

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA



**“FRECUENCIA DE FACTORES QUE INFLUYEN EN EL APARECIMIENTO DE
LESIONES CERVICOUTERINAS EN MUJERES DE 25 – 40 AÑOS EN UNIDAD
COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR BASICA MONTE SAN JUAN, CANTON
SOLEDAD, PERIODO ENERO-DICIEMBRE 2017.”**

Para Optar al título de:

DOCTOR EN MEDICINA

INFORME FINAL PRESENTADO POR:

MARIA EUGENIA BERNAL RAMOS

FRANCELLA LISSETTE BENITEZ MELARA

ROCIO CRISTINA BONILLA HIDALGO

ASESORA:

DRA ANA LETICIA ZA VALETA DE AMAYA

San Salvador, Septiembre 2018

CONTENIDO

	Nº pág.
1.0 Resumen	1
2.0 Introducción	2
3.0 Planteamiento del problema	3
3.1 descripción del problema de investigación	
3.2 ubicación institucional y geopolítica del problema.	
4.0 Objetivos	4
4.1 Objetivo general	
4.2 Objetivo específico	
5.0 Marco teórico	5
5.1 factores de riesgo.	5
5.1.1 edad	6
5.1.2 tabaquismo.	7
5.1.3 deficiencias alimentarias	8
5.1.4 hormonas exógenas	8
5.1.5 paridad	9
5.1.6 inmunosupresión	9
5.2 Virus del Papiloma Humano	10
5.3 Historia Natural	12
5.4 Estudio Diagnóstico	13
6.0 Diseño Metodológico.	16

6.1 Tipo de Estudio.	16
6.1.1 periodo de investigación.	16
6.1.2 universo (unidades de información y análisis)	16
6.1.3 Muestra (selección tamaño, cálculo de muestra y representatividad)	16
6.1.4 criterios de inclusión	17
6.1.5 criterios de exclusión	17
6.2 Operacionalización de Variables	18
6.2.1 variables	21
6.2.2 fuentes de información	21
6.2.3 técnicas de obtención de información.	21
6.2.4 mecanismo de confidencialidad.	22
6.2.5 procesamiento y análisis de información.	22
7.0 Resultados	23
8.0 Discusión	35
7.0 Conclusiones	37
8.0 Recomendaciones	38
9.0 Fuentes de Información	39
Anexos.	41

1.0 RESUMEN

El cáncer cervicouterino sigue siendo un problema importante de salud pública entre las mujeres del mundo en desarrollo, especialmente en América Latina. El salvador no es la excepción ya que una de las principales causas de consulta referencia, interconsulta y hospitalización en mujeres en edad fértil es el cáncer de cérvix el cual según la Organización Mundial de la Salud es uno de la causa de canceres prevenibles.

Tomando en cuenta el enfoque epidemiológico que representa esta patología, así como también que es en el primer nivel de atención de salud donde se realizan las acciones de prevención y promoción de la salud, realizamos nuestra investigación en la unidad de Salud básica soledad de monte San Juan Cuscatlán.

Ya que dentro del área geográfica de este centro de salud se habían identificado casos específicos de lesiones cervicouterinos en mujeres en edad fértil.

Los determinantes para realizar nuestra investigación fueron la edad de las pacientes, vida sexual activa y que se encontraran dentro de la ubicación geográfica en estudio, bajo estos parámetros nos dirigimos a la revisión bibliográfica de documentos de la unidad de salud (libro de tamizaje de cáncer cervicouterino), y expedientes clínicos de las pacientes en cuestión, para cumplir con los objetivos de la presente investigación los cuales consistían en describir la frecuencia de las lesiones cervicouterinas, determinar el manejo que se realiza en el primer nivel de atención y las características de estas pacientes que fueron diagnosticadas con la patología en estudio.

Los resultados de nuestra investigación son representados a partir de graficas de pastel con su respectivo análisis lo cual nos permite hacer un análisis cuantitativo de los parámetros antes señalados, con las respectivas conclusiones y recomendaciones de nuestra investigación.

2.0 INTRODUCCIÓN

El Salvador un país en desarrollo cuyo perfil epidemiológico abarca muchas enfermedades infectocontagiosas, además de resaltar el aumento de las enfermedades crónicas degenerativas como hipertensión arterial, diabetes mellitus y cáncer entre los cuales destaca el cáncer cervicouterino. Según datos de Organización Panamericana de la Salud Perfil del sistema de salud de El Salvador 2000-2005:

Una de las principales causas de consulta referencia, interconsulta y hospitalización en mujeres en edad fértil es el cáncer de cérvix el cual según la Organización Mundial de la Salud es uno de la causa de canceres prevenibles.

El Cáncer cervicouterino principalmente puede ser detectado antes a través de exámenes repetitivos de toma de muestra de células escamosas del cérvix.

En esta investigación consideramos importante la detección de lesiones cervicouterinas en nuestra población ya que si son tratadas a tiempo es posible parar la degeneración de células en el cérvix y así mismo también considerar las conductas de riesgo que puede tener nuestra población.

Se eligió la unidad de salud Soledad Monte San Juan Cuscatlán ya que está ubicada en un área de riesgo para adolescentes y mujeres en edad fértil, se exploró a través de la revisión de estadísticas de la unidad de salud sobre detección de lesiones precancerosas, tomas de citología (Papanicolaou) en mujeres embarazadas y en edad fértil en la cual se presenta desde marzo año 2015 hasta diciembre el año de 2017 se hizo un muestro 534 mujeres que se han realizado su citología y se demostró que hay 56 mujeres que presentaron diagnóstico de lesiones precancerosas , todas fueron tomadas en pacientes que estuvieron en control prenatal , en control preconcepcional, controles de planificación familiar o pacientes que se realizaban la citología periódicamente .

Este es un estudio transversal ya que se tomó en cuenta un tiempo de investigación corto de un año, se recopilaron los datos obtenidos en el periodo de enero a diciembre 2017 en los cuales se habían detectado lesiones cérvico uterina y se evaluó el manejo que se le dio a través de los protocolos y guías de ginecología teóricas existentes

3.0 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son factores que influyen en la frecuencia de apareamiento de lesiones cervicouterinas en mujeres de 25 – 40 años habitantes de Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Monte San Juan, Cantón Soledad, periodo enero-diciembre 2017.

3.1 Descripción del problema de investigación:

La frecuencia de los factores para la aparición de lesiones cervicouterinas en mujeres de edad fértil, así como el manejo adecuado que se ha dado a las pacientes que han sido diagnosticadas en la UCSFB Soledad, Monte San Juan en el periodo de tiempo enero a diciembre del año 2017.

3.2 Ubicación institucional y geopolítica del problema.

La investigación se llevó a cabo con las pacientes que asistieron a controles prenatales, de planificación familiar, pre-concepcional y toma de citología en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar y su área de influencia geográfica, así mismo todas aquellas pacientes en las que se hicieron seguimientos en la unidad de salud que fueron detectadas en el periodo establecido de enero 2017 a diciembre de 2017, diagnosticadas con lesiones y con seguimiento respectivos.

4.0 OBJETIVOS.

4.1 General:

Describir factores que influyen en la frecuencia de Lesiones cervicouterinas y su manejo en mujeres en edad fértil de 25 a 40 años en UCSF básica Soledad, monte san juan en el periodo de enero 2017 a diciembre 2017.

4.2 Objetivos Específicos.

1. Identificar la frecuencia de lesiones cervicouterinas en mujeres en edad fértil de 25 a 40 años en el área geográfica de influencia de la unidad comunitaria de salud familiar.
2. Determinar el manejo en el primer nivel de atención de lesiones cervicouterinas de bajo grado de las mujeres en edad fértil en estudio, para verificar el cumplimiento de los actuales lineamientos en la prevención del cáncer cervicouterino.
3. Establecer la características de pacientes con lesiones cervicouterinas que han sido diagnosticadas en el periodo establecido en el área geográfica de influencia unidad de salud familiar

5.0 MARCO TEORICO

En la Región de las Américas, el cáncer cervicouterino es el cuarto tipo de cáncer más frecuente en la mujer: se estima que cada año se diagnostican 83.200 casos nuevos y que 35.680 mujeres mueren por este tipo de cáncer¹. Es una enfermedad que se puede prevenir en gran medida, sea por medio de la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) en los primeros años de la adolescencia o bien mediante las pruebas de detección y el tratamiento de lesiones precancerosas en mujeres de 30 años en adelante. Desde los años sesenta se utiliza la prueba de Papanicolaou para la detección de este tipo de cáncer; gracias a ello, la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino se ha reducido en cerca de 50% en los países desarrollados que tienen sólidos sistemas de salud².

Sin embargo, esta estrategia ha sido menos eficaz en los países en desarrollo, principalmente debido a problemas relacionados con la infraestructura y los equipos, retos logísticos que están vinculados con los procedimientos de tamizaje y las características de la prueba en sí.

5.1 FACTORES DE RIESGO.

Los factores de riesgo identificables para la aparición de neoplasia intraepitelial cervicouterina son semejantes a los que privan en el caso de lesiones invasoras y son útiles en la generación de programas de detección sistemática y prevención de cáncer cervicouterino. El riesgo de neoplasia cervicouterina guardó una relación de mayor peso con la infección genital persistente de HPV de tipo HR y la edad mayor de la mujer (Ho, 1995; Kjaer, 2002; Remmink, 1995; Schiffman, 2005).³

Muchos de estos factores de riesgo están relacionados con la actividad sexual y la exposición a las enfermedades de transmisión sexual. Inicialmente se pensó que la infección por el virus del herpes era el acontecimiento desencadenante del cáncer de cuello del útero. Sin embargo, actualmente se ha demostrado que el agente causal del desarrollo

¹ . 29.a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA 69.a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS Washington, D.C., EUA, del 25 al 29 de septiembre del 2017

² Kitchener HC, Castle PE, Cox JT. Achievements and limitations of cervical cytology screening. *Vaccine* 2006; 24(3 supply):S63-S70.

³ (Barbara L. Hoffman, 2014)

del cáncer de cuello del útero es el virus del papiloma humano (VPH) y, probablemente actuando como cofactores, el virus del herpes y la *Chlamydia trachomatis*.⁴

Se piensa que el papel del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en el cáncer de cuello del útero está mediado por la supresión inmunológica. Los Centers for Disease Control and Prevention han establecido que el cáncer de cuello del útero es una enfermedad que define el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) en las pacientes infectadas con el VIH.⁵

Se han planteado otros factores de riesgo demográfico, conductual y médico de menor peso para la aparición de neoplasias cervicouterinas.

5.1.1 EDAD

En Estados Unidos, la mediana de edad en que se diagnostica el cáncer cervicouterino es de 48 años, aproximadamente 10 años después de que lo hacen CIN (*National Cancer Institute*, 2011).

Existe mayor posibilidad de que una infección por HPV en mujeres ancianas sea persistente y no transitoria. La ancianidad también permite la acumulación de mutaciones que pueden culminar en la transformación celular maligna. Como aspecto adicional, las menores necesidades de atención prenatal y anticonceptiva hacen que sea menos frecuente el acceso de las ancianas a programas de prevención de cáncer cervicouterino.⁶

^{4,5} (Jonathan S. Berek MD, 2008)

⁶(Jonathan S. Berek MD, 2008)

5.1.2 TABAQUISMO.

Se ha constatado un incremento del riesgo de desarrollar una lesión intraepitelial escamosa de alto grado en las mujeres positivas al VPH de alto riesgo que fuman o que son fumadoras pasivas. La detección de índices elevados de productos de descomposición genotóxicos del humo del tabaco (incluidos nicotina, cotinina, hidrocarburos y alquitrán) en las secreciones cervicales de las fumadoras y la demostración de la actividad mutágena de estos productos en las células cervicales, similares a los observados en las células del pulmón, apuntan a un importante papel de estos compuestos en la carcinogénesis cervical. La asociación entre tabaco y persistencia del VPH es menos consistente.

El consumo de tabaco influye en la inmunidad epitelial y reduce la cantidad de células de Langerhans presentadoras de antígenos presentes en el epitelio cervical. Esta depleción inmunológica local podría favorecer la persistencia viral y contribuir a la transformación maligna. Los concentrados de humo de tabaco han demostrado *in vitro* que transforman las células endocervicales inmortalizadas por el VPH-16, aunque no se ha identificado un aumento del riesgo de adenocarcinoma en combinación con el uso de productos del tabaco. El incremento del riesgo asociado a las fumadoras pasivas es el mismo que el de las fumadoras activas. Aunque, los títulos elevados de nitrosaminas inhaladas por las fumadoras pasivas podrían ser relevantes.

El abandono del tabaco favorece la solución de las anomalías asociadas al VPH observadas en las citologías, debido probablemente a la mejora de la inmunidad celular.

Lo anterior vale específicamente para los cánceres escamosos aunque no es tanta la certeza de la relación que priva con el adenocarcinoma y el cáncer cervicouterino adenoescamoso (*International Agency for Research on Cancer, 2004*). El tabaco también agrava los riesgos de enfermedad cervicouterina pre-invasora, y dicha relación persiste incluso después de hacer ajustes en cuanto a la positividad de HPV y el estado socioeconómico bajo (Bosch, 2002; Castle, 2004; Plummer, 2003). El tabaquismo actual, el número mayor de cajetillas/años de uso y el tabaquismo para la fecha de la menarquía se han asociado con neoplasias cervicouterinas (Becker, 1994).

La posibilidad biológica de un vínculo entre el tabaquismo y las neoplasias cervicouterinas, queda reforzada por algunos puntos como: 1) el moco cervicouterino de las fumadoras contiene carcinógenos y es mutágeno; 2) las alteraciones genéticas del tejido cervicouterino de las fumadoras son similares a las identificadas en las neoplasias de otros sitios vinculadas con el tabaquismo; 3) el riesgo depende de la dosis y aumenta con la duración y la cantidad de tabaco usado, y 4) el riesgo reduce al interrumpir el tabaquismo (*U.S. Department of Health and Human Services, 2004*).

5.1.3 DEFICIENCIAS ALIMENTARIAS

Los datos no son concluyentes pero deficiencias de algunas vitaminas en alimentación como A, C, E, betacaroteno y ácido fólico pueden alterar la resistencia celular a la infección por HPV y con ello inducir la persistencia de la infección vírica y de la neoplasia cervicouterina (Paavonen, 1990).

5.1.4 HORMONAS EXÓGENAS

El mayor análisis de estudios epidemiológicos realizados hasta la fecha por el *International Collaboration of Epidemiological studies of Cervical Cancer* (2007) permitieron concluir que existe un mayor riesgo de cáncer cervicouterino en mujeres que utilizaban corrientemente los anticonceptivos orales combinados, que depende de la duración de uso. Aún más, el riesgo relativo casi se duplicó a los cinco años de uso de tales productos. El riesgo aumentado disminuyó al dejar la usuaria de emplear los anticonceptivos orales combinados y el riesgo volvió al de las mujeres no usuarias 10 años después de interrumpir el uso. Por esas razones *The International Agency for Research on Cancer* (2007) clasifica a los anticonceptivos orales combinados como carcinógenos para los humanos.

Entre los mecanismos posibles por los cuales dichos fármacos podrían influir en el riesgo de cáncer cervicouterino estaría la mayor persistencia de la infección y la expresión del oncogén de HPV.

Todavía no están claros los beneficios protectores de los métodos anticonceptivos de barrera. Estudios recientes han confirmado una asociación temprana entre el uso de

preservativo y la disminución de la persistencia de los tipos de VPH de alto y bajo riesgo y la reducción de la progresión de neoplasias cérvico intraepitelial 3 en las mujeres positivas a VPH de alto riesgo También se ha informado del aumento del aclaramiento del VPH y de la regresión de las neoplasias cérvico intraepitelial de bajo grado con el uso del preservativo.

5.1.5 PARIDAD

Se ha correlacionado la mayor paridad con el riesgo de cáncer cervicouterino, pero no se sabe si ello depende del comienzo más temprano de la actividad sexual, del efecto de la exposición aun progestágeno, o de otros factores. Se han sugerido como factores etiológicos asociados con la génesis de las neoplasias cervicouterinas la supresión inmunitaria durante el embarazo, las influencias hormonales en el epitelio cervicouterino y el traumatismo físico producto de los partos vaginales (Brinton, 1989; Muñoz, 2002).

Los condilomas acuminados aumentan rápidamente en número y tamaño durante el embarazo. Esto podría apuntar a que el estado de los estrógenos en la maternidad facilita la replicación del VPH, aunque reflejaría también un efecto inmunosupresor del embarazo. El incremento de detección de ADN de VPH en las muestras citológicas cervicales obtenidas durante el embarazo, incluida la detección de tipos oncógenos del VPH en hasta un 27 % de las mujeres embarazadas, sugiere una replicación viral activa inducida hormonalmente.⁷

5.1.6 INMUNOSUPRESIÓN

Algunos estudios han sugerido de manera consistente que las mujeres que tienen el virus de inmunodeficiencia humana (VIH-positivas) tienen índices mayores de neoplasia cervicouterina en comparación con las mujeres VIH-negativas (Ellerbrock, 2000; Wright, 1994). En mujeres infectadas con VIH incluso 60% de las pruebas de Papanicolaou mostraron anormalidades citológicas e incluso el 40% tuvo signos colposcópicos de displasia. Las mujeres que recibieron trasplante estuvieron expuestas a un mayor riesgo de

⁷ (Jonathan, 2010)

presentar un cáncer después de tal método incluidas neoplasias de la porción inferior del aparato genital femenino y el conducto anal.

Las mujeres que recibieron fármacos inmunodepresores contra otras enfermedades tuvieron índices mayores de neoplasias en la porción inferior del aparato mencionado y aquellas con inmunodepresión en términos generales tuvieron una mayor intensidad, un mayor perfil de lesiones multifocales, de ineficacias terapéuticas, de persistencia y recidiva de enfermedad de la porción inferior del aparato genital en comparación con las mujeres con buena función inmunitaria.

5.2 VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Cada día se ha definido con mayor certeza la intervención causal de dicho virus en la génesis de prácticamente todas las neoplasias cervicouterinas y una porción variable pero importante de neoplasias vulvares, vaginales y anales. Se ha terminado por reconocer al HPV como un agente causal importante de diversos cánceres extra genitales como los de la cabeza y el cuello.

El suceso desencadenante de la displasia cervical y de la carcinogénesis es la infección por el VPH. Ésta se ha detectado hasta en el 99% de las mujeres con carcinoma cervical escamoso. Hay más de 100 tipos distintos de VPH y más 30 de ellos pueden afectar al aparato genital inferior. Hay 14 subtipos de VPH de alto riesgo, y dos de éstos, el 16 y el 18, se encuentran hasta en el 62% de los cánceres de cuello del útero. Se piensa que el mecanismo por el que el VPH afecta al crecimiento y a la diferenciación celular es la interacción de las proteínas virales E6 y E7 con los genes supresores tumorales *p53* y *Rb*, respectivamente.

La inhibición del *p53* impide la detención del ciclo celular y la apoptosis, que normalmente ocurren cuando el ADN está dañado, mientras que la inhibición de la proteína Rb altera el factor de transcripción E2F, provocando una proliferación celular descontrolada. Ambos pasos son esenciales para la transformación maligna de las células epiteliales cervicales.

La transmisión del HPV genital es consecuencia del contacto directo (por lo común sexual) con la piel, las mucosas o líquidos corporales de un compañero con verrugas o infección subclínica por HPV (Abu, 2005; *American College of Obstetricians and Gynecologists*, 2005). Son escasos los conocimientos en cuanto al potencial infeccioso por HPV subclínico, pero se cree que son grandes en presencia de un gran número de virus.

Suele aceptarse que el HPV penetra en la capa de células basales y la membrana basal por micro abrasiones del epitelio genital durante el contacto sexual. Las células basales, una vez infectadas se convierten en “depósito” del virus.

La infección por HPV de genitales es multifocal y abarca más de un sitio en la porción inferior del aparato genital en la mayoría de los casos (Bauer, 1991; Spitzer, 1989). Por lo tanto, la neoplasia en un sitio genital incrementa el riesgo de neoplasia en otra localización dentro de la porción inferior del aparato genital femenino aunque al parecer el más vulnerable es el cuello de la matriz.

También, es frecuente que la infección sea simultánea o seriada con múltiples tipos de HPV (Schiffman, 2010).

Casi todas las infecciones de HPV genitales son consecuencia de relaciones sexuales. La infección cervicouterina por HPV de alto riesgo por lo común se centra en mujeres que han tenido contacto sexual penetrante. Las mujeres sin actividad sexual a veces muestran tipos no oncógenos en la vulva o la vagina tal vez por el uso de algún tampón vaginal o la penetración digital.

En fechas recientes se ha señalado que las mujeres antes de tener relaciones sexuales pueden infectarse también por tipos de alto riesgo aunque es una situación poco común (Doerfler, 2009). La transmisión por objetos inanimados (fómites), que supuestamente se produce en el caso de verrugas no genitales no ha sido corroborada pero tal vez explique algunos de tales casos (Ferenczy, 1989). No hay certidumbre de la importancia de la transmisión extrasexual de HPV y en esta situación se necesitan más estudios.

Otros factores pueden actuar en la incidencia del cáncer cervical: el nivel de ingresos, las medidas de salud pública, el acceso y uso de los servicios de salud, el estado educacional,

la percepción del riesgo a enfermar, la edad y la herencia han sido considerados por varios autores como de riesgo.⁸

5.3 HISTORIA NATURAL

La historia natural de la enfermedad revela la presencia de un fenómeno dinámico de progresión, persistencia y regresión de lesiones intraepiteliales en las cuales el virus papiloma humano juega un papel preponderante.

Después de producida la infección por el virus del papiloma humano (VPH) en muchos casos se produce la regresión hacia la normalidad, es decir, la cura de la infección. En otros, cuando ya el genoma viral está integrado al de las células del epitelio escamoso cervical, entonces puede ocurrir la progresión hacia las lesiones intraepiteliales cervicales, y en los casos más severos a la invasión.

Las lesiones intraepiteliales antiguamente llamadas displasias, tienen un espectro de cambios dinámicos. Las mismas tienen una alta incidencia y una alta prevalencia, y mientras más efectivos son los programas de pesquisaje, el número de estas deberá aumentar.

Inclusive en las mujeres muy jóvenes se observan lesiones intraepiteliales cervicales y esto puede deberse a los cambios en los estilos de vida, en tanto que las relaciones sexuales comienzan en edades más tempranas y es común el cambio de pareja.

Se han realizado varias clasificaciones de los resultados citológicos, desde la inicial de Papanicolaou que se concebía en grados de severidad: desde el grado I, que correspondía a la citología normal, hasta el grado V, pasando por la de Richart que aún se utiliza en Cuba, hasta llegar a la clasificación de las lesiones detectadas por la citología según la nomenclatura de Bethesda.

⁸ Rev. Ciencias Médicas vol.15 no.4 Pinar del Río oct.-dic. 2011

La conversión desde un NIC I a un cáncer invasor es poco probable, pero la de un NIC III incrementa su riesgo relativo, lo que implica la presencia de lesiones previas en el cuello del útero antes de llegar al cáncer invasor por un lado, y por el otro que mientras más severas son las lesiones más probabilidad de tener un cáncer invasor del cuello uterino, si se dejan sin tratar. Las neoplasias intraepiteliales cervicales son más comunes en las jóvenes, mientras el cáncer invasor ocurre en edades más altas.

La persistencia de la infección viral está relacionada con la presencia de lesiones intraepiteliales y la progresión hacia la malignización y se ha comprobado que la carga viral incrementa el riesgo del carcinoma in situ. La infección con VPH se asocia con riesgo aumentado de displasias de alto grado, especialmente dentro del año de la infección según un estudio prospectivo de 3 años de duración en 1075 mujeres que eran citológicamente normales y VPH negativas al momento del comienzo del estudio. Cuarenta y cuatro por ciento de las mismas desarrolló la infección, y más comúnmente con el tipo 16, pero el 26 % tenía múltiples tipos de VPH. 28 mujeres progresaron a NIC de alto grado, y si la infección es persistente, específicamente con los tipos 16 y 18 hay riesgo aumentado de lesiones intraepiteliales escamosas.

A finales de los años 60, y posteriormente en el 2001, en la reunión de Bethesda se brindaron nuevas consideraciones para la clasificación de la citología orgánica del cuello uterino, y así surge el concepto de alteraciones escamosas de significación dudosa (ASCUS) y luego también el de alteraciones de células glandulares de significación dudosa (AGUS).⁹

5.4 ESTUDIO DIAGNÓSTICO

El éxito de la prevención del cáncer cervicouterino se basa en la capacidad de detectar y tratar lesiones pre-neoplásicas del cuello uterino antes que se conviertan en cáncer invasor. Sin embargo, a pesar de ser altamente prevenible, el cáncer cervicouterino sigue causando la muerte de 35.700 mujeres cada año en América, con tasas de mortalidad 3 veces más altas en América Latina y el Caribe que en Norteamérica estimándose incluso un aumento

⁹ Rev Ciencias Médicas vol.15 no.4 Pinar del Río oct.-dic. 2011

del 45% en casos nuevos y del 60% en número de muertes para el 2030 si se mantienen las tendencias actuales¹⁰.

El síntoma más frecuente en las pacientes con cáncer de cuello del útero es la hemorragia vaginal. El más habitual es el sangrado poscoital, pero también puede aparecer como un sangrado irregular o posmenopáusico. Las pacientes con enfermedad avanzada pueden debutar con secreción vaginal maloliente, pérdida de peso o uropatía obstructiva. En las mujeres asintomáticas, el cáncer de cuello del útero habitualmente se encuentra mediante el estudio posterior de una citología anormal.¹¹

La exploración de la pelvis se realiza con un espéculo vaginal y se inspecciona el cuello del útero en busca de áreas sospechosas. También se deben inspeccionar cuidadosamente los fórnicos vaginales. En el cáncer invasor, el cuello del útero habitualmente está fijo y aumentado de tamaño, y se deben confirmar estos hallazgos mediante exploración bimanual. También es importante la exploración rectal para ayudar a establecer la consistencia y el tamaño cervical, sobre todo en pacientes con carcinomas endocervicales. Además, la exploración rectal es la única forma de determinar el tamaño del cuello del útero si los fórnicos vaginales están obliterados por los cambios menopáusicos o por la extensión de la enfermedad. La extensión parametrial de la enfermedad se determina mejor al encontrar, en la exploración rectal, una nodularidad más allá del cuello del útero¹².

Cuando hay un crecimiento tumoral obvio, normalmente una biopsia cervical será suficiente para establecer el diagnóstico. Si no hay enfermedad macroscópica, está justificado el estudio colposcópico con biopsias cervicales y legrado endocervical. Si con la colposcopia y las biopsias dirigidas no se puede establecer el diagnóstico de forma concluyente, será necesario realizar una conización cervical.

Para la prevención del cáncer cervicouterino se necesita la identificación y la erradicación de las lesiones invasoras precursoras o tempranas, por medio de la aplicación de técnicas de detección citológica temprana (cribado).

¹⁰ Rev. chil. obstet. ginecol. vol.82 no.6 Santiago dic. 2017

¹¹ (Jonathan S. Berek MD, 2008)

¹² (Jonathan S. Berek MD, 2008)

Se ha estimado que la mitad de las mujeres en quienes se diagnosticó cáncer cervicouterino nunca fueron sometidas al cribado y que un 10% adicional no se practicó el método de Papanicolaou en los 5 años anteriores a la consulta (*National Institutes of Health*, 1996). El hecho de que la mujer no se someta a pruebas de cribado es un elemento que contribuye mucho a los índices mayores de cáncer cervicouterino en mujeres de clases socioeconómicas desfavorables. Factores como pertenecer a una etnia minoritaria, migración reciente desde países subdesarrollados, vivir en zonas rurales en Estados Unidos y la ancianidad incrementan el riesgo de cáncer cervicouterino (Benard, 2007).

La OPS y la OMS han elaborado y difundido una serie de materiales educativos y herramientas informativas basadas en la evidencia, dirigidos tanto a prestadores de servicios de salud como al público en general, con el propósito de crear conciencia acerca del VPH, la vacunación contra el VPH, la detección del cáncer cervicouterino y el tratamiento de las lesiones precancerosas y del cáncer invasor.

La OPS ha publicado estos materiales en inglés, español y portugués, y los ha difundido ampliamente en formato impreso y en el sitio web de la Organización, en mensajes en las redes sociales y en reuniones regionales. Además, la OPS ha realizado una serie de seminarios por internet para promover información científica acerca de la prevención y el control del cáncer cervicouterino, y ha organizado varios eventos regionales con profesionales de la salud específicamente sobre este tema. Con la asistencia de la OPS, varios países —como Argentina, El Salvador y Jamaica— han elaborado materiales didácticos dirigidos al público en general para crear conciencia acerca del cáncer cervicouterino.¹³

En circunstancias óptimas habrá de programarse la práctica de las pruebas de este tipo de modo que se evite el periodo menstrual. Durante un mínimo de 24 a 48 horas antes de la prueba la paciente se abstendrá de relaciones sexuales por la vagina, duchado vaginal o el empleo de tampones o cremas anticonceptivas o medicinales. El tratamiento de la cervicitis o la vaginitis antes de practicar la prueba de Papanicolaou es una medida óptima; sin embargo, nunca se diferirá la práctica del estudio por alguna secreción inexplicada o expulsión de sangre en fechas no planeadas, porque pueden ser causadas por cánceres de cuello uterino u otros puntos del aparato genital.

¹³ (OMS, 2017)

6.0 DISEÑO METODOLOGICO.

6.1 Tipo de estudio.

El estudio realizado es descriptivo, de corte longitudinal retrospectivo, se realizó solamente en el municipio de Monte San Juan, porque ahí fue el único lugar en donde se lleva el programa de manera ordenada y se registran las diferentes actividades y además fue el único sitio en donde se obtuvo la autorización para tener acceso a recolectar la información, en las demás unidades de salud del núcleo de investigación se mandó carta de solicitud de acceso a la información y se nos fue denegada.

6.1.1 Periodo de investigación.

El periodo de investigación fue de enero a septiembre del año 2018 y el periodo de recolección de datos de la investigación fue de 30 abril del 2018 – a 30 de junio del 2018, con datos retrospectivos de enero a diciembre del año 2017.

6.1.2 Universo (Unidades de información y análisis)

La población que constituyo nuestro universo fueron las pacientes en edad 25 a 40 años que se tomaron la citología en Unidad De Salud Comunitaria Monte San Juan, Cantón Soledad, de enero a diciembre de 2017, Se tomaron en total 114 citologías en el periodo anteriormente descrito.

6.1.3 Muestra (selección tamaño, cálculo de muestra y representatividad):

La muestra la conformaron las pacientes que en los 12 meses del año 2017 fueron diagnosticada con lesiones cervicouterina y estaban registradas en el libro de Tamizaje Cervicouterino, en total son: eliminar 17 mujeres de las cuales se tomaron en su totalidad estas pacientes, 114 citologías en el periodo anteriormente descritos.

6.1.4 Criterios de Inclusión:

- Pacientes que se hayan tomado la citología en el año 2017
- Paciente que estén en edad fértil entre 25 a 40 años
- Pacientes que hayan sido diagnosticadas con lesión cervicouterino según la citología.
- Pacientes que estén registradas en el libro de información de Tamizaje de cáncer Cervicouterino.
- Pacientes del área de influencia de atención de Monte San Juan

6.1.5 Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 25 años y pacientes mayores de 48 años.
- Pacientes que no hayan tomado la citología en 2017 si no que en años anteriores
- Pacientes que tengan citología con resultado negativo a lesiones cervicales.
- Pacientes que o pertenecen a la Zona geográfica de influencia de la Unidad Básica Soledad, Monte San Juan.

6.2 Operacionalización de Variables:

Objetivos	Variable	Subvariable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Valor	Escala	Fuente	Instrumento
Identificar la incidencia de lesiones cervicouterinas en pacientes en edad fértil entre las edades de 25 a 40 años en UCSF básica Soledad, monte san juan Cuscatlán en el periodo de enero 2017 a enero 2018.	Edad fértil Incidencia Lesión cervicouterina	-Incidencia Lesiones Escamosas LEI de Bajo grado.	- incidencia es la relación entre el número de nuevos casos a lo largo de un periodo concreto y la suma de los períodos de riesgo de cada uno de los individuos enfermos a lo largo del período que se especifica -LEI de Bajo Grado: denomina lesión intraepitelial escamosa (LIE) de bajo grado cuando se encuentran células levemente anormales en la superficie del cuello uterino.	-Número de casos contabilizados en el libro tamizaje de cáncer cervicouterino. LEI de Bajo Grado: denomina lesión intraepitelial escamosa (LIE) de bajo grado cuando se encuentran células levemente anormales en la superficie del cuello uterino.	Número de casos LEI de bajo grado LEI de alto grado.	1 al ∞	Escala numérica. Escala nominal	Libro de tamizaje de cáncer cérvico uterino.	Ficha de revisión bibliográfica.

			humano	Número de parejas con las cuales se haya tenido relaciones sexo-coitales, las pacientes en estudio.					
			Número de parejas sexuales: Número de parejas con las cuales se haya tenido relaciones sexo-coitales.	Tratamiento: Manejo por primer nivel (Referencia a colposcopia) Y manejo del segundo nivel (Biopsia , Crioterapia , cono leep , histerectomía.)	Referencia a primer nivel Del 1 al infinito.				
			Tratamiento: Manejo farmacológico o no farmacológico de alguna enfermedad.		Biopsia Crioterapia Cono leep Conservador Histerectomía				

6.2.1 Variables

Independientes:

- Procedencia de la paciente
- Sexo Femenino
- Edad Fértil
- Frecuencia de Lesiones cervicouterinas

Dependientes:

- Inicio de relaciones sexuales a temprana edad
- Fue detectada en embarazo
- Manejo adecuado según primer nivel y segundo nivel de atención del MINSAL

6.2.2 Fuentes de información:

La principal fuente de información fue la revisión bibliográfica de datos ya establecidos en el libro “Tamizaje de cáncer cervicouterino en pacientes de edad fértil de la unidad de salud básica Soledad Monte San Juan”.

6.2.3 Técnicas de obtención de información.

La técnica de obtención de información fue la revisión bibliográfica, los datos fueron obtenidos del libro de “Tamizaje de cáncer cervicouterino “ de la unidad salud básica Soledad Monte San Juan ,Cuscatlán , Monte San Juan , desde Abril a Junio del año 2018 y el instrumento de recolección de datos que se utilizó fue una *ficha bibliográfica* de obtención de datos de pacientes, para la caracterización y clasificación respectiva, información la cual fue vertida en una matriz orientadora creada en una hoja de cálculo del programa informático Microsoft Excel, en la cual posteriormente se realizó el análisis correspondiente.

6.2.4 Mecanismo de confidencialidad.

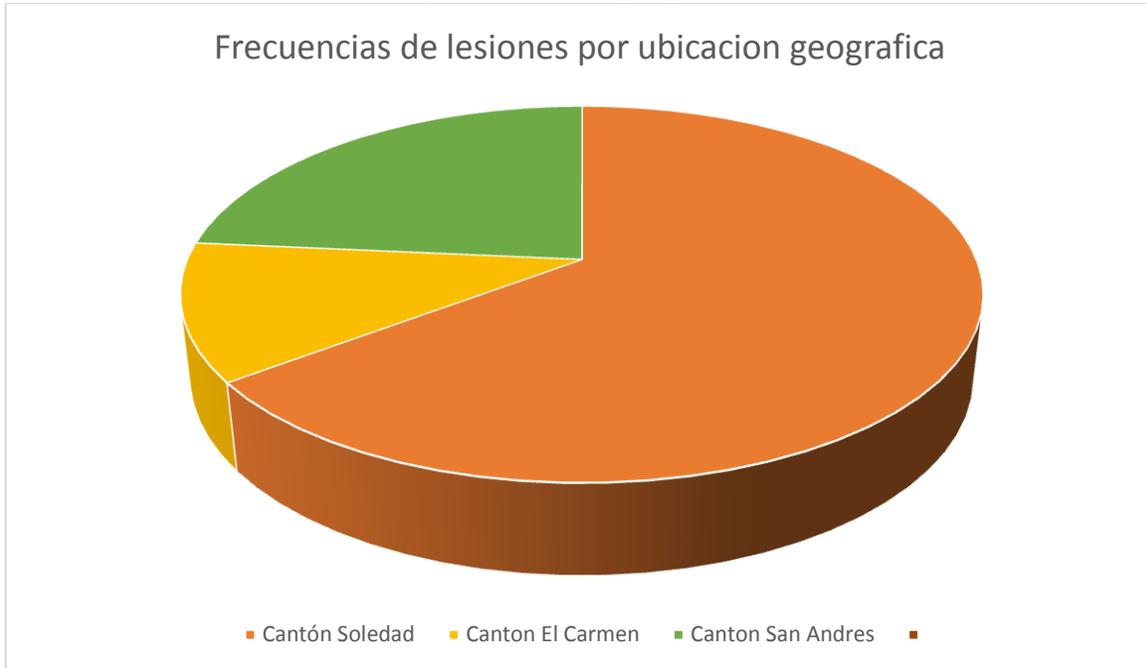
Se firmó una petición de parte del núcleo de investigación , en la cual detallaba que no fueron divulgadas identidades de pacientes que tienen diagnóstico de lesiones cervicouterinas , y también pacientes que ya han sido diagnosticadas con cáncer cervicouterina, dicha petición fue firmada legalmente y entregada al Director de la Unidad De Salud comunitaria de Monte San Juan , cantón Soledad.

6.2.5 Procesamiento y análisis de información.

Posterior a la aprobación del protocolo de investigación, se adquirió el número de fichas de obtención bibliográfica para poder obtener información, posterior a eso se recolectó la información y fue colocada en una matriz del programa de Microsoft Excel, se hizo recuento manual de los datos y fue graficada en el mismo programa mencionado anteriormente.

7.0 RESULTADOS

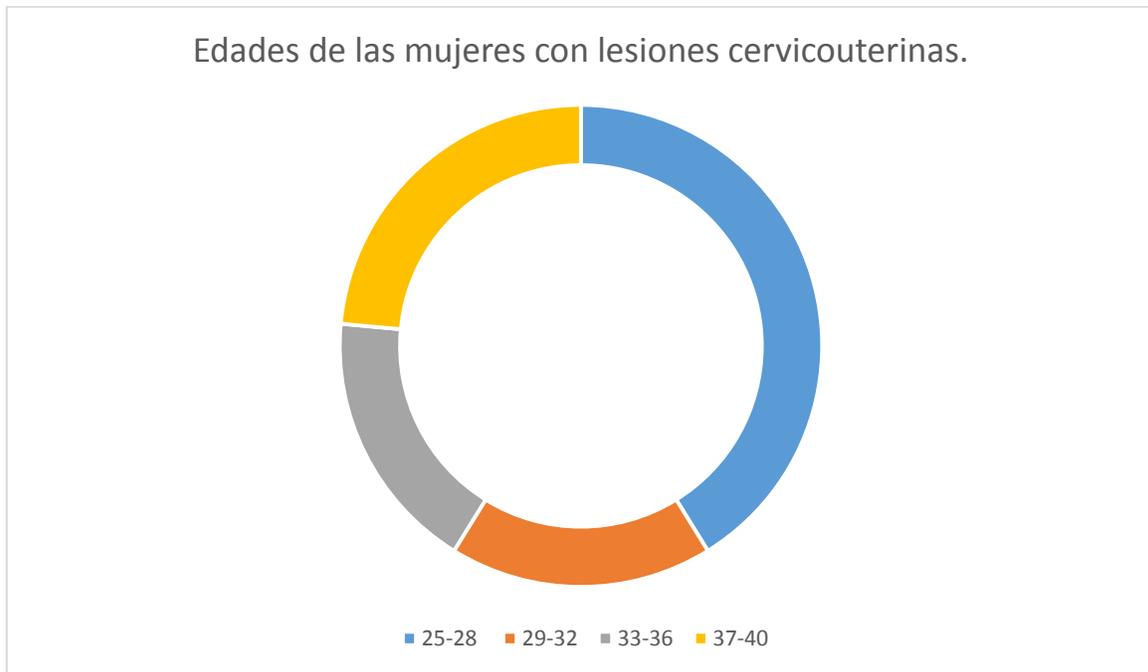
1. Frecuencia de lesiones (por ubicación geográfica)



Fuente: Libro de tamizaje cérvico uterino, UCSF-B Soledad ,Monte San Juan, datos 2017.

Análisis: De la zona de influencia geográfica en estudio encontramos un porcentaje más elevado de lesiones cervicouterinas en pacientes de cantón Soledad representando estas un 64 % de lesiones en el 2017.

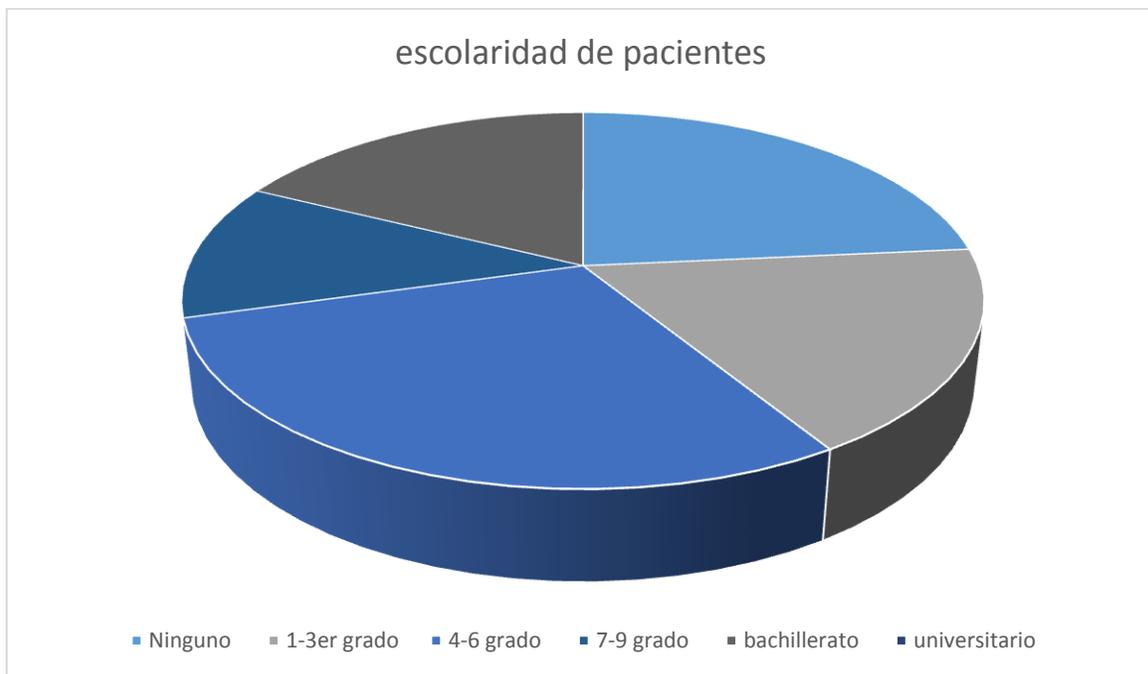
2. Edades de las mujeres con lesiones cervicouterinas en edad fértil.



Fuente: Libro de tamizaje cérvico uterino, UCSF-B Soledad ,Monte San Juan, datos 2017.

Análisis: Dentro de nuestra población de estudio la mayor frecuencia de lesiones fue en pacientes de 25 a 28 años, en un 41 % de las pacientes estudiadas, cabe mencionar que el 53 % de mujeres en edad fértil esta en unión estable y un 30% casada.

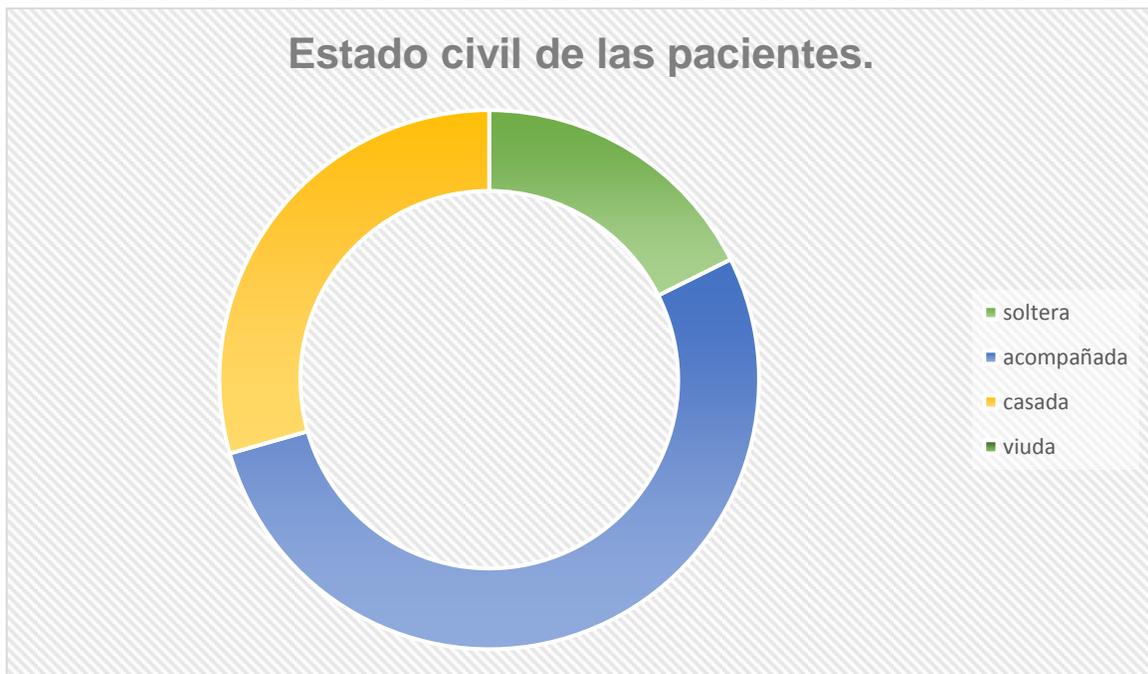
3. Escolaridad de las pacientes.



Fuente: Libro de tamizaje cérvico uterino, UCSF-B Soledad ,Monte San Juan, datos 2017.

Análisis: En relación con la escolaridad de las pacientes, se observó que la mayoría alcanzó nivel básico. Permitiendo una mayor comprensión de su estado de salud

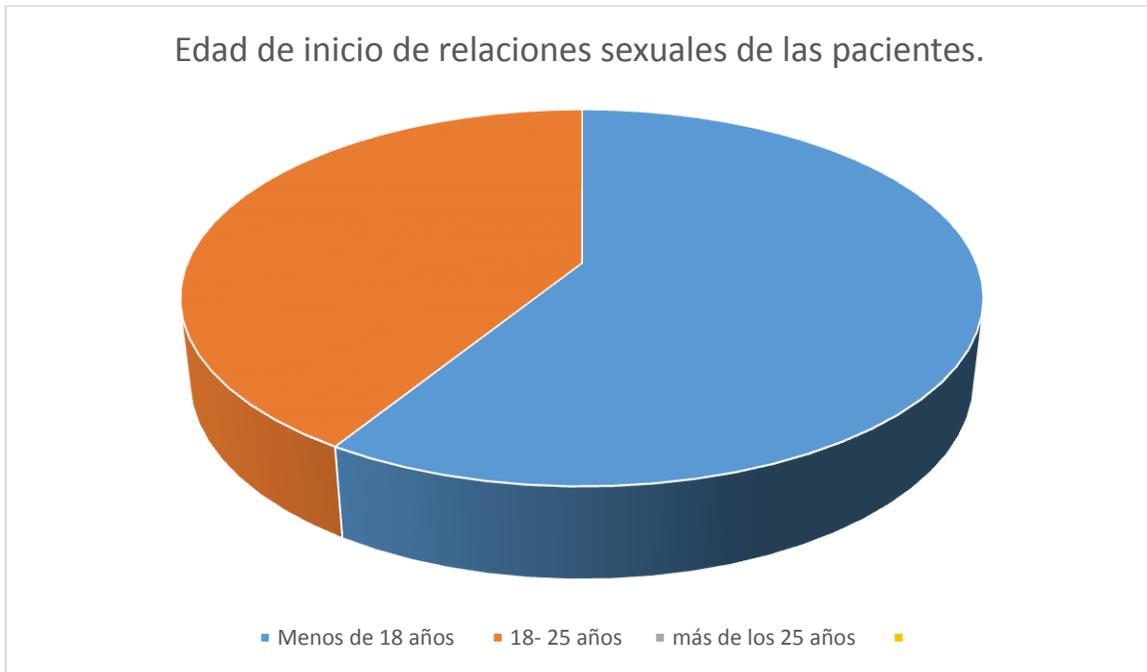
4. Estado civil de las pacientes



Fuente: Libro de tamizaje cérvico uterino, UCSF-B Soledad ,Monte San Juan, datos 2017

Análisis: Dentro de nuestra área de influencia la mayoría de nuestras pacientes tienen pareja , 53 % están acompañadas y 30 % están casadas, solo 2 pacientes están solteras.

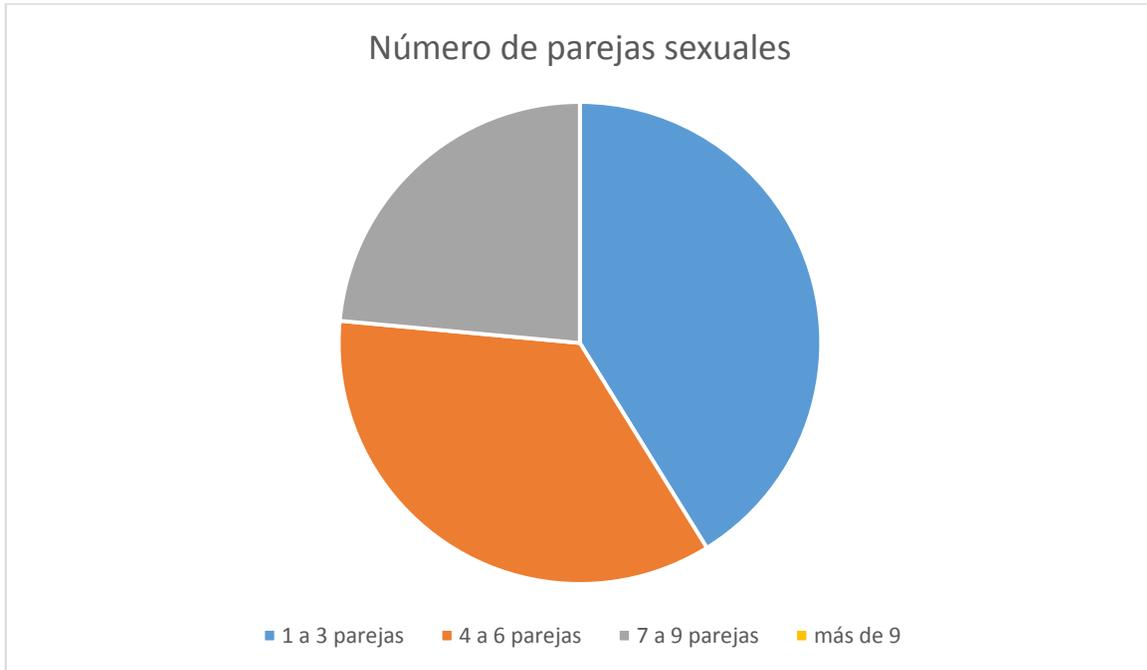
5. Edad de Inicio de relaciones sexuales:



Fuente: Libro de tamizaje cérvico uterino, UCSF-B Soledad ,Monte San Juan, datos 2017.

Análisis: 59% de las pacientes comenzaron su actividad sexual antes de los 18 años, cabe mencionar que un 23 % de las pacientes en estudio no tienen ningún grado de escolaridad, lo cual podemos relacionar como un factor de riesgo.

6. Número de parejas sexuales



Fuente: Libro de tamizaje cérvico uterino, UCSF-B Soledad ,Monte San Juan, datos 2017

Análisis: en su mayoría de pacientes en un 41 % han tenido de 1-3 parejas y en un 35 % habían tenido de 4- 6 parejas. El número de parejas sexuales representa un factor predisponente para sufrir lesiones cervicouterinas.

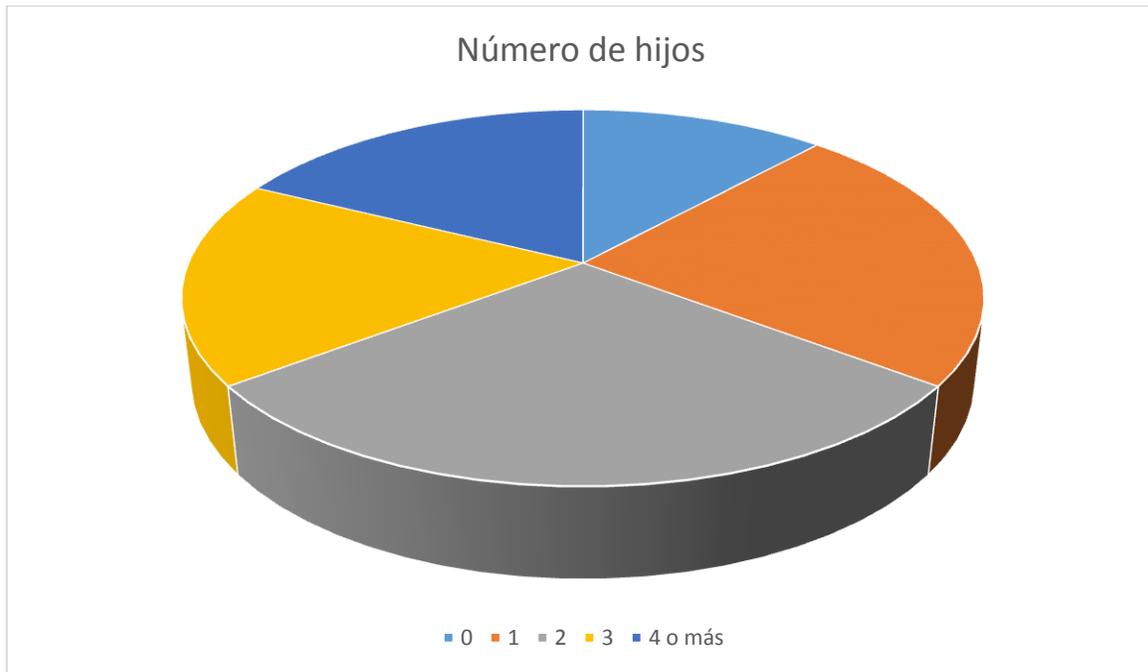
7. Planificación familiar:



Fuente: Libro de tamizaje cérvico uterino, UCSF-B Soledad, Monte San Juan, datos 2017.

Análisis: En su mayoría de las pacientes utilizan inyectable (acetato de medroxiprogesterona) como método anticonceptivo de planificación familiar un 65 %, en cuanto a los métodos anticonceptivos de barrera (preservativo masculino y femenino) tiene un 0%.

8. Número de Hijos en pacientes con diagnóstico de lesión cervicouterina



Fuente: Libro de tamizaje cérvico uterino, UCSF-B Soledad ,Monte San Juan, datos 2017.

Análisis: en su mayoría de pacientes tienen entre 2 y 4 hijos que representa la media en la zona geográfica. Un 12% representa nuliparidad.

9. Se detectó en el embarazo:



Fuente: Libro de tamizaje cérvico uterino, UCSF-B Soledad ,Monte San Juan, datos 2017.

Análisis: Solamente dos de las mujeres que se detectaron con lesiones cervicouterinas en el 2017 , estaban embarazadas al momento de encontrarse la lesión cervicouterina. , debido a que en lineamiento de controles prenatales se le toma citología toda mujer que llegue a inscripción de embarazo , entonces en este año es poca la frecuencia que se obtuvo , a pesar que en su totalidad de inscripciones prenatales se tomó citología PAP , solamente dos mujeres fueron diagnosticadas en el embarazo. Estas mujeres equivalen a un 12 % de pacientes diagnosticadas con lesión cervicouterina en el 2017.

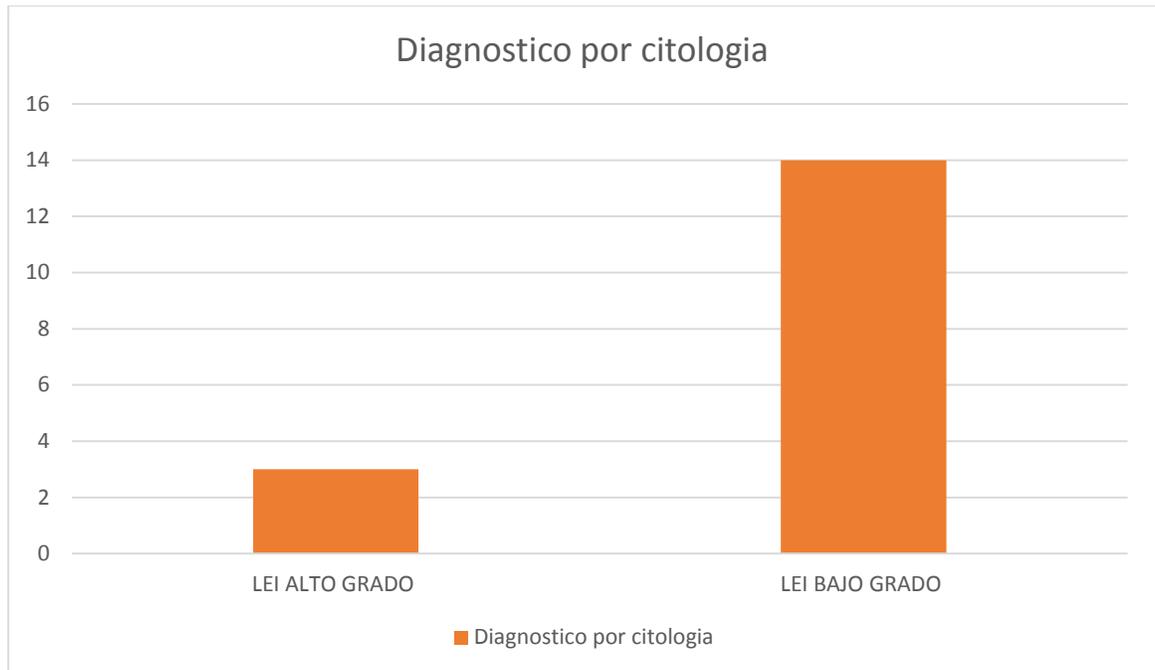
10. Se dio referencia a todas las pacientes con diagnóstico de LEI para colposcopia.



Fuente: Libro de tamizaje cérvico uterino, UCSF-B Soledad ,Monte San Juan, datos 2017.

Análisis: A las dos pacientes que se les detecto en embarazo no se dio referencia para colposcopia , equivale a un 12 % de las pacientes detectadas con LEI en el 2017 , porque según lineamiento se espera hasta que pacientes estén posparto , y seis meses posparto se da referencia por unidad de salud lo cual no se ha cumplido solo en una paciente , ya que la otra aun no cumple seis meses postparto,

11. Diagnóstico por citología

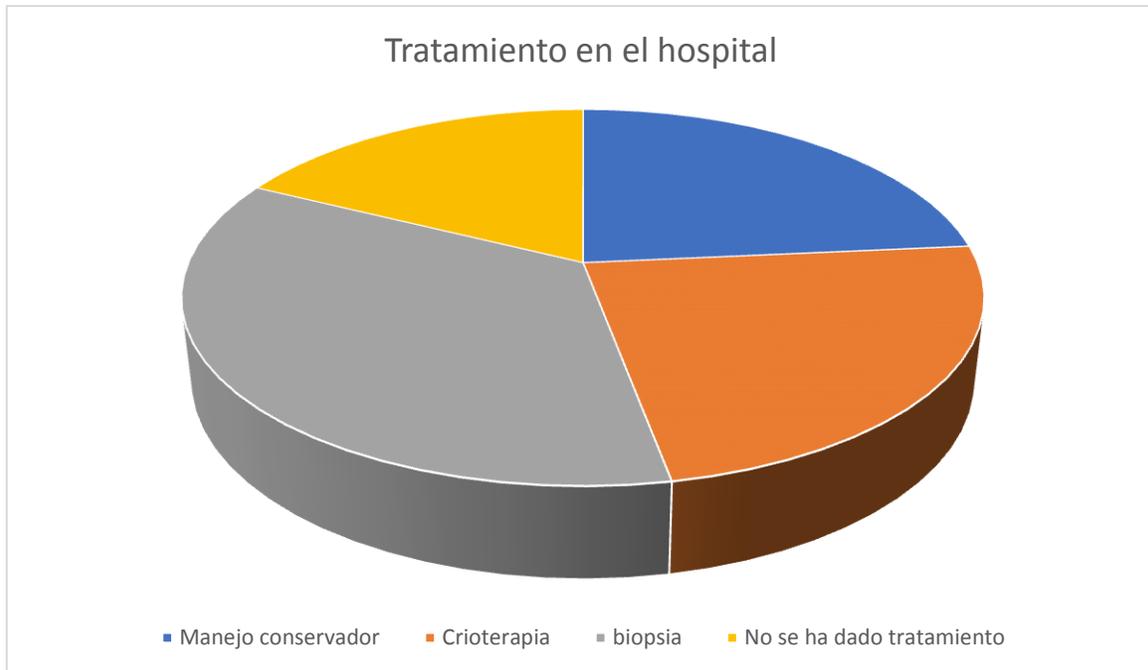


Fuente: Libro de tamizaje cérvico uterino, UCSF-B Soledad ,Monte San Juan, datos 2017.

Análisis: La mayoría de pacientes presentaron como diagnóstico LEI de Bajo grado solamente fueron 14 pacientes lo que equivale a un 82 % del estudio realizado, Lo cual se denota que el Diagnóstico más frecuentes en nuestras pacientes es el LEI de Bajo Grado , que es lo más frecuentes según estadísticas del MINSAL , Se diagnosticó a 3 pacientes con LEI de Alto grado lo que equivale a un 18 % del estudio realizado , lo cual es concordante con las estadísticas que ya teníamos según Latinoamérica y MINSAL , datos de sistema correspondiente.

12. Manejo por segundo Nivel de Atención del Ministerio de Salud.

Fuente: Libro de tamizaje cérvico uterino, UCSF-B Soledad ,Monte San Juan, datos 2017.



Fuente: Libro de tamizaje cérvico uterino, UCSF-B Soledad ,Monte San Juan, datos 2017.

Análisis: El tratamiento en segundo nivel con más frecuencia fue la biopsia con una frecuencia de 5 , porcentaje de 35 % , en segundo lugar de frecuencia esta el manejo conservador y la crioterapia cada uno con una frecuencia de 4 y equivaliendo 24 % , respectivamente , como la mayoría de pacientes siguen en tratamiento , por tanto no se ha realizado a ninguna histerectomía o cono leep, debido a que ninguna de las pacientes según seguimientos se ha encontrado carcinoma in-situ y otras siguen con tratamiento.

8.0 DISCUSIÓN

En el presente trabajo se ha caracterizado a pacientes que se tomaron su citología en el año 2017 y fueron según el diagnóstico patológico como lesiones cervicouterinas , en su mayoría en un 82 % fueron lesiones de bajo grado por lo tanto se realizaron tratamientos conservadores lo cual se refiere a seguimiento con colposcopia una vez y con citología tomada ya sea en el primer nivel o en segundo nivel (Que en nuestra investigación es el Hospital Nacional “Nuestra Señora de Fátima” Cojutepeque) en un 24% se realizó crioterapia y en un 24 % de la misma manera un manejo conservador , en las pacientes con lesión de alto grado se realizaron biopsias , en las pacientes que aún no se le dio seguimiento por embarazo , ambas están postparto y pues se realizara la respectiva citología 6 meses después de su posparto.

Dentro de las características de las pacientes se encontró que son pacientes bastante jóvenes en su mayoría entre las edades de 25 y 28 años, de escolaridad baja en la mayoría no habían terminado educación básica, solamente dos habían hecho parte del bachillerato y ninguna universitaria.

Dentro de características clínicas , y hábitos sexuales se encontró que aproximadamente la mitad (49%) había comenzado su vida sexual antes de los 18 , confrontándolo con la teoría que nos dice que es un factor predisponente para este tipo de lesiones , la mayoría solo había tenido 1 a 3 parejas sexuales , lo cual rompe una de las características típicas , porque la promiscuidad es un factor predisponente pero en estas pacientes del área geográfica no se cumple esa condición, el método de planificación familiar más utilizado es el acetato de medroxiprogesterona o inyección de tres meses , la cual si bien no es un factor predisponente y según la OMS es avalado como evidencia 1 para pacientes con este tipo de lesiones , pacientes no se protegen , ni utilizan preservativos en sus relaciones sexuales al tener un método como ese , lo cual sí puede predisponer a este tipo de lesiones.

En la mayoría de pacientes, comenzaron su tratamiento y aún se les da seguimiento en la UCSF-B Soledad del Municipio Monte San Juan, y aún no se ha presentado recidivas en alguna de ellas.

Otra de las características más interesantes para este estudio es que las pacientes, llevan al día su tratamiento, las citologías y seguimientos ya sea hospitalarios o comunitarios, y el índice de lesiones fue de 3.13 lo cual es un índice bajo, y se le ha dado un buen manejo a esas pacientes.

7.0 CONCLUSIONES

En base a la investigación anterior podemos hacer las siguientes conclusiones:

Las mujeres en edad fértil de 25 a 40 años de edad han iniciado relaciones sexuales a inicios de la adolescencia y este factor influye en el número de parejas sexuales ya que a más temprana edad es el comienzo de la actividad sexual se incrementa el número de compañeros sexuales.

En cuanto al nivel de escolaridad podemos mencionar que se encuentra indirectamente relacionado con el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, ya que la mayoría de las pacientes del estudio anterior con diagnóstico de lesiones cervicouterinas poseen bajo nivel de escolaridad o no habían alcanzado ninguno de ellos.

El embarazo no excluye a las mujeres de adquirir lesiones cervicouterinas, estas fueron detectadas en las primeras semanas de embarazo por lo que probablemente las lesiones cervicouterinas se adquirieron previo al mismo.

La citología sigue siendo un método eficaz para la prevención y detección temprana de lesiones cervicouterinas.

El estado civil no excluye a las pacientes de presentar lesiones cervicouterinas, observándose mayormente en la población de mujeres en unión estable, probablemente debido a que muchas de ellas tuvieron más de una pareja sexual, previa a la actual.

Del tratamiento brindado a cada paciente la gran mayoría se hizo efectiva, las cuales encontraron resolución a la afección y se brindó seguimiento.

Las mujeres que se encontraban en planificación familiar, en su mayoría aquellas que se encontraban utilizando métodos inyectables presentaron lesiones cervicouterinas.

Las pacientes con una paridad mayor a uno fueron las de mayor prevalencia en este estudio.

8.0 RECOMENDACIONES

Brindar mayor apoyo por parte de las autoridades pertinentes, a los equipos de salud comunitaria básica para brindar una mejor atención a las habitantes del cantón soledad y cantones aledaños.

Al equipo de salud de cantón soledad, continuar con su labor de prevención y promoción de salud para la prevención de cáncer cervicouterino, mediante la toma de citología en todas aquellas mujeres en edad fértil.

Capacitar de manera periódica al personal de salud, que brinda atención médica a las habitantes del cantón soledad y áreas aledañas en los diversos temas de interés de la comunidad, haciendo énfasis en temas sobre salud sexual y reproductiva.

Crear programas para trabajar en conjunto junto al área educativa, en los diferentes centros de estudio dirigidos a los y las adolescentes que aún no han iniciado vida sexual, la importancia de la abstinencia y la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Continuar con los programas de educación dirigidos a los y las adolescentes que ya iniciaron vida sexual, ahondar en la búsqueda de información en cada uno de ellos, brindar información de interés a los jóvenes y a la vez recalcando la importancia de la prevención del cáncer cérvico uterino mediante la toma de la citología.

Promover entre las mujeres de edad fértil, la importancia de la planificación familiar, los beneficios que brindan a cada una de las mujeres y principalmente en la vida familiar.

Organizar jornadas educativas dirigidas a hombres del cantón soledad sobre la importancia de la prevención del cáncer cervicouterino, la forma como afecta la vida de las mujeres y el entorno familiar.

9.0 BIBLIOGRAFIA

1. CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA 69.a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS Washington, D.C., EUA, del 25 al 29 de septiembre del 2017
2. Jonathan Becker M.D, Oncología Ginecológica: de Becker y Harper, Octubre 2008.
3. Jonathan S. Berek, Ginecología Novak, Capitulo 36 “Cáncer de cuello uterino y de vagina”, Edición 15, Año 2012.
4. Kitchener HC, Castle PE, Cox JT. Achievements and limitations of cervical cytology screening. *Vaccine* 2006; 24 (3 supply):S63-S70.
5. Louis Vontver, Lange Q&A Ginecología y Obstetricia, Capitulo 18 “Ginecologia: Lesiones frecuentes de la vulva, vagina, cuello uterino y útero”, Edición 8, Año 2007.
6. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social El Salvador, Norma Técnica de prevención y control del Cáncer de cérvix, Primera Edición, Octubre 2006.
7. Ministerio de Salud El Salvador, Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cérvico uterino y de mama, primera Edición, Marzo 2015.
8. Monitoreo y Análisis de procesos de cambio, Perfil de sistema de salud 2000-2005, Tercera edición, Diciembre 2008.
9. OMS, Control Integral de Cáncer Cérvico Uterino, Capitulo 5, Segunda Edición, Año 2016
10. OMS, Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención de cáncer cervicouterino, Segunda Edición, Año 2014.
11. OMS, Dra. Silvana Luciani, Situación del Cáncer Cervicouterino y de Mama en Latinoamérica y el caribe, Washington D. C. Año 2008.

12. OPS, Doctor Ludwig Ovalle, Dra. Silvia Palma, Dr. Pedro Rosales, Guía Práctica de tamizaje Cérvico Uterino, Ciudad De México D.F., Año 2010.
13. Revista Ciencias Médicas vol.15 no.4 Pinar del Río Octubre-Diciembre. 2011.
14. Revista Chilena Obstetricia Ginecologia vol.82 no.6 Santiago Diciembre. 2017
15. Schorge, Shaffer, Halvorson, Hoffman Bradshaw, Cunnigham, Williams Ginecologia, “Cáncer Cérvico Uterino” Capitulo 30, Primera Edición, Año 2009.
16. Sistema Nacional de Salud , Sistema de Morbimortalidad + Estadísticas Vitales , Año 2017 ; Disponible en <http://simmow.salud.gob.sv>

ANEXOS

Anexo N° 1 CRONOGRAMA

Fechas	Creación de protocolo	Recolección de información	Análisis de información	Informe final	Defensa de investigación
7 febrero – 26 febrero	xx				
5 marzo – 30 abril		xx			
1 mayo a 30 mayo			Xx		
20 junio – 25 de junio				xx	
10 – 19 septiembre					xx

Anexo N°2 FICHA BIBLIOGRAFICA DE RECOLECCION DE DATOS.

Fecha de Recolección_____

Características generales de paciente:

Edad_____ **Escolaridad**_____ **Estado Civil**_____

Fecha de Última menstruación a la toma de la muestra_____

Paridad G__ P__ P__ A__ V__ **Fecha de Último parto** _____ **Número de parejas sexuales**_____

Características Clínicas

Leucorrea_____ **Sangrado** _____ **Cérvix: Normal**__ **Anormal**__

Infección Vaginal: Sí__ **No**__

Tratamiento por infección vaginal (especificar fármacos)

Diagnóstico Clínico:

Diagnostico según Citología: _____

Fecha de Referencia _____ **Días entre toma de citología y referencia** _____

Cita para Colposcopia_____ **Respuesta de Colposcopia**

Tratamiento de lesión: _____ **Fecha de Tratamiento**_____

Seguimiento en Unidad de Salud:

Fecha de Siguiete Citología: _____

Fecha de Control (Regreso de retorno) _____

Fecha de atenciones por morbilidad ginecológica: _____ **Ninguna** _____

Anexo N°3 Carta de compromiso confidencialidad

Cuscatlán, Monte San Juan, abril 2018

Dra. Evelyn Vianey Sánchez Muñoz

Directora de Unidad de Salud Intermedia Monte San Juan.

Presente.

Reciba un Cordial Saludo de Parte de Nuestro Equipo de Tesis , El Motivo de la Presente es para Solicitar Autorización de Extraer Datos del Libro de Información “Tamizaje Cervicouterino” Debido a que es material para realizar un estudio de tesis que nos permitirá ostentar por el título Doctorado en Medicina , haciendo fiel compromiso de confidencialidad sobre datos como Nombre del Paciente que se tomen de dicho libro e información que es parte de nuestro compromiso como profesionales, en dicho estudio no serán publicados nombres , tampoco números de expediente , dirección de domicilio o número de documentos existentes en cada uno de los datos contenidos en el libro y expedientes clínicos de dichas pacientes , ya sea con patología o pacientes sanas que serán incluidas en dicho estudio , esperando obtener respuesta favorable a esta petición nos suscribimos.

Atentamente.

Rocío Cristina Bonilla Hidalgo

JVPM provisional 707-2018

María Eugenia Bernal Ramos

JVPM provisional 323-2018

Francella Lissette Benítez Melara

JVPM provisional 582-2018

Anexo 4 Sede de UCSF Basica Soledad, Monte San Juan , ubicada en el municipio de Cuscatlán.



Anexo 5. Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cervicouterino y de mama.

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



Anexo 6. Clasificación citológica según el sistema Bethesda. 2001

Clasificación Citológica según el Sistema Bethesda. 2001.

Idoneidad de la muestra
– Satisfactoria para evaluación (señalar la presencia o ausencia de células endocervicales o metaplásicas).
– Insatisfactoria para valoración ... (especificar el motivo).
– Muestra rechazada o no procesada ... (especificar el motivo).
– Muestra procesada y examinada, pero Insatisfactoria para valoración de anomalías epiteliales debido a ... (especificar el motivo).
Categorización general (opcional)
– Negativa para lesión intraepitelial o malignidad.
– Células epiteliales anormales.
– Otras.
Interpretación / resultado
Negativa para lesión intraepitelial o malignidad
– Organismos.
• Trichomonas vaginales.
• Hongos morfológicamente compatibles con Cándidas.
• Flora sugestiva de Vaginosis bacteriana.
• Bacterias morfológicamente compatibles con Actinomyces.
• Cambios celulares compatibles con virus del herpes simple.
– Otros hallazgos no neoplásicos (Opcional).
• Cambios celulares reactivos asociados a
• inflamación (incluye reparación típica).
• radiación.
• dispositivo intrauterino.
– Células glandulares post histerectomía.
– Atrofia Células epiteliales anormales.
Células escamosas anormales
– Células escamosas atípicas (ASC) de significado indeterminado (ASC-US).
– Células escamosas atípicas no puede excluir lesión escamosa Intraepitelial de alto grado (ASC-H).
– Lesión escamosa Intraepitelial de bajo grado (LSIL) Incluye: cambios por virus del papiloma humano / displasia leve / neoplasia cervical Intraepitelial (NIC I).
– Lesión escamosa Intraepitelial de alto grado (HSIL) Incluye: cambios por displasia moderada y severa, carcinoma in situ; NIC II Y NIC III.
– Carcinoma escamoso.
Células glandulares anormales
– Células glandulares atípicas (AGC) (especificar endocervical, endometrial o sin especificar).
– Células glandulares atípicas, posible neoplasia (especificar endocervical o sin especificar).
– Adenocarcinoma in situ endocervical (AIS).
– Adenocarcinoma.
Otros
– Células endometriales en mujer ≥ 40 años.

Anexo 7. Conducta según resultado del PAP

Conducta según resultado del PAP

Resultado del PAP (Según Sistema Bethesda)	Manejo
Insatisfactoria para evaluación por calidad de la muestra	Repetir PAP inmediatamente
Satisfactoria para evaluación/ negativa para lesión intraepitelial o malignidad	Repetir el PAP en dos años
Satisfactoria para evaluación/ negativa para lesión intraepitelial o malignidad con cambios asociados a inflamación	Dar tratamiento según el caso y repetir el PAP en un año. Si nuevo PAP es negativo, continuar tamizaje según lineamientos
Satisfactoria para evaluación/ negativa para lesión intraepitelial o malignidad con presencia de microorganismos	Dar tratamiento específico y repetir el PAP en dos años
Células escamosas atípicas de significado no determinado (ASC-US)	Referir a Colposcopia
Células escamosas atípicas donde no se puede excluir lesión de alto grado (ASC-H)	
Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEI BG)	
Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEI AG)	
Carcinoma de células escamosas <i>in situ</i>	
Carcinoma de células escamosas	
Células glandulares atípicas (AGC)	
Adenocarcinoma <i>in situ</i>	
Adenocarcinoma	