

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
UNIDAD CENTRAL  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE MEDICINA



**EVOLUCIÓN PATOLÓGICA DE LESIONES DE BAJO GRADO DEL  
CÉRVIX UTERINO, POSTERIOR AL TRATAMIENTO MÉDICO EN LAS  
PACIENTES DE UCSF LOURDES DETECTADAS EN LOS AÑOS EN 2016 Y  
2017**

Informe Final Presentado Por:  
Sandra Elizabeth Ortiz Ramírez  
Nazareth Ivonne Navarro Díaz

Para optar al Título de:  
DOCTOR EN MEDICINA

Asesor  
Dr. José Roberto Reyes Ramírez

San Salvador, Noviembre del 2018

## **INDICE**

1	RESUMEN.....	1
2	INTRODUCCION.....	2
3	OBJETIVOS.....	4
	2.1 OBJETIVO GENERAL .....	4
	2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	4
4	MARCO TEORICO.....	5
	4.1 Anatomía e histología normal del cuello uterino .....	5
	4.2 Epitelio cervical.....	5
	4.3 Lesiones intraepiteliales de bajo y alto grado. ....	9
	4.4 Etiología.....	9
	4.5 Factores de riesgo.....	10
	4.6 Prevalencia .....	11
	4.7 Patogenia .....	11
	4.8 Sistema de Clasificación .....	11
	4.9 Evolución clínico patológica de las Lesiones intraepiteliales. ....	14
	4.10 Detección selectiva y prevención del cáncer cervical.....	15
	4.11 Técnica de la toma de citología o Papanicolaou .....	18
	4.12 Proceso de tinción y montaje de frotis de Papanicolaou.....	18
5	DISEÑO METODOLOGICO .....	19
	5.1 Tipo de investigación. ....	19
	5.2 Periodo de investigación.....	19
	5.3 Universo: .....	19
	5.4 Muestra.....	19
6	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES. ....	21
	6.1 Fuentes de información. ....	24
	6.2 Técnica de obtención de la información.....	24
	6.3 Mecanismo de confidencialidad y reguardo de los datos.....	24
	6.4 Procesamiento y análisis de la información.....	24
7	RESULTADOS .....	25

8	DISCUSION .....	38
9	CONCLUSIONES.....	40
10	RECOMENDACIONES .....	42
11	GLOSARIO .....	43
12	BIBLIOGRAFIA.....	44
13	ANEXOS.....	45
13.1	Consentimiento informado.....	45
13.2	Instrumento.....	46
13.3	Tablas de resultados.....	50

## **1 RESUMEN**

El Carcinoma de Células Escamosas o conocido también como carcinoma epidermoide, es la neoplasia maligna de cérvix, que se considera una patología de gran impacto en la salud de las mujeres a nivel mundial y nacional. Existen medidas de prevención primaria, como la socialización de factores de riesgo entre la población femenina. La citología cervicovaginal como medio de prevención secundaria para el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de las lesiones premalignas, provee al sistema de salud de un arma importante en la lucha contra el cáncer.

Identificar los factores de riesgo, realizar detecciones tempranas, tratamientos oportunos y respectivos seguimientos permite disminuir el riesgo del desarrollo del cáncer.

Se presenta a continuación un estudio descriptivo, transversal y cuantitativo. Se incluyó una muestra de 48 pacientes con diagnóstico dos años previo, de lesión escamosa intraepitelial de bajo grado o con virus del papiloma humano positivo, entre los 20 y 35 años.

Con ayuda de instrumento de recolección de datos, se encontró que las pacientes compartían tres factores de riesgo; inicio de relaciones sexuales antes de 16 años, historia de más de una pareja sexual y la paridad entre 1-2 hijos. La totalidad de pacientes detectadas con lesión escamosa intraepitelial de bajo grado de cérvix fueron manejadas desde el primer nivel de atención y referidas oportunamente para tratamientos especializados como colposcopia, crioterapia y biopsia. De la muestra en estudio y por medio de la citología, se verificó la persistencia de lesiones de bajo grado en un 6% de las pacientes posterior a tratamientos adecuados según lineamientos y en el 94% de las pacientes las lesiones cedieron, datos que concuerdan con la bibliografía conocida que evidencian que los manejos han sido adecuados.

## 2 INTRODUCCION

El Cáncer de cérvix es el segundo tumor ginecológico más frecuente en el mundo, El Salvador ocupa el quinto lugar entre los países con altas tasas de incidencia en mortalidad en el continente americano; además ocupa el quinto lugar en frecuencia, teniendo en cuenta ambos sexos. Es la neoplasia maligna más frecuente y con más alta mortalidad entre las mujeres según la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC) de la Organización Mundial de la Salud. (1)

A nivel mundial se diagnostican alrededor de 460,000 casos nuevos de cáncer de Cérvix, anualmente más de 231 mil mujeres mueren por este diagnóstico, a pesar de ser un cáncer que puede prevenirse oportunamente identificando y tratando aquellas mujeres con lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado (de ahora en adelante, LEI BG) que incluyen la infección por VPH (Virus del Papiloma Humano) y la displasia leve. Para el 2008, El Salvador estimó que la incidencia era de 45.6 por 100,000 mujeres año con una tasa de mortalidad de 23.5 muertes por 100,000 mujeres año. (2)

Siendo una de las patologías más prevenibles se cuenta con medidas de prevención que consisten en programas organizados de cribado poblacional mediante tamizajes a través de Papanicolaou y pruebas de Virus del Papiloma Humano, que han demostrado su eficacia al disminuir la incidencia y mortalidad de cáncer de cérvix cuando se alcanzan coberturas por encima del 70 al 80% de la población de manera sistemática y continuada durante muchos años. La toma de citología cervicovaginal, además de ser un método sencillo, accesible y valido, representa la prueba de elección para la detección temprana de cáncer de cérvix por lo que debe tomarse en consideración dentro del sistema nacional de salud.

Según la evidencia científica, plasmada en literatura reconocida, se demuestra que el 90% de las lesiones de bajo grado se resuelven antes de los 2 años, es ahí la importancia de mantener un seguimiento por medio de la citología en cada paciente de acuerdo a los resultados obtenidos.(3)

En este país hay muy pocos datos que evalúen retrospectivamente al grupo poblacional detectado con lesión escamosa intraepitelial de bajo grado posterior al tratamiento médico. Aunque se cuenta con lineamientos técnicos de prevención y control de cáncer de cérvix que marcan la dirección para los seguimientos de los casos, no se ha realizado un estudio que evalué un grupo de pacientes teniendo en cuenta la evolución prevista en la literatura.

(1)Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cérvico uterino y de mama,2015.p.21-32

(2) MSPAS, Guía técnica para el manejo y control de cáncer invasor de cérvix, Agosto 2008

(3) Kummur, Abas, Fausto, Aster, Patología estructural de Robin, 2010

### **3 OBJETIVOS**

#### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

- Detectar la persistencia y/o progresión de lesiones de bajo grado de Cérvix a través de la toma de citología subsecuente en pacientes que recibieron tratamiento médico en los últimos dos años en mujeres entre los 20 y 35 años en UCSF Lourdes

#### **2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar los factores de riesgo asociados a lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado del Cérvix en pacientes en edad fértil.
- Identificar a las pacientes con diagnóstico de lesiones escamosas de bajo grado verificando el tratamiento recibido.
- Evaluar la persistencia y progresión de las lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado del Cérvix por medio de las lecturas obtenidas en las citologías cervicovaginal.

## **4 MARCO TEORICO**

### **4.1 Anatomía e histología normal del cuello uterino**

El cuello uterino es la porción inferior del útero, delimitado por arriba por el istmo y protruye en la vagina. Mide entre 2,5 y 3 cm de longitud en la nulípara y se ubica hacia atrás en forma oblicua. Se divide en la porción vaginal o exocérvix y el canal o Endocérvix. El exocérvix presenta dos labios –el anterior y el posterior– delimitados por el orificio cervical externo. La irrigación sanguínea del cuello está dada por ramas de las arterias uterinas que ingresan lateralmente a través de los ligamentos de Mackenrodt. Estos ligamentos junto con los ligamentos uterosacros sirven además para fijar y suspender el órgano. La irrigación venosa es paralela a la arterial. La red linfática nace cerca de la mucosa y en la profundidad del estroma para dar origen a cuatro diferentes canales eferentes que drenan hacia los ganglios iliacos externos, obturadores, hipogástricos e iliacos. La inervación está presente en la porción externa del exocérvix y en el Endocérvix y proviene del sistema autonómico de los plexos superior, medio e inferior hipogástricos.

### **4.2 Epitelio cervical**

#### ***4.2.1.1 Endocérvix:***

El Endocérvix ocupa los 2/3 superiores del cérvix. Posee una forma ligeramente cilíndrica dejando en su interior un canal estrecho menor de un centímetro de diámetro. El Endocérvix aún se estrecha más en sus porciones superior e inferior, zonas que se denominan: orificio cervical interno y externo, respectivamente.

#### ***4.2.1.2 Epitelio cilíndrico***

Se trata de un epitelio mono estratificado con células cilíndricas altas que revisten la superficie del conducto endocervical y todas sus formaciones glandulares. (4)

(4) Félix W, *Eficacia de la crioterapia en la neoplasia intraepitelial cervical*, Julio 2014



El Endocérvix está revestido por un epitelio cilíndrico simple, con células epiteliales mucosas y algunas ciliadas interpuestas en la parte superior del cérvix. Este epitelio cubre la superficie de la mucosa y reviste sus pliegues, hendiduras y túbulos.

En el lugar de transición entre la mucosa endocervical y endometrial (denominado istmo) las glándulas de tipo endometrial se entremezclan con las endocervical. El Endocérvix se abre al exocérvix (y por lo tanto a la vagina) mediante el orificio cervical externo.

#### **4.2.1.3 Exocérvix**

El Exocérvix se continúa desde el orificio cervical externo y asoma hacia la vagina. Está revestido por un epitelio plano estratificado no queratinizado que se continúa con el de la vagina.

El epitelio exocervical está sometido a influencias hormonales. Debido a la falta de estímulo hormonal, antes de la menarquía y después de la menopausia el epitelio es más fino, con menos capas de células menores y poco diferenciadas y sin glucógeno en su citoplasma. Durante la edad reproductiva el epitelio es más grueso y está bien diferenciado. Las células situadas en la región intermedia del epitelio contienen abundante glucógeno citoplasmático.

#### **4.2.1.4 Epitelio escamoso**

Este epitelio se reemplaza cada 4-5 días, es muy sensible a los estrógenos y progesterona y contiene glucógeno. En las mujeres posmenopáusicas, es atrófico, con muy poco glucógeno y cambios celulares que se pueden confundir con una neoplasia intraepitelial.

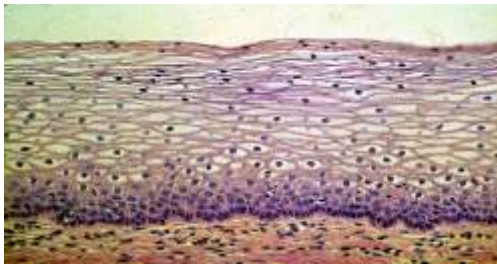
Este epitelio se divide en tres estratos:

- El estrato basal / parabasal o estrato germinal, constituido por una sola hilera de células basales que presentan núcleos alargados que se disponen en forma perpendicular a la membrana basal. (4)

(4) Félix W, *Eficacia de la crioterapia en la neoplasia intraepitelial cervical*, Julio 2014

- El estrato medio o estrato espinoso, formado por células que están madurando, se caracteriza por el aumento del tamaño del citoplasma. Los núcleos son redondos con cromatina finamente granular
- El estrato superficial: es el compartimento más diferenciado del epitelio. Las células son chatas, presentan abundante citoplasma y un núcleo picnótico característico. La función de estas células es de protección y evitar de infecciones.

#### Epitelio escamoso estratificado

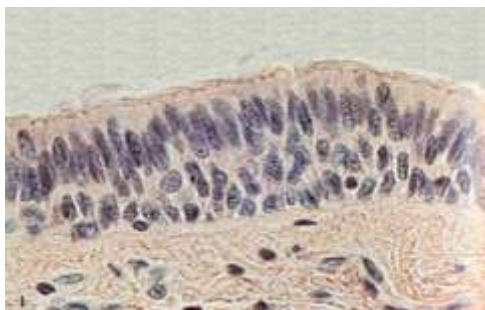


Fuente: Citología normal, Jesús Quinteros, 2012

#### 4.2.1.5 *Epitelio cilíndric.*

Se trata de un epitelio monoestratificado con células cilíndricas altas que revisten la superficie del conducto endocervical y todas sus formaciones glandulares. (4)

#### Epitelio cilíndrico



Fuente: Eficacia de la crioterapia, Walter Moreno, 2014

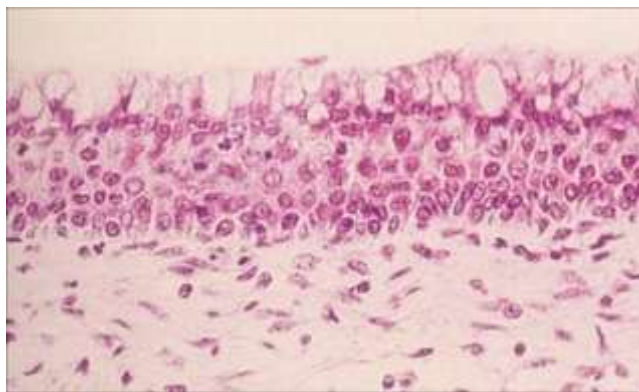
(4) Félix W, *Eficacia de la crioterapia en la neoplasia intraepitelial cervical*, Julio 2014

#### **4.2.1.6 Unión escamoso-cilíndrica (UEC)**

La unión escamocolumnar es el punto en el cual el epitelio escamoso del exocérnix se une al epitelio cilíndrico mucíparo del Endocérnix. La zona comprendida entre la unión escamocolumnar original y la funcional se denomina zona de transformación. Está revestida por epitelio escamoso de tipo metaplásico y es el lugar de asiento de todas las lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino. Todo lo anterior motiva la importancia de conocerla y estudiarla adecuadamente. Se llama metaplasia escamosa al reemplazo del epitelio cilíndrico mucíparo por epitelio escamoso. Esto ocurre por dos mecanismos: por epitelización o crecimiento del epitelio escamoso en la zona de la unión y por proliferación de células de reserva que se diferencian hacia el epitelio escamoso. Este último proceso es generalmente llamado metaplasia escamosa.

Cuando la metaplasia escamosa comienza a producirse las células de reserva son muy inmaduras y en general se debe establecer el diagnóstico diferencial con lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado. El resultado final de ambos procesos es un epitelio escamoso maduro que responde a los estímulos hormonales y en el que asientan las lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino. (4)

#### Unión escamocilíndrica



Fuente: Eurocytology, 2017

(4) Félix W, Eficacia de la crioterapia en la neoplasia intraepitelial cervical, Julio 2014

### **4.3 Lesiones intraepiteliales de bajo y alto grado.**

Los cánceres invasores del cuello uterino vienen precedidos generalmente por una larga fase de enfermedades premalignas. Esto se caracteriza microscópicamente por una serie de manifestaciones que van de la atipia celular a diversos grados de lesiones intraepiteliales, antes de progresar a carcinoma invasor. Un buen conocimiento de la etiología, la fisiopatología y la evolución natural de la LEI proporciona una buena base para la inspección visual y el diagnóstico colposcópico, y para comprender los principios del tratamiento de estas lesiones. Ninguna forma de cáncer documenta mejor los efectos notables de la detección selectiva, el diagnóstico precoz y tratamiento curativo sobre la tasa de mortalidad, que el cáncer de cérvix. (4)

La frecuencia de detección de los cánceres precoces y las lesiones precancerosas es alta. Gran parte de estos beneficios son atribuibles a la eficacia de la toma cervicovaginal para detectar lesiones precancerosas cervicales y la accesibilidad del cérvix a la colposcopia y la biopsia.

### **4.4 Etiología**

Ha sido delineada por una serie de estudios epidemiológicos, clínicos patológicos y de genética molecular. Los datos epidemiológicos han implicado desde hace mucho tiempo a un germen transmitido sexualmente, identificado ahora como el Virus del Papiloma Humano. Harald Zur Hausen obtuvo el Premio Nobel de 2008 por el descubrimiento del VPH como causa del cáncer cervical. (3)

(3) Kummar, Abas, Fausto, Aster, Patología estructural de Robin, 2010

(4) Félix W, Eficacia de la crioterapia en la neoplasia intraepitelial cervical, Julio 2014

Los VPH son virus ADN tipados sobre la base de la secuencia del ADN y son agrupados según su riesgo oncogénico alto o bajo. Los VPH con Riesgo oncogénico alto son considerados en la actualidad el factor más importante por si solo para la oncogenicidad cervical. Los VPH con riesgo oncogénico bajo son la causa del condiloma acuminado vulvar, perineal y perianal transmitido sexualmente. Existen 15 VPH con riesgo oncogénico alto identificados en la actualidad. Desde el punto de vista de la patología cervical, el VPH 16 y el 18 son los más importantes. El VPH 16 justifica por si solo casi el 60% de los casos de cáncer cervical y el VPH 18 representan otro 10%; otros tipos de VPH contribuyen individualmente con menos de un 5% de los casos. (3)

Existen tres posibles escenarios luego de una infección aguda por el Virus del Papiloma Humano:

1. Infección latente asintomática.
2. Infección activa en la cual el VPH produce lesiones vegetativas pero no se integra al genoma de la célula como son condiloma acuminado o lesiones de bajo grado.
3. Transformación neoplásica seguida de integración al genoma humano del VPH de alto riesgo oncogénico, los cuales ocasionarán el desarrollo de malignidad.

#### 4.5 Factores de riesgo

Los factores de riesgo para el cáncer cervical guardan relación con características tanto del huésped como del virus; como exposición a VPH, oncogenicidad vírica, ineficacia de la respuesta inmunitaria y presencia de carcinógenos. Entre ellos se incluyen.

- Miembro varón de la pareja con múltiples parejas sexuales previas o actuales.
- Paridad alta
- Primera relación sexual a edad joven. (2)

(3) Kummar, Abas, Fausto, Aster, Patología estructural de Robin, 2010

(2) MSPAS, *Guía técnica para el manejo y control de cáncer invasor de cérvix*, Agosto 2008

- Infección persistente por VPH con riesgo oncogénico alto
- Inmunosupresión
- Ciertos subtipos de HLA (antígenos leucocitarios humanos)
- Uso de anticonceptivos orales
- Consumo de nicotina.

#### 4.6 Prevalencia

Se observa generalmente entre el final de la adolescencia (que coincide con el inicio de la vida sexual) y los 25 años. El pico alto de prevalencia de VPH se encuentra hacia los 20 años de edad. Entre los 30 y 45 años se observan las lesiones precancerosas, mientras que la disminución subsiguiente de la prevalencia refleja la adquisición de inmunidad y las relaciones monógamas. La mayoría de cánceres cérvico uterinos (in situ e invasivo) se comienzan a detectar a partir de los 45 años. (1) (2)

#### 4.7 Patogenia

Los VPH infectan las células basales inmaduras del epitelio escamoso en las áreas con roturas epiteliales o las células escamosas metaplásicas inmaduras presentes en la unión escamo cilíndrica.

El cérvix, con sus áreas relativamente extensas de epitelio metaplásico escamoso inmaduro, resulta particularmente vulnerable a la infección por VPH comparado, por ejemplo, con la piel y la mucosa de la vulva que están cubiertas por células escamosas maduras. (3)

#### 4.8 Sistema de Clasificación

La clasificación de las lesiones precancerosas cervicales ha evolucionado con el paso del tiempo y los términos de los diferentes sistemas de clasificación se usan en la actualidad de forma intercambiable. (5)

(1) Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cérvico uterino y de mama, 2015. p.21-32

(2) MSPAS, *Guía técnica para el manejo y control de cáncer invasor de cérvix*, Agosto 2008

(3) Kummar, Abas, Fausto, Aster, *Patología estructural de Robin*, 2010

(5) Lacruz, Fariña, *Citología ginecológica*, 2003

El sistema más antiguo, clasificaba las lesiones como displasia leve en un extremo y displasia grave/carcinoma In situ en el otro. Este sistema fue seguido por la clasificación de la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) en la que la displasia leve se denomina NIC I, la displasia moderada NIC II y displasia grave NIC III. El sistema de clasificación en tres grados ha sido simplificado recientemente para convertirlo en un sistema de dos grados en el que el NIC I, se designa como lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LEI BG) y NIC II y NIC III se combinan en una sola categoría conocida como lesión intraepitelial escamosa de alto grado (LEI AG). (5)

<b>TABLA 1 CUADRO COMPARATIVO DE CLASIFICACIONES</b>				
<b>DISPLASIA (CIS)</b>	<b>¿VPH?</b>	<b>DISPLASIA LEVE</b>	<b>DISPLASIA MODERADA</b>	<b>CARCINOMA "IN SITU CIS"</b>
<b>CIN-NIC (RICHARD)</b>	<b>¿VPH?</b>	<b>CIN-NIC I</b>	<b>CIN-NIC II</b>	<b>CIN-NIC III</b>
<b>SIL-LIP (BETHESDA)</b>	<b>SIL-LIP BAJO GRADO (LOW-SIL)</b>		<b>SIL-LIP ALTO GRADO (HIGH-SIL)</b>	

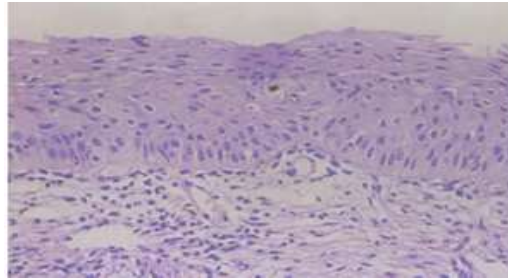
Fuente: Citología ginecológica. Lacruz, Fariña 2003

La LEI BG se asocia a infección producida por VPH, pero no muestra alteración significativa del ciclo celular del huésped. La mayoría de los LEI BG, remiten de forma espontánea y solo un porcentaje pequeño progresa a LEI AG. LEI BG no progresa directamente a carcinoma invasivo. Por esta razón la LEI BG no es tratada como una lesión premaligna. En la LEI AG existe una desregulación progresiva del ciclo celular por el VPH, lo que conduce a proliferación celular aumentada, maduración epitelial disminuida o detenida y una tasa baja de replicación vírica, en comparación con LEI BG. La LEI AG es 10 veces más rara que LEI BG. Más del 80% de las LEI BG y el 100% de las LEI AG, se asocian a VPH con riesgo oncogénico alto. El VPH 16 es el tipo de VPH que con más frecuencia se detecta de forma aislada en las lesiones de ambas categorías. (3)

(3) Kummar Abas, Fausto, Aster, *Patología estructural de Robin*, 2010

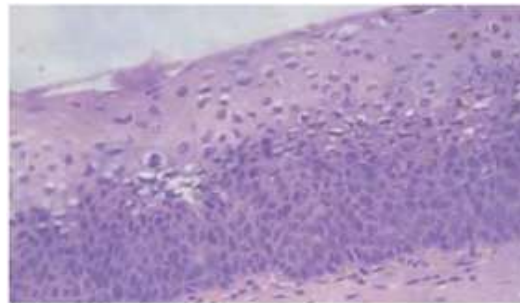
(5) Lacruz, Fariña, *Citología ginecológica*, 2003

Biopsia LEI BG/ NIC I con pérdida de polaridad celular y ligera atipia nuclear



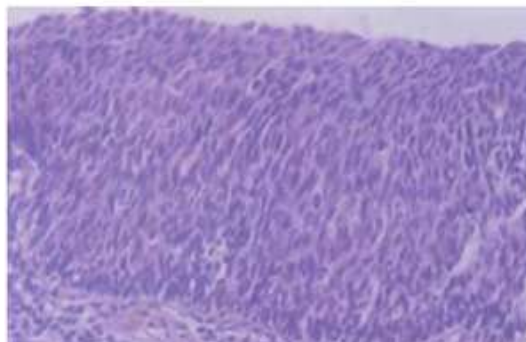
Fuente: Citología Ginecológica

Biopsia LEI AG/NIC II. Alteraciones se extienden a estratos intermedios



Fuente: Citología Ginecológica

Biopsia LEI AG/NIC III. Pérdida de la polaridad e hiperplasia y atipias celulares que abarcan todo el espesor epitelial (5)



Fuente: Citología Ginecológica

(5) Lacruz, Fariña, Citología ginecológica, 2003



#### 4.9 Evolución clínico patológica de las Lesiones intraepiteliales.

La mayoría de infecciones por VPH son transitorias y eliminadas por la respuesta inmunitaria en meses. Como media, el 50% de las infecciones por VPH son eliminadas antes de los 8 meses, y el 90% de las infecciones son eliminadas antes de los 2 años. La duración de la infección está relacionada con el tipo de VPH; como media las infecciones por VPH con riesgo oncogénico alto duran más que las infecciones por VPH con riesgo oncogénico bajo: 13 meses frente a 8 meses, respectivamente. La infección persistente aumenta el riesgo de desarrollo de lesiones precancerosas cervicales y carcinoma subsiguiente.

**TABLA 2. Evolución natural de las lesiones intraepiteliales escamosas, con seguimiento aproximado de 2 años.**

<b>Lesión</b>	<b>Regresan</b>	<b>Persisten</b>	<b>Progresan</b>
<b>LEI BG</b>	60%	30%	10% a LEI AG
<b>LEI AG</b>	30%	60%	10% a Carcinoma

Fuente: Patología estructural y funcional Robins 2010

Aunque la mayoría de las LEI AG se desarrollan a partir de aproximadamente el 20% de los casos de LEI BG, un menor porcentaje aparecen de Novo sin LEI BG preexistentes.

El riesgo de desarrollo de lesiones precancerosas y cáncer depende solo en parte del tipo de VPH y también se ve condicionado por el estado inmunitario y los factores medioambientales. La progresión hasta el carcinoma invasivo, cuando ocurre, puede tardar desde pocos meses hasta más de una década. (3)

(3) Kummar Abas, Fausto, Aster, Patología estructural de Robin, 2010

#### 4.10 Detección selectiva y prevención del cáncer cervical

La prevención y el control del cáncer cervical se pueden dividir en varios componentes. Uno incluye la detección selectiva citológica y el control de las anomalías en la triple toma cervicovaginal. Otro es el diagnóstico histológico y la extirpación de las lesiones premaligna. Otro componente adicional es la extirpación quirúrgica de los cánceres infiltrantes con radioterapia y quimioterapia complementarias. Un aspecto nuevo es el programa de vacunación contra el VPH aprobado por la *Food and Drug Administration* (FDA) para la prevención de la infección por VPH.

La razón por la que la detección selectiva citológica resulta tan eficaz para la prevención del cáncer cervical es que la mayoría de esos cánceres están precedidos por una lesión premaligna de larga evolución. Tal lesión puede persistir en la fase no invasora durante años y desprender células anormales que pueden ser detectadas en el estudio citológico. La tasa de resultados negativos falsos de la prueba de Papanicolaou oscila entre el 10 y el 20%, la mayoría de errores se deben a errores en la toma de muestra.(3)

Las recomendaciones para la frecuencia de la detección selectiva varía, pero en general la primera extensión se debe realizar a los 21 años o en los 3 años siguientes del inicio de la actividad sexual. Como un complemento de la citología se puede añadir a la citología cervical prueba para determinación del ADN del VPH para la detección selectiva en mujeres con 30 o más años de edad. La prueba de VPH no se recomienda a mujeres menores de 30 años dada la alta prevalencia de infección por VPH en este grupo de edad y la especificidad baja del resultado positivo.

Cuando la citología se reporta como anormal se realiza un examen colposcópico del cérvix y la vagina para definir la extensión de la lesión y elegir las áreas de biopsia. La aplicación del ácido acético resalta las áreas anormales. (1)

(3) Kummar Abas, Fausto, Aster, Patología estructural de Robin, 2010

(1) Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cérvico uterino y de mama,2015.p.21-32

Las recomendaciones generales para el tamizaje del cáncer cervical en el país son las siguientes:

- Mujeres de 20 a 29 años: cada dos años, si el resultado del PAP es negativo a lesiones pre invasivas y a cáncer de cérvix.
- Cuando no se dispone de prueba del VPH, las mujeres de 30 a 59 años deben ser tamizadas con PAP cada dos años si el resultado del PAP es negativo.
- Las mujeres de 60 años o más deben ser tamizadas con citología convencional cada dos años, si el resultado del PAP es negativo.
- En mujeres que han tenido tres citologías negativas consecutivas cada dos años, el intervalo en el tamizaje podrá ser espaciado a discreción del médico, pero se recomienda que no exceda los tres años.
- El uso del PAP podrá obviarse en mujeres histerectomizadas, a discreción del médico, si la indicación de la misma no tuvo relación alguna con cáncer de cérvix o sus precursores y si ha tenido 2 citologías negativas previamente en forma consecutiva. (1)
- Las mujeres que hayan tenido una histerectomía total que se haya hecho como tratamiento de precáncer o cáncer del cuello uterino, el personal debe continuar el seguimiento con citología convencional según lo establecido en los lineamientos para NIC I, II
- Las mujeres con antecedente de NIC II o NIC III deben continuar con las pruebas de detección, con base en los lineamientos, al menos por 20 años después de haberse detectado y tratado la anomalía
- Las mujeres mayores de 65 años que les han realizado regularmente las pruebas de detección en los últimos 10 años, pueden prescindir de dicha prueba, siempre y cuando no se haya encontrado un precáncer grave (NIC II o III) (2)

(1) Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cérvico uterino y de mama, 2015, p.21-32

(2) MSPAS, Guía técnica para el manejo y control de cáncer invasor de cérvix, Agosto 2008

- En las mujeres con inmunosupresión tomar la citología, cada año: mujeres recibiendo esteroides; mujeres recibiendo inmunosupresores para evitar rechazo de trasplante.
- En la mujer con VIH, tomar citología cervical cada seis meses en el primer año posterior al diagnóstico de su enfermedad. Si estas dos pruebas son reportadas como satisfactorias/negativas, se debe tomar el PAP anualmente.
- En las trabajadoras sexuales (TS) de 20 a 29 años de edad, tomar citología cervical cada dos años, si el resultado del PAP es negativo. También deberán tamizarse con PAP cada dos años, las mujeres trabajadoras sexuales de 30 años o más, si en el establecimiento de salud que les corresponde no está disponible la prueba de VPH.
- El tamizaje podrá ser discontinuado a los 65 años de edad a discreción de la paciente y el médico si se cumplen los siguientes requisitos:
  1. Las mujeres han sido regularmente tamizadas
  2. Ha tenido dos muestras satisfactorias / negativas en forma consecutiva
  3. No ha tenido citologías anormales en los seis años previos
  4. En mujeres mayores de 65 años que no han sido previamente tamizadas, tres citologías satisfactoria/negativas cada dos años deberán ser documentadas antes de discontinuar el tamizaje. (1)

Después de la confirmación mediante biopsia tisular, las mujeres con LEIBG, pueden ser seguidas de forma conservadora con citologías repetidas y seguimiento estrecho. Las LEI AG son tratados con una conización cervical (resección). Las citologías y la exploración clínica de seguimiento deben continuar durante toda la vida, dada la probabilidad de desarrollo posterior de lesiones precancerosas y cánceres vaginales, vulvares o cervicales. (3)

(1)Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cérvico uterino y de mama,2015,p.21-32

(3) Kummur Abas, Fausto, Aster, Patología estructural de Robin, 2010

#### 4.11 Técnica de la toma de citología o Papanicolaou

- Con la usuaria en posición de litotomía, colocar un espéculo vaginal sin lubricante hasta lograr exponer el orificio cervical externo del cuello uterino.
- Si la mujer tiene leucorrea o secreción endocervical, realizar una limpieza suave con un hisopo de algodón humedecido con solución salina normal, antes de tomar la muestra.
- Tomar la muestra del exocérnix primero, utilizando una espátula de Ayre de madera. Realizar inmediatamente un extendido fino (en monocapa) en forma unidireccional sobre la lámina portaobjeto. Luego, tomar la muestra del endocérnix usando el extremo delgado de la espátula de Ayre o un cepillo endocervical, en caso de pacientes postmenopáusicas sin terapia de reemplazo hormonal. Extender inmediatamente siguiendo las mismas indicaciones.
- Fijar de manera inmediata la muestra con aerosol de alcohol etílico a 96 grados, aplicándolo a 20 centímetros de distancia de la lámina en un ángulo de 45 grados o sumergirla en alcohol etílico a 96 grados durante cinco minutos. (1) (6)

#### 4.12 Proceso de tinción y montaje de frotis de Papanicolaou

Se puede dividir en 4 etapas principales

1. Fijación. Se aplica alcohol por spray
2. Coloración de nucleos. Con Hematoxilina de Harris, colorante alcohólico basófilo.
3. Coloración de citoplasmas. Mediante diferentes colorantes alcohólicos los cuales tiñen de forma diferente cada tipo celular.
4. Aclaramiento. Se produce la transparencia celular, se utiliza xilol como sustancia aclaradora. (7)

(1)Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cérvico uterino y de mama,2015.p.21-32

(6) Ovalle L, Palma S. Técnica de la toma de citología y Papanicolaou En: Guía practica de tamizaje cérvico uterino .

(7)Zamorano C, Zepulveda J. Procesamiento de los frotis de Papanicolaou en el laboratorio de citopatología

## **5 DISEÑO METODOLOGICO**

### **5.1 Tipo de investigación.**

- Descriptivo:
- Trasversal
- Enfoque cuantitativo:

### **5.2 Periodo de investigación**

Marzo a mayo del 2018 en UCSF Lourdes.

### **5.3 Universo:**

Pacientes del sexo femenino de 20-35 que consulten en las UCSF Lourdes que hayan recibido tratamiento médico previo debido a lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado detectadas en la citología cervicovaginal de los últimos 2 años. En total se tienen 168 pacientes con dicho antecedente.

### **5.4 Muestra.**

Con muestreo aleatorio por conveniencia se decidió tomar muestras citológicas a las pacientes que asistieran a la UCSF Lourdes en el periodo establecido. De 168 pacientes previamente diagnosticadas, 48 pacientes fueron detectadas en la consulta médica que cumplieron con los criterios de inclusión y se les oferto una nueva toma de citología de acuerdo a la vigencia de la misma.

Criterios de inclusión:

- Sexo femenino
- Edad 20-35
- Diagnóstico previo de lesión escamosa intraepitelial de bajo grado.
- Que hayan recibido tratamiento médico para lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado.
- Que sean pacientes de la UCSF Lourdes.

Criterios de exclusión:

- Que haya tenido lesión escamosa premaligna de alto grado.
- Que haya recibido tratamiento para lesiones escamosa premaligna de alto grado.

## 6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

TABLA 3		OPERACIONALIZACION DE VARIABLES			
Objetivos	VARIABLES	Definición conceptual	Indicadores	Medio de verificación	Instrumento
<b>Identificar los factores de riesgo asociados a lesiones pre malignas de bajo grado del Cérvix en pacientes en edad fértil.</b>	Factores de riesgo asociados a lesiones pre malignas de bajo grado	Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Edad de inicio de relaciones sexuales</li> <li>-Número de parejas sexuales</li> <li>-paridad alta</li> <li>-Infección persistente por VPH con riesgo oncogénico alto</li> <li>-uso ACO</li> <li>-Inmunosupresión</li> <li>-uso de nicotina</li> </ul>	Mujeres de 20-39 años de edad	Encuesta



<p><b>Identificar a las pacientes con diagnóstico de lesiones premalignas de bajo grado verificando el tratamiento recibido por medio del historial clínico.</b></p>	<p>Tratamiento recibido por lesiones pre malignas de bajo grado</p>	<p><b>Conización</b> es un procedimiento terapéutico-diagnóstico, el cual se realiza en el cuello uterino. Se practica una incisión en forma de cono, utilizando bisturí quirúrgico o radiocirugía, para hacer la exéresis de procesos patológicos que engloben tanto el exocervix como el Endocérvix..</p> <p><b>Crioterapia</b> es un <b>tratamiento</b> que previene el cáncer <b>cervical</b>. Se utiliza un producto químico para congelar las células anormales y eliminarlas del cuello uterino.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Crioterapia</li> <li>-Cono quirúrgico</li> <li>- Cono LEEP</li> </ul>	<p>Expediente clínico</p> <p>Referencia de retorno</p>	<p>Encuesta</p>
--	---	---	---	--	-----------------

<p><b>Evaluar la persistencia y progresión de las lesiones pre malignas del Cérvix por medio de las lecturas obtenidas</b></p>	<p>Resultados de citología cervicovaginal</p>	<p>En términos generales el resultado de una citología cervical debe brindar información sobre tres componentes básicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Calidad de la muestra</li> <li>b) Categorización de los resultados</li> <li>c) Interpretación y diagnóstico descriptivo de los hallazgos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Inadecuada</li> <li>-Negativo para malignidad</li> <li>-Sospecha de malignidad</li> <li>-Positivo por malignidad</li> </ul> <p><b>(sistema de clasificación Bethesda)</b></p>	<p>Lectura de láminas con muestras</p>	<p>Ficha de Observación</p>
--	---	---	---	--	-----------------------------

### **6.1 Fuentes de información.**

Pacientes que cumplan con los requisitos para la investigación

Expedientes clínicos

### **6.2 Técnica de obtención de la información.**

- Encuesta
- Expedientes clínicos
- Ficha de cotejo

### **6.3 Mecanismo de confidencialidad y resguardo de los datos**

Se realizó a través del consentimiento informado incorporado en la encuesta, la cual se realizó con discreción para resguardar la información brindada por el paciente. Se utilizó el expediente clínico de la paciente en el momento de la entrevista es decir durante la consulta médica, se le explico que el estudio no tiene ningún riesgo para la salud más bien permitirá detectar patologías como infecciones por microorganismos o lesiones de bajo grado con la que se beneficiara directamente a la paciente ya que en caso de presentar alguna alteración en la citología se citara a las pacientes a través de las promotoras de salud de las unidad de salud implicadas, en caso de lesiones de bajo grado detectadas o en su defecto lesiones de alto grado se citara a la paciente para su respectiva referencia hacia el nivel de atención correspondiente.

### **6.4 Procesamiento y análisis de la información.**

Se realizara de la siguiente manera.

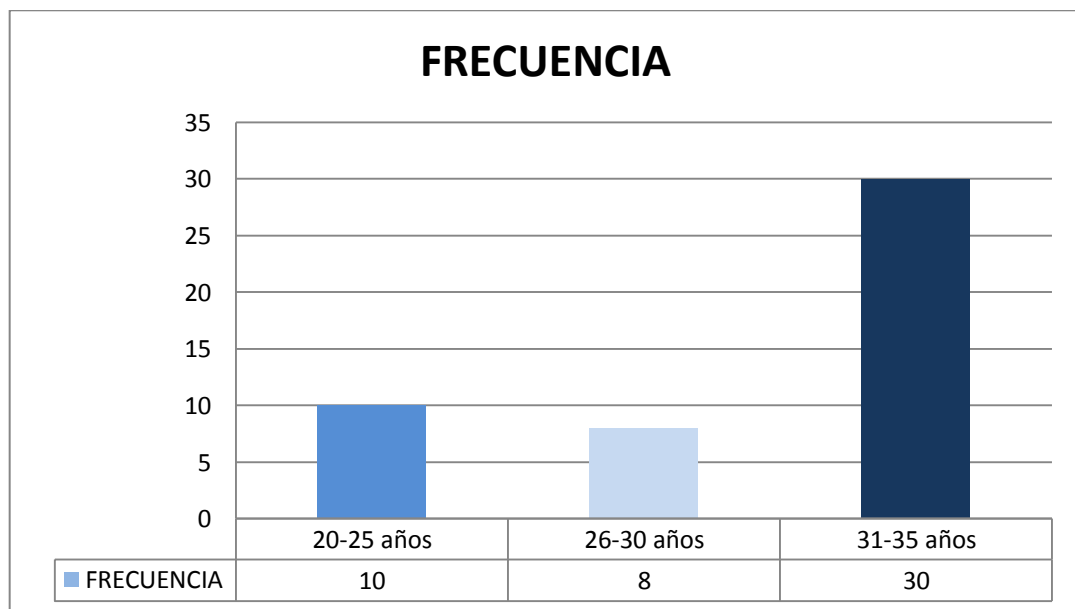
- Se entrevistaron a la paciente que cumpla los criterios para ingresar a la investigación.
- Habiendo cumplido los criterios de inclusión así como completado el cuestionario se tomó la citología cervicovaginal.
- Con las lecturas y resultados de la tinción de Papanicolaou en cada una de las muestras se procesó la información mediante tablas.
- Posteriormente se analizaron los resultados a través de graficas estadísticas.
- Se analizaron los resultados y se compararon con la teoría estudiada.
- Se elaboró el informe final con dichos resultados y análisis.

## 7 RESULTADOS

### OBJETIVO 1:

Identificar los factores de riesgo asociados a lesiones de bajo grado del cérvix en pacientes en edad fértil.

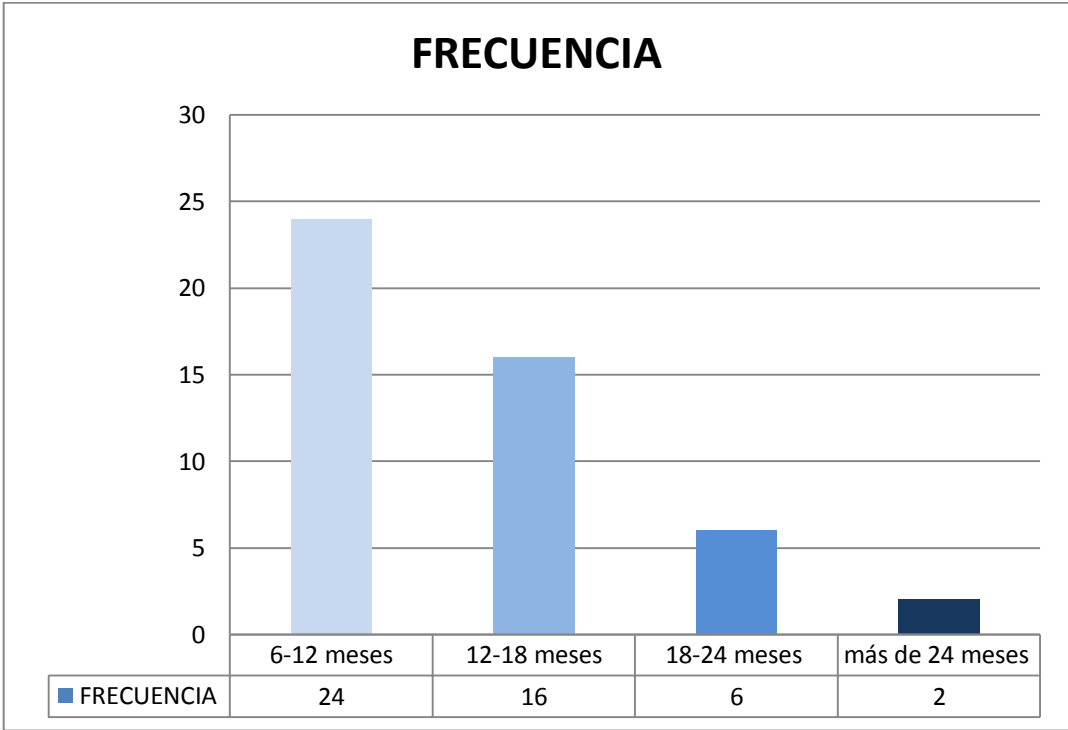
GRAFICO 1: Edades más frecuentes de las pacientes con LEI BG en UCSF Lourdes en el periodo 2016 a 2017



Fuente: instrumento de recolección de datos.

El estudio se enfoca en pacientes de 20 a 35 años y del total de la muestra 30 pacientes estuvieron en edades de 31 a 35 años.

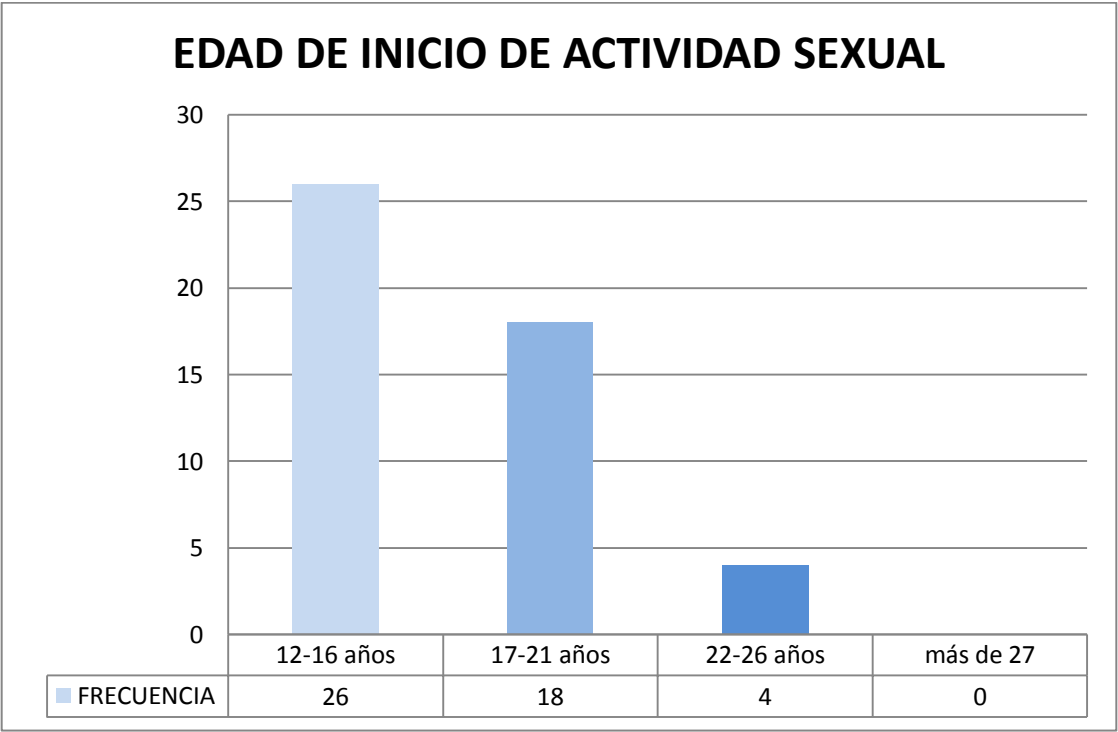
GRAFICO 2: Tiempo del último tamizaje de diagnóstico de cáncer de cérvix en las pacientes de UCSF Lourdes en el periodo del 2016 y 2017



Fuente: instrumento de recolección de datos

Del total de la muestra 24 pacientes se les había realizado el Papanicolaou en el último año.

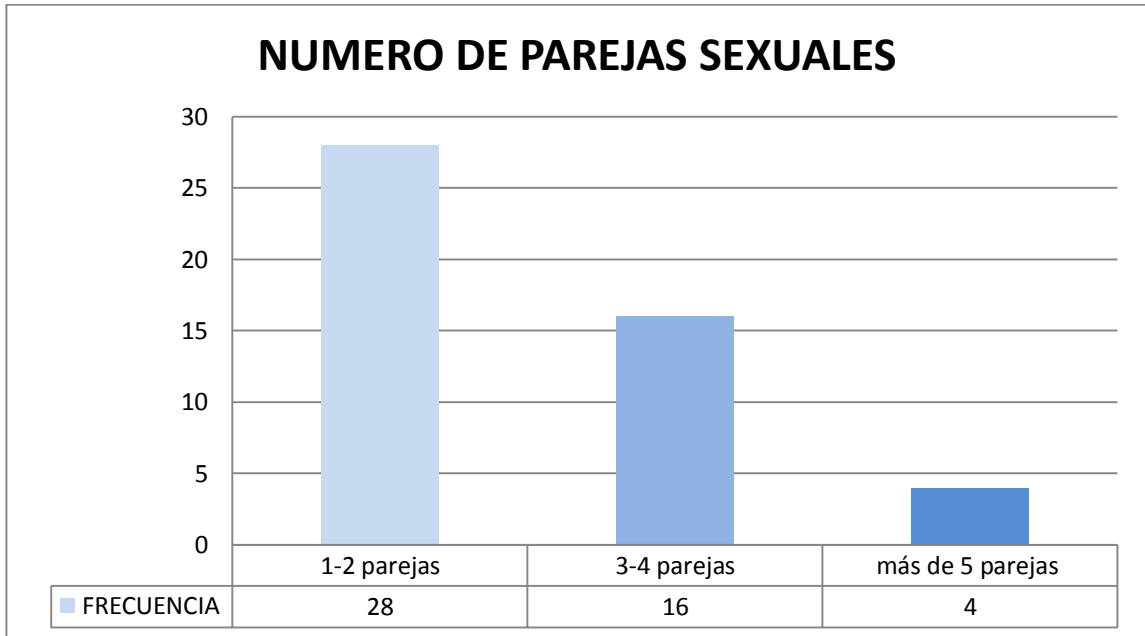
GRAFICO 3: Edad de inicio de actividad sexual en pacientes con LEI BG en UCSF Lourdes en el periodo de 2016 Y 2017



Fuente: instrumento de recolección de datos

Del total de la muestra se observa que 26 pacientes iniciaron relaciones sexuales a temprana edad entre los 12 a 16 años, sin embargo se observa que 18 pacientes iniciaron antes los 21 años.

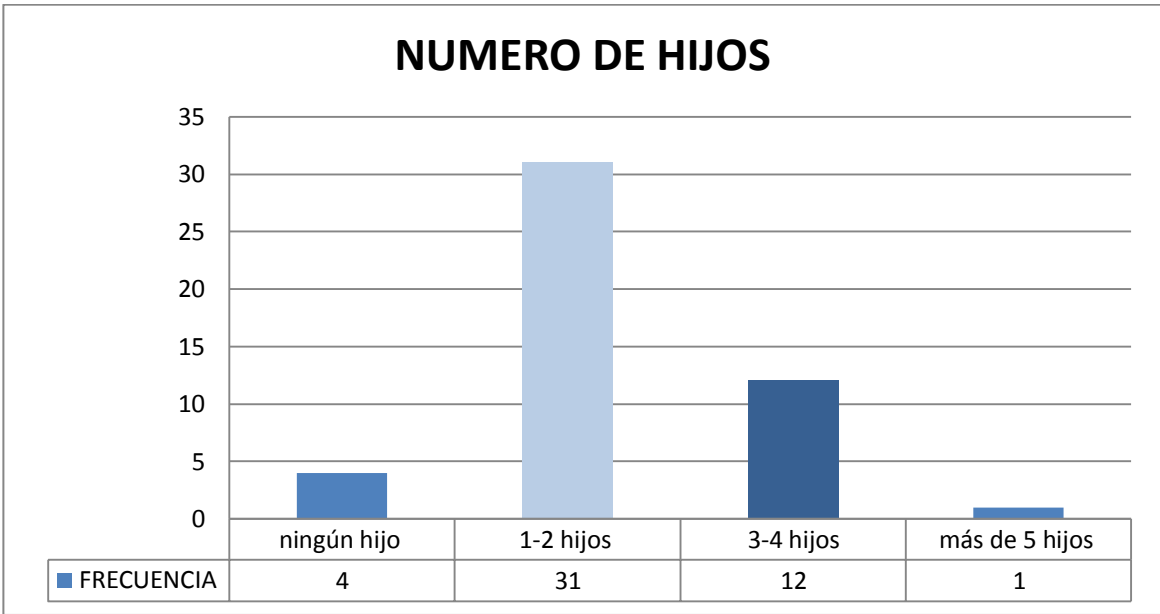
GRAFICO 4: Relación entre el número de parejas sexuales y LEI BG en pacientes de UCSF Lourdes en 2016 y 2017



Fuente: instrumento de recolección de datos.

Del total de entrevistadas 28 pacientes tuvieron 1 y 2 parejas sexuales; 16 pacientes tuvieron más de 3 parejas en comparación con 4 pacientes que tuvieron más de 5 parejas.

GRAFICO 5: Relación entre LEI BG con la paridad en pacientes de UCSF Lourdes en el periodo 2016 y 2017

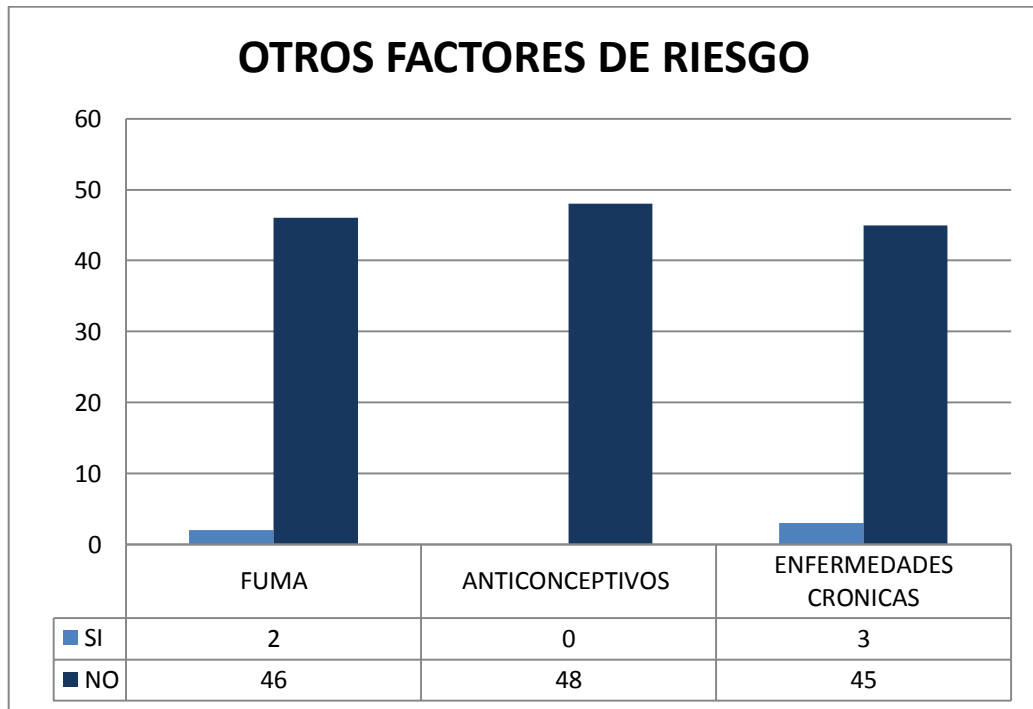


Fuente: instrumento de recolección de datos

Con relación al número de hijos 31 mujeres han tenido entre uno y dos hijos y 12 han de 3 a 4 hijos.



GRAFICO 6: Relación entre lesión intraepitelial de bajo grado y diferentes factores de riesgo en UCSF Lourdes en el periodo de 2016 y 2017

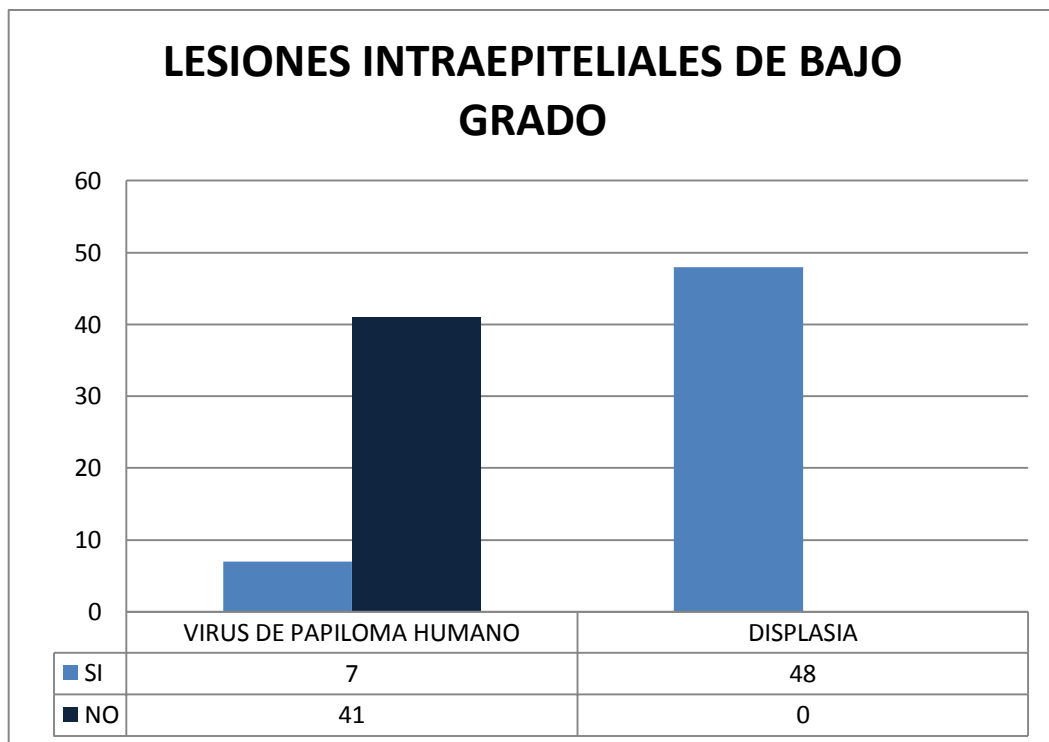


Fuente: instrumento de recolección de datos

De las pacientes estudiadas solo dos pacientes tienen hábitos tabaquistas y 3 de ellas sufren enfermedades no transmisibles.

**OBJETIVO:** Identificar a las pacientes con diagnóstico de lesiones de bajo grado verificando el tratamiento recibido.

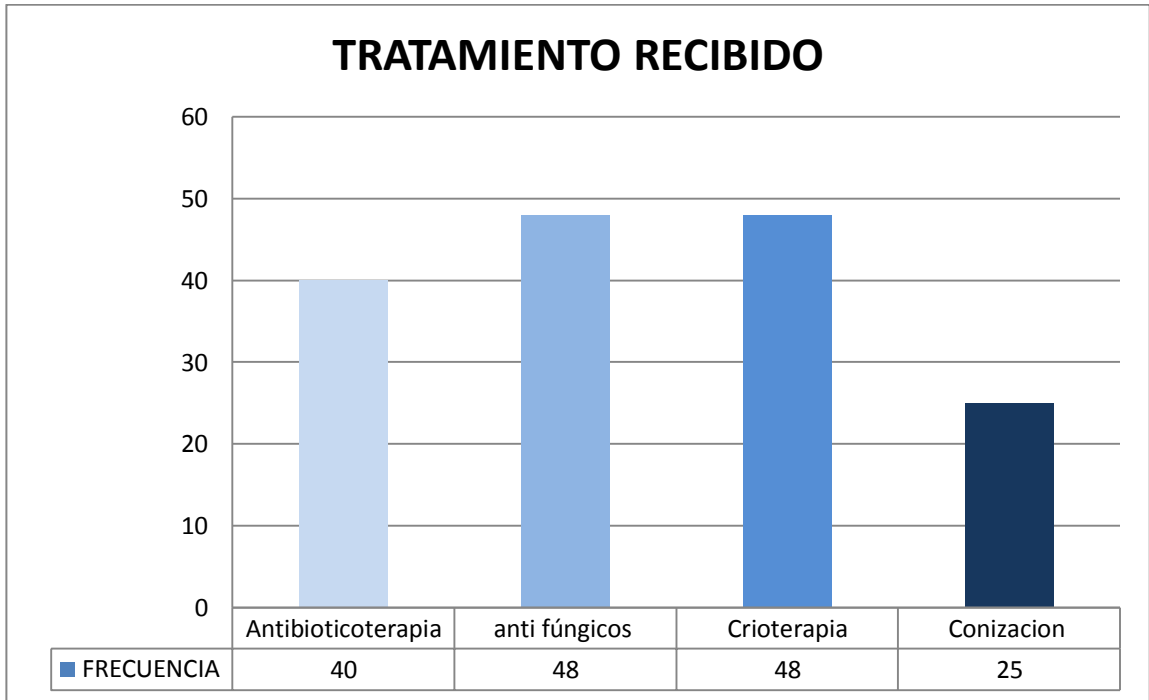
**GRAFICO 7:** Pacientes con diagnóstico previo de LEI BG en UCSF Lourdes en el periodo del 2016 y 2017



Fuente: instrumento de recolección de datos

Del total de pacientes en el estudio, 7 tenían antecedente de diagnóstico de VPH y 41 fueron detectadas con displasia leve.

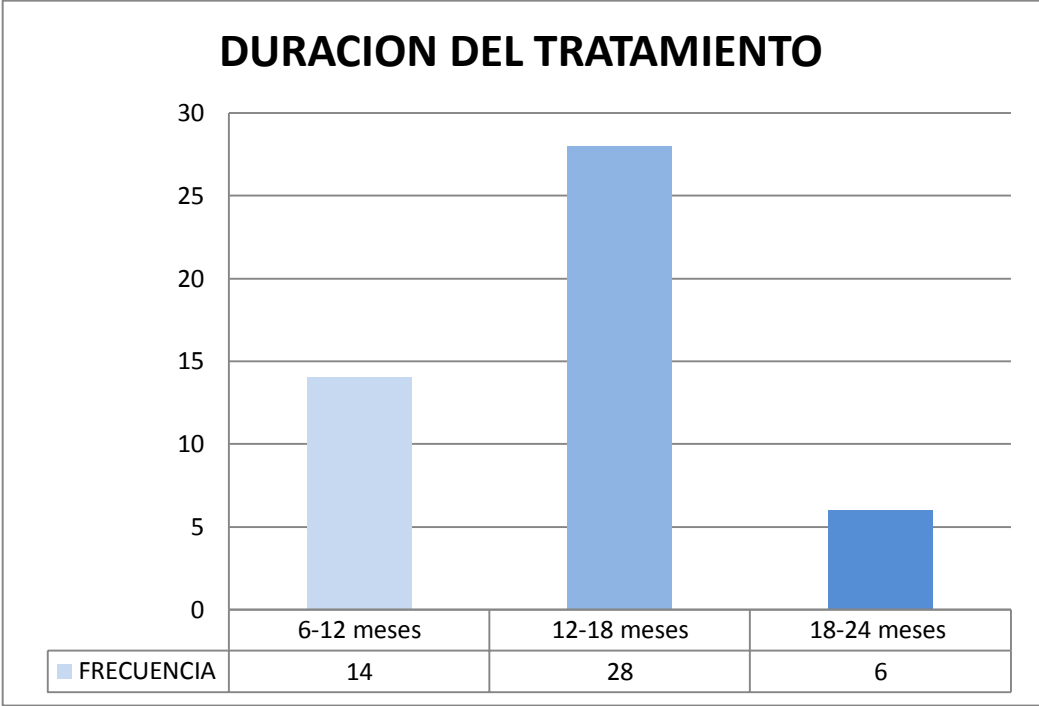
GRAFICO 8: Tratamiento médico proporcionado posterior al diagnóstico de LEI BG a las pacientes de UCSF Lourdes en el periodo 2016 y 2017.



Fuente: instrumento de recolección de datos

Se observa que 48 pacientes fueron tratadas con anti fúngicos y el mismo número con crioterapia. 40 de ellas recibieron Antibioticoterapia y 25 tuvieron conizacion.

GRAFICO 9: Seguimiento terapéutico a las pacientes diagnosticadas LEI BG de UCSF Lourdes en el 2016 y 2017

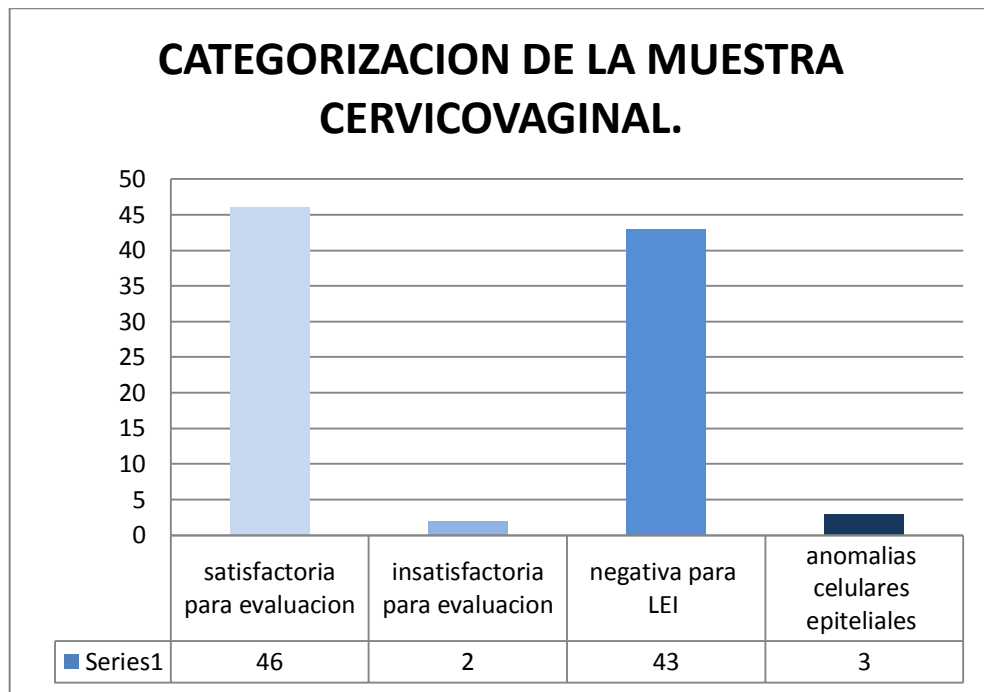


Fuente: Instrumento de recolección de datos

De las pacientes referidas para tratamiento por lesión intraepitelial; 28 pacientes han tenido un seguimiento entre 12 y 18 meses y 14 tuvieron entre 6 y 12 meses de tratamiento.

OBJETIVO ESPECIFICO 3: Evaluar la persistencia y / o progresión de las lesiones intraepiteliales de bajo grado del cérvix por medio de las lecturas obtenidas en las citologías cervicovaginal.

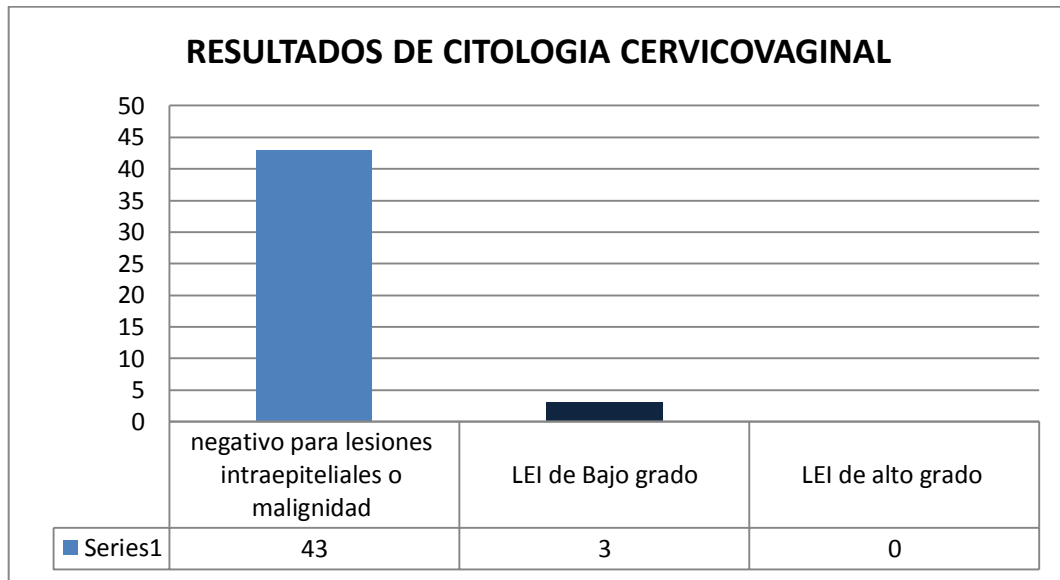
GRAFICO 10: Categorías para el análisis de muestras citológicas de seguimiento en las pacientes diagnosticadas con LEI BG en UCSF Lourdes en 2016 y 2017



Fuente: Instrumento de recolección de datos

De 48 muestras analizadas 46 fueron satisfactorias para evaluación y dos fueron insatisfactorias. De las muestras satisfactorias 43 fueron negativas para lesión intraepitelial y 3 resultaron con anomalías celulares.

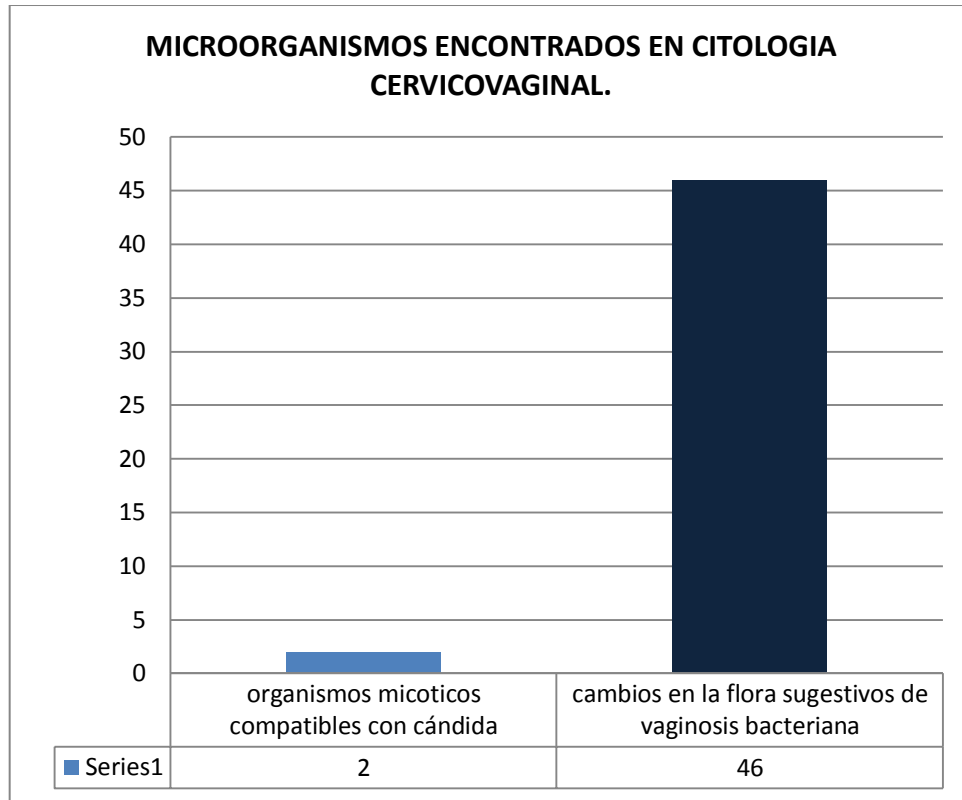
GRAFICO 11: Resultados de citología cervicovaginal de seguimiento en pacientes diagnosticadas con LEI BG en UCSF Lourdes en el 2016 y 2017



Fuente: Instrumento de recolección de datos

De 46 muestras satisfactorias para evaluación, en 3 pacientes se encontró lesión intraepitelial previamente diagnosticada y en 43 pacientes no se observan lesiones intraepiteliales

GRAFICO 12: Microorganismos encontrados en citología cervicovaginal de seguimiento en las pacientes con diagnóstico de LEI BG en UCSF Lourdes en 2016 y 2017



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

En 46 pacientes se encontraron cambios sugestivos a vaginosis bacteriana y 2 pacientes con microorganismos compatibles a cándida.

GRAFICO 12: Persistencia de LEI BG según citología de seguimiento en las pacientes diagnosticadas en UCSF Lourdes en 2016 y 2017



Fuente: Instrumento de recolección de datos

De 46 pacientes en el estudio se observó persistencia de lesión intraepitelial de bajo grado en 3 pacientes y en 43 la lesión no estaba presente durante la observación citológica.



## 8 DISCUSION

Para las autoridades en salud pública alrededor del mundo, el tema del cáncer cervicouterino representa un reto constante pues es la neoplasia maligna más frecuente y con más alta mortalidad entre las mujeres según la OMS, donde además se pueden aplicar políticas de salud en prevención primaria teniendo en cuenta la promoción de la salud y en prevención secundaria que implica la detección y tratamiento oportuno del mismo. Probablemente no hay otra patología crónica en la que quede demostrado que con buenas intervenciones pueda evitarse complicaciones a posteriori de miles de pacientes y por consiguiente de sus familias.

Intervenciones de tamizajes en la población; desde consejerías, tomas de muestras citológicas, referencias oportunas y hasta biopsias son medidas de gran importancia en la lucha contra el cáncer cervicouterino. Intervenciones específicas seriadas a pacientes detectadas con factores de riesgo y sus seguimientos de acuerdo a los diagnósticos permiten disminuir la posibilidad del desarrollo del mismo.

En este estudio, de una población de 168 pacientes detectadas previamente con lesión intraepitelial de bajo grado y que cumplieron tratamiento específico según los hallazgos, se intervinieron por conveniencia 48 pacientes lo que representa un 29% de la población. Las edades más frecuentes de las pacientes en la muestra estuvieron en el rango de los 31-35 años, lo que concuerda con los datos bibliográficos expresados. Aunque el pico más alto de la infección por VPH ocurre entre los 20-30 años, las lesiones escamosas intraepiteliales se desarrollan a más tarde edad. Porque aunque el VPH es la casusa necesaria, no es suficiente para el desarrollo de la patología y se deben estudiar otros factores de riesgo. Es decir, la sola presencia del VPH no determina la existencia de las lesiones o el cáncer.

Quedo en evidencia también que las pacientes compartían algunos factores de riesgo como el inicio de relaciones sexuales antes de los 16 años, haber tenido contacto con

más de una pareja sexual y tener entre uno y dos hijos. Estos datos obtenidos concuerdan con la base teórica ampliamente difundida en la que se expresa que dichos factores representan riesgo potencial para la mayoría de las pacientes con diagnóstico de lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado. Otros factores de riesgo medidos fueron: el uso de anticonceptivos orales, uso de nicotina y la inmunosupresión por enfermedades crónicas; en este estudio se observó que dichos factores no representaron riesgo potencial en la muestra.

Todas las pacientes detectadas con lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado fueron referidas al centro de salud superior según la posibilidad resolutive y se les brindó tratamiento basados en los lineamientos vigentes, en un periodo de 12 a 18 meses. El tratamiento inicial fue brindado en el primer nivel y se enfocó en antibióticos y antifúngicos según los resultados sugestivos de infección en las citologías. En el segundo nivel se realizaron evaluaciones colposcópicas a todas las pacientes y un número menor requirió extracción de biopsia por conización, los anteriores procedimientos e realizaron bajo la norma antes dicha.

El aspecto de gran importancia en la investigación, basando estos datos en los resultados de la citología queda resumido de la siguiente forma: 6% de la muestra persistió con lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado, después de dos años del diagnóstico y de diferentes tratamientos aplicados. Dichos resultados no pueden ser comparados con otro estudio, pues no se encontraron evidencias de estos. Sin embargo, se comprueba los aspectos teóricos predichos que el 90% de las lesiones de bajo grado ceden espontáneamente en los primeros dos años y el 10% pueden persistir y a futuro tener riesgo de progresar a lesiones de alto grado. Y otro dato importante en todas las citologías procesadas fue la presencia de cambios en la flora sugestivos de vaginosis bacteriana.

## 9 CONCLUSIONES.

- Se concluye que los factores de riesgo como el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, el número de parejas sexuales de las pacientes y el número de hijos se ve estrechamente relacionado a la infección por virus de papiloma humano o al desarrollo de displasia leve, otros factores relacionados son hábitos tabaquistas, el uso de anticonceptivos orales o la inmunosupresión sin embargo en este estudio no hay mayor relación. Además se evidenció que la población más afectada con LEI de bajo grado son las mujeres entre los 30 y 35 años.
- Se identificaron a las pacientes con LEI de bajo grado el cual tiene representatividad del 29% y se verificó que el 100% de las pacientes con diagnóstico previo había sido referida al nivel de atención correspondiente y recibió su tratamiento médico para cada caso, a través de la entrevista y revisión de los expedientes clínicos durante la consulta previo a la toma del PAP para el estudio.
- Se acentúa además el hecho de la importancia de la toma de la citología cervicovaginal como método de detección fácil y accesible a todas las pacientes y obtener un diagnóstico preciso y objetivo.
- Del total de muestras citológicas cervicovaginal satisfactorias para la evaluación se llegó a la conclusión que solo el 6% de las pacientes con diagnóstico previo de lesión escamosa intraepitelial de bajo grado persiste, y que el 94% la lesión ha cedido. Además de mencionar que todo resultado citológico esta alterado ya sea por evidencia de inflamación de las células, presencia de microorganismo como infecciones bacterianas que coinciden con cocos, bacilos así como hongos coincidentes con *Candida sp.*
- Por lo que además se verifica que el protocolo a seguir en el caso de las pacientes con lesión escamosas intraepitelial está dando excelentes resultados ya que se evidencia la efectividad de dicho protocolo y se ha comprobado en este estudio que hay regresión de la lesión en menos de 2 años.

- Además las pacientes encontradas con lesión escamosa intraepitelial de bajo grado en este estudio fueron referidas al centro de atención correspondiente para el tratamiento médico respectivo. Así como el seguimiento por parte de la Unidad Comunitaria de salud Familiar

## 10 RECOMENDACIONES

A las pacientes:

- En general recomendar a las pacientes llevar un estilo de vida de bajo riesgo , como ejemplo el uso de preservativo durante la relación sexual y mantener una pareja estable.
- Continuar con los controles subsecuentes para la toma de citología cervicovaginal en el caso de las pacientes en el que la lesión no ha persistido ni ha progresado.
- Que las pacientes con diagnóstico de lesión escamosa intraepitelial de bajo grado asista al hospital de referencia para la respectiva evaluación y establecimiento del tratamiento médico que le corresponde. Y que al finalizar el tratamiento retorne el 100% de las pacientes retorne a la unidad de salud correspondiente para la toma subsecuente del PAP.

Al MINSAL

- Seguimiento a las pacientes con lesión escamosa intraepitelial de bajo grado, así como la verificación de la asistencia al hospital de referencia.
- Continuar con el cumplimiento de la norma establecida en los casos con pacientes de lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado.

## 11 GLOSARIO

**Biopsia:** toda extracción de tejido de un organismo vivo para examen microscópico con fines diagnósticos.

**Carcinoma epidermoide o escamoso:** es el subtipo histológico más común de cáncer cervical y representa el 80% de los casos

**Conización:** tratamiento de las lesiones pre cancerosas del cuello uterino en el que se extirpa la lesión con un asa (Cono LEEP).

**Colposcopia:** procedimiento diagnóstico en el que se usa un colposcopio que proporciona luz intensa y aumento de la imagen, para observar el cuello uterino.

**Crioterapia:** tratamiento de las lesiones pre cancerosas del cuello uterino en el que se usa congelación con una sonda fría.

**Displasia leve:** con atipia citológica en los que hay núcleos alargados hipercromáticos y pseudoestratificados (Que llegan hasta los tres cuartos de espesor epitelial), disminución o ausencia de mucina. O bien criptas aglomeradas de disposición tubular o vellosa.

**VPH:** Virus del papiloma humano, es principal factor de riesgo para la progresión del cáncer cérvico uterino por una infección persistente por uno o más VPH de tipo oncogénico.

**Prevención primaria:** son todas las medidas o acciones destinadas a evitar que el cáncer aparezca.

**Prevención secundaria:** son todas las medidas o acciones destinadas a detectar las lesiones precancerosas y el cáncer de cérvix en estadios iniciales, con el fin de aumentar la tasa de curación de la enfermedad.

**Prueba de Papanicolaou:** es un examen, cuyo fin es detectar en forma temprana anomalías del cuello de útero que posteriormente pueden llegar a convertirse en cáncer.

Kummar Abas, Fausto, Aster, *Patología estructural de Robin*, 2010

*Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cérvico uterino y de mama, 2015*

## 12 BIBLIOGRAFIA

1. Chacón A, Rodríguez L, Prevención y control del cáncer cervicouterino. En: Ministerio de salud. Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cérvico uterino y de mama. El Salvador. Editorial del ministerio de salud. 2015. p. 21-32
2. Hernandez Y, Campos L. Guía de cáncer invasivo de cérvix. En: Ministerio de Salud. Guía técnica para el manejo y control del cáncer invasor de cérvix. El Salvador. Editorial del Ministerio de Salud, 2008.p. 16-18
3. Hedrick L, Pirog E. Aparato genital femenino. En: Kummar L, Abas D, Fausto, Aster f, editores. Patología estructural y funcional Robín y Cotrans. España: Elseiver. 2008. p. 1017-1022.
4. Félix W. Anatomía e histología normal del cuello uterino. En: Eficacia de la crioterapia en la neoplasia intraepitelial cervical grado I y II. Guatemala: Universidad San Carlos, 2014. p. 5-10
5. Lacruz C, Citología de las lesiones intraepiteliales escamosas. En: Lacruz C, Gonzalez J. citología ginecológica de Papanicolaou a Bethesda. Madrid: Ed. Complutense 2003 p 65-69
6. Ovalle L, Palma S. Técnica de la toma de citología y Papanicolaou En: Guía practica de tamizaje cérvico uterino. Guatemala, Ministerio de salud pública y asistencia social. p.9
7. Zamorano C, Zepulveda J. Procesamiento de los frotis de Papanicolaou en el laboratorio de citopatología. Chile. p. 2

## 13 ANEXOS

### 13.1 Consentimiento informado.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

UNIDAD CENTRAL

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA



Yo \_\_\_\_\_ paciente de la UCSF \_\_\_\_\_ con número de expediente \_\_\_\_\_ por este medio se me informa acerca de la investigación que se está realizando por médicos en año social de la carrera de Doctorado en Medicina. Se me ha explicado que seré tomada en cuenta para la realización de una entrevista, y toma de citología cervicovaginal para posteriormente ser leída e interpretada fuera de la UCSF por técnicos y medico Patólogo. Que además la información es confidencial y únicamente serán utilizadas para dicha investigación.

Por lo anterior descrito acepto ser parte de la investigación.

F. \_\_\_\_\_



## 13.2 Instrumento

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

UNIDAD CENTRAL

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA



### Encuesta

#### **EVOLUCIÓN PATOLÓGICA DE LESIONES PRENEOPLASICAS DE BAJO GRADO DEL CÉRVIX UTERINO, POSTERIOR AL TRATAMIENTO MÉDICO EN LAS PACIENTES DE UCSF LOURDES DETECTADAS EN LOS AÑOS 2016 Y 2017**

Datos generales:

- UCSF Lourdes \_\_\_\_\_
- Nombre : \_\_\_\_\_
- Edad: \_\_\_\_\_
- Sexo \_\_\_\_\_
- Ocupacion: \_\_\_\_\_
-

Parte 1

<b>1. Factores de riesgo asociado a las lesiones pre neoplásicas de bajo grado</b>				
<b>¿Hace cuánto fue su última citología?</b>	Menos de 1 año	Entre 1 año y 6 meses	Entre 1 año 6 meses y 2 años	Más de 2 años
<b>¿Edad de inicio de relaciones sexuales?</b>	12-16	17-21	22-26	más de 27
<b>¿Número de parejas sexuales?</b>	Ninguno	1-2	3-4	Mas de 5
<b>¿Cuántos hijos ha tenido?</b>	Ninguno	1-2	3-4	Mas de 5
<b>-¿utiliza anticonceptivos orales?</b>	Si	No		
<b>¿Cuánto tiempo?</b>	Menos de 6 meses	6 meses -1 año	1 año a 2 años	Mas de 2 años
<b>¿Fuma?</b>	Si	No		
<b>-Inmunosupresión ¿Padece de alguna enfermedad?</b>	¿Cual?			
<b>¿Toma algún medicamento?</b>	¿cuál?			
<b>¿Ha sido diagnosticada con virus de papiloma humano en los últimos 2 años?</b>	Si	No		
<b>¿La infección ha sido persistente?</b>	Si	No		
<b>Ha sido diagnosticada con Lesiones premalignas de bajo grado en los últimos 2 años</b>	Si	No		
<b>¿Fue referida a otro centro de atención?</b>	Si	No		

<b>2. Tratamiento recibido por lesiones pre malignas de bajo grado</b>	
<b>En qué centro de salud recibió tratamiento</b>	
<b>Conización</b>	
<b>Crioterapia</b>	
<b>Antibioticoterapia</b>	
<b>Anti fúngicos</b>	
<b>Antivirales</b>	
<b>¿Duración de tratamiento?</b>	

## Parte 2. Ficha de observación.

Resultados de citología cervicovaginal según sistema Bethesda

Obtención de muestras

### Categoría de la muestra:

- Satisfactoria para evaluación  
\_\_\_\_\_
- Insatisfactoria para evaluación  
\_\_\_\_\_

### Categoría general

- Negativo para lesiones intraepiteliales o malignidad \_\_\_\_\_
- Anomalías celulares epiteliales \_\_\_\_\_

### Resultados

- Negativo para lesiones intraepiteliales o malignidad \_\_\_\_\_  
Se utiliza esta categoría cuando no hay evidencia de neoplasia, independientemente de si se observan o no microorganismo y otros hallazgos no neoplásicos.
- LEI DE BAJO GRADO
- LEI DE ALTO GRADO

Microorganismos encontrados	
Trichomonas vaginales	
Organismos micóticos compatibles con Cándida	
Cambio en la flora sugestivo de vaginosis bacteriana	
Bacteria morfológicamente compatible con actinomicas	
Cambios celulares compatibles con virus herpes simple	

¿Persiste lesión pre maligna de bajo grado?

Si

No

¿Cuál?

### 13.3 Tablas de resultados.

**Tabla 1. EDAD DE PACIENTES**

EDAD	FRECUENCIA
20-25 años	10
26-30 años	8
31-35 años	30
total	48

Fuente: instrumento de recolección de datos.

**TABLA 2. FECHA DE ÚLTIMA CITOLOGÍA**

TIEMPO	FRECUENCIA
Menos de 6 meses	24
entre 1 año y 6 meses	16
entre 1 año 6 meses y 2 años	6
más de 2 años	2
total	48

Fuente: instrumento de recolección de datos.

**TABLA 3. INICIO DE RELACIONES SEXUALES**

EDAD	FRECUENCIA
12-16 años	26
17-21 años	18
22-26 años	4
más de 27	0
Total	48

Fuente: instrumento de recolección de datos.

**TABLA 4. COMPAÑEROS SEXUALES**

NUMERO DE PAREJAS	FRECUENCIA
Ninguno	0
1-2 parejas	28
3-4 parejas	16
más de 5 parejas	4
total	48

Fuente: instrumento de recolección de datos.

**TABLA 5. PARIDAD**

PARIDAD	FRECUENCIA
ningún hijo	4
1-2 hijos	31
3-4 hijos	12
más de 5 hijos	1
total	48

Fuente: instrumento de recolección de datos.

**TABLA 6. UTILIZACIÓN DE ANTICONCEPTIVOS ORALES.**

USO DE ANTICONCEPTIVOS	FRECUENCIA
si	0
no	48
Total	48

Fuente: instrumento de recolección de datos.

**TABLA 7. DURACIÓN DE USO DE ACOS**

TIEMPO DE USO	FRECUENCIA
menos de 6 meses	0
6 meses a 1 años	0
1 a 2 años	0
más de 2 años	0
N/A	48
total	48

Fuente: instrumento de recolección de datos.

**TABLA 8. HÁBITOS TABAQUISTAS**

FUMA	FRECUENCIA
Si	2
No	46
total	48

Fuente: instrumento de recolección de datos

**TABLA 9. ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS**

ENFERMEDADES	FRECUENCIA
si	3
No	45
total	48

Fuente: instrumento de recolección de datos

**TABLA 10. ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS**

PATOLOGIA	FRECUENCIA
HTA	3
DM	1

Fuente: instrumento de recolección de datos

**TABLA 11. MEDICAMENTO POR ENFERMEDAD CRONICA**

USO DE MEDICAMENTO	FRECUENCIA
Si	3
No	45
Total	48

Fuente: instrumento de recolección de datos

**TABLA 12. LEI DE BG: INFECCIÓN POR VIRUS DE PAPILOMA HUMANO**

LESION DE BAJO GRADO	FRECUENCIA
Si	7
No	41
Total	48

Fuente: instrumento de recolección de datos

**TABLA 13. LEI DE BG: INFECCIÓN POR VIRUS DE PAPILOMA HUMANO**

PERSITENCIA DE VPH	FRECUENCIA
Si	6
No	42
total	48

Fuente: instrumento de recolección de datos

**TABLA 14. LEI DE BG: DISPLASIA LEVE.**

DISPLASIA LEVE	FRECUENCIA
Si	48
No	0
Total	48

Fuente: instrumento de recolección de datos

**TABLA 15. REFERENCIA OPORTUNA Y PERTINENTE.**

REFERENCIA A OTRO CENTRO	FRECUENCIA
Si	48
No	0
total	48

Fuente: instrumento de recolección de datos.



**TABLA 16. TRATAMIENTO RECIBIDO**

TRATAMIENTO	FRECUENCIA
Antibioticoterapia	40
anti fúngicos	48
Crioterapia	48
Conizacion	25

Fuente: instrumento de recolección de datos.

**TABLA 17. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO**

DURACION	FRECUENCIA
6 meses a 1 año	14
de 1 año a 1 año 6 meses	28
de 1 años 6 meses a 2 años	6
Total	48

Fuente: instrumento de recolección de datos.

**TABLA 18. CATEGORIZACIÓN DE CITOLOGÍA CERVICOVAGINAL.**

CATEGORIA	FRECUENCIA
satisfactoria para evaluación	46
insatisfactoria para evaluación	2
Total	48

Fuente: instrumento de recolección de datos.

**TABLA 19. CATEGORIZACIÓN DE CITOLOGÍA CERVICOVAGINAL**

CATEGORIA	FRECUENCIA
negativo para lesiones intraepiteliales o malignidad	43
anomalías celulares epiteliales	3
Total	46

Fuente: instrumento de recolección de datos.

**TABLA 20. RESULTADOS DE CITOLOGIA CERVICOVAGINAL.**

RESULTADO	FRECUENCIA
negativo para lesiones intraepiteliales o malignidad	43
LEI de Bajo grado	3
LEI de alto grado	0
Total	46

Fuente: instrumento de recolección de datos.

**TABLA 21. HALLAZGOS ENCONTRADOS EN CITOLOGÍA CERVICOVAGINAL.**

MICROORGANISMO	FRECUENCIA
organismos micoticos compatibles con cándida	2
cambios en la flora sugestivos de vaginosis bacteriana	46
TOTAL	48

Fuente: instrumento de recolección de datos.

**TABLA 22. PERSISTENCIA DE LEI DE BG**

PERSISTENCIA.	FRECUENCIA
Si	8
No	38
total	46

Fuente: instrumento de recolección de datos.