones de Crioterapia de 3½ minutos, con un período de deshielo de 2 minutos entre ellas o una aplicación de 6 minutos.

**Paciente mayor de 35 años:** Histerectomía o Conización Ambulatoria sin importar paridad.

**Paciente menor de 35 años:**

- a) **Su familia está completa:** Histerectomía sin cono previo o Conización Ambulatoria.



- b) **Su familia no está completa:** Dos aplicaciones de crioterapia de 3½ minutos (o una de 6 minutos) y se recomienda que complete su familia en los siguientes 18 meses, para practicar Histerectomía posteriormente o conización Ambulatoria.

**NOTA:** Se considera que la crioterapia es un tratamiento temporal y no definitivo LEI DE ALTO GRADO.

Después de la crioterapia no se recomienda la toma de citología, sino hasta transcurrir cuatro meses después de la congelación.

Las pacientes en quienes se indicó conización por evaluación colposcópica no satisfactoria, se manejan de acuerdo al diagnóstico histológico del cono.

### **RESULTADOS DEL CONO:**

#### **LEI DE BAJO GRADO CON LIMITES NEGATIVOS:**

Se considera que su tratamiento está completo y pasará a seguimiento.

#### **LEI DE ALTO GRADO CON LIMITES NEGATIVOS:**

- Sí familia completa: Histerectomía o seguimiento evaluando si las condiciones son favorables para ella.

- Sí familia no completa: Se recomienda que complete su familia y se practicará (Histerectomía posteriormente) o seguimiento (evaluando si las condiciones son favorables para ella).

Sólo debe considerarse la conización como un método alternativo de tratamiento en LEI DE ALTO GRADO, para aquellas pacientes que están interesadas en fertilidad y en quienes se satisfaga la necesidad de un seguimiento continuado

El hallazgo de límites positivos en una conización, requiere practicar el tratamiento quirúrgico definitivo Histerectomía, de preferencia vaginal.

Toda paciente con reporte histológico de carcinoma a células escamosas debe ser referida a Ginecología Oncológica.

### **SEGUIMIENTO:**

Todas las pacientes con diagnóstico de LEI, tratadas ya sea con Crioterapia o Cirugía, se mantendrán en seguimiento de la siguiente manera:

**Primer año:** Citología a los 4 meses y evaluación Colposcópica a los 12 meses.

**Segundo año:** Si los análisis de la evaluación colposcópica anual fueron negativos, continuará con citología durante 6 meses, indefinidamente.

Si se demuestra persistencia de LEI en la evaluación anual se manejará el caso en base a lo previamente descrito.

Si el tratamiento del primer año de seguimiento, se detecta de LEI de mayor grado que la tratada, debe referirse a la paciente a la clínica de Colposcopia para una reevaluación.

## **EN EMBARAZO:**

Toda paciente embarazada con diagnóstico de LEI debe ser referida a la Clínica de Colposcopia (de acuerdo a los reportes citológicos) para una evaluación colposcópica, después de las 12 semanas de embarazo. Esta se practicará siguiendo los pasos ya descritos en el procedimiento, pero sin tomar biopsia, ni legrado endocervical; únicamente se tomarán biopsias en los casos en que se sospeche invasión. Si ésta se descarta, se controla a la paciente con citología cada 4 meses durante el embarazo y se programará una evaluación colposcópica 8 semanas después del parto, siguiendo las normas descritas para el diagnóstico y tratamiento de LEI.

## V. HIPÓTESIS

Las mujeres con cáncer cervicouterino del Hospital Divina Providencia presentan el factor de paridad asociados a otros factores como son el nivel educativo así como la ocupación de la paciente de forma directamente proporcional.

## METODOLOGÍA.

Para la realización del presente estudio se trabajo con la población del Hospital Divina Providencia que cuenta con un número de pacientes de 125 con diferentes formas de cáncer de los cuales se selecciono una muestra de 65 pacientes con cáncer de cervix.

La metodología a utilizar es la siguiente: un estudio longitudinal de tipo analítico, las variables en estudio son la edad, estado civil, nivel de escolaridad, oficio de la paciente, oficio del compañero de vida , número de compañeros sexuales y paridad.

Los datos se obtuvieron por medio de encuestas entrevistando a cada una de las pacientes, se efectúa la tabulación de la información. Se tomo en cuenta las variables más representativas para tabular los datos.

Las pruebas estadísticas a utilizar fueron la desviación estándar y la prueba T de Student. Esta prueba se usa para diseños experimentales con 2 condiciones: 1) Cuando se estudia una variable independiente y 2) cuando los mismos sujetos (o sujetos igualados) se desempeñan en ambas condiciones.

La hipótesis nula se rechaza solo si el valor absoluto de T calculado es mayor que el valor critico de T para un determinado nivel de significancia.

Los grados de libertad con el cual se trabajo fueron con el 10%.

Se anexara tabla de distribución de Student.

## **CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.**

Cronograma de actividades:Elaboración de proyecto

Julio- Agosto 2001

Entrega de protocolo

Septiembre 2001

Realización de encuestas

Octubre 2001

Tabulación de datos

Noviembre 2001

Revisión de documento por asesor

Marzo 2002

Entrega de documento final

Abril 2002

## ANÁLISIS

En base a los resultados obtenidos de las encuestas se tomaron diferentes variables entre las que se eligieron las de mayor significancia para comprobar nuestra hipótesis planteada.

Se hace la aclaración de que las demás variables en estudio solo serán explicadas de forma descriptivas, ya que al tabular la información, los datos no se comportaron de una manera homogénea.

En el estudio se comprueba que las mujeres analfabetas presentan mayor paridad que las mujeres con algún grado de escolaridad ( no terminando la primaria).

Para el caso las mujeres analfabetas con paridad menor de 5 son 13 de ellas, las que tienen entre 6-10 hijos son 16 y las que presentan paridad arriba de 11 son 7.

Ahora al comparar la paridad de las alfabetas se observa que las que tienen menos de 5 hijos 11, las que presentan 6-10 hijos son 14 y la paridad arriba de 11 son 4 pacientes.

Por lo cual la paridad esta inversamente proporcional a la educación de la paciente.

Al analizar los datos de ocupación y paridad se comprueba que las pacientes que presentan como ocupación oficios domésticos presentan mayor paridad contra las pacientes que tienen otro oficio (comerciantes).

Por lo que tendríamos una relación directamente proporcional, para este caso.

Las formulas para estas variables se encuentran en los anexos.

## **CONCLUSIONES**

1. Las mujeres con cáncer de cervix presentan factores de riesgo, los cuales por si solo no son determinantes en la génesis de esta patología; pero al relacionarse algunos de estos como son paridad, escolaridad, ocupación de la paciente son incidentes en la aparición de esta patología.
2. La edad promedio de pacientes con cáncer de cervix es de 56 años.
3. La mayoría son mujeres solteras activas sexualmente pero que al momento de la entrevista no tenía un compañero de vida estable.
4. Nivel de escolaridad bajo, la mayor parte de pacientes son analfabetas provenientes del Área Rural con oficios domésticos.
5. Religión que profesan Católica.
6. Las pacientes iniciaron su primera relación sexual entre los 16 – 20 años, manifestando entre 1 – 2 compañeros de vida, lo cual no es un dato confiable.
7. No utilizaron métodos de planificación familiar, por lo cual concluimos que en este estudio este factor no es predisponente.
8. La mayoría de pacientes son multíparas entre 6 – 10 hijos.
9. El oficio del compañero de vida es en la mayor parte jornaleros seguido por comerciante u obreros, por lo cual el tipo de trabajo es informal obligándolas a periodos largos fuera de su hogar.

10. La edad de toma de primera citología es entre 40 – 60 años de edad, cuando ya presentaron signos y síntomas de la enfermedad, el resultado, 81% ya tenían cáncer en etapas avanzadas y no fueron regulares en la toma del examen.
  
11. La mayoría manifiesta no haber padecido de enfermedades de transmisión sexual. Por lo cual concluimos que en la población del hospital Divina Providencia no constituye un factor incidente para aparición de dicha patología.
  
12. En cuanto a enfermedades crónicas, la mayoría expresó no padecer de ninguna enfermedad y no ser tabaquistas.



## **RECOMENDACIONES.**

1. Educación y Orientación sobre la importancia de toma de citología en etapas tempranas de la vida reproductiva y toma regular del mismo.
2. Que se realicen programas sobre educación sexual y las consecuencias de prácticas sexuales sin responsabilidad a la población en riesgo.
3. Que se controle la natalidad por medio de métodos anticonceptivos naturales como artificiales.
4. Hacer conciencia de la importancia de ser fiel a la pareja, para evitar así enfermedades de transmisión sexual.

## **BIBLIOGRAFÍA.**

- National Family Health Survey
  
- FESAL-98.
- Paginas 19-21.
  
- Tratado de Ginecología de Novak
- 11 Edición.
- Editorial Interamericana McGraw-Hill.
- Impreso en México. Paginas 604-608.
  
- Normas y procedimientos para el manejo de la lesión intraepitelial.
- Comité inter-institucional de ginecología oncológica (C.O.I.N.C.A.)
- San Salvador,1994.
  
- Ginecología del Dr.Usandizaga  
Volumen II. Capitulo 11.  
Paginas 1-11.

## ENCUESTA.

1. Edad
2. Estado Civil
3. Nivel de Escolaridad
4. Oficio
5. Religión que profesa
  - a) Ninguna
6. Pertenece al área:
  - a) Urbana\_\_\_\_\_
  - b) Rural\_\_\_\_\_
7. ¿A qué edad inició relaciones sexuales?
8. ¿Cuántos compañeros de vida ha tenido?
9. Profesión u oficio de compañero de vida
10. ¿Cuántas veces ha estado embarazada?
11. ¿Ha usado métodos de planificación familiar?

Si la respuesta es sí, responda:

a) Edad de inicio

b) ¿Qué tipo de método utilizó?

1) Pastillas;      2) Inyecciones;      3) DIU;      4) Condones

c) ¿Por cuánto tiempo?

12. ¿Tubo algún tipo de enfermedad de transmisión sexual?

Si la respuesta es afirmativa: 1) ¿Recibió tratamiento?;      2) ¿Por cuánto tiempo?

13. ¿A qué edad se tomó su primera citología? ¿Cuál fue su resultado?

14. ¿Es usted regular en la toma de este examen?

15. ¿Padece usted de alguna enfermedad crónica, como: Diabetes o Hipertensión?

16. ¿Fue tabaquista? Si la respuesta es afirmativa, ¿Por cuánto tiempo?