

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

UNIDAD CENTRAL

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA



INFORME FINAL DE INVESTIGACION

“INCIDENCIA DE LESIONES PRECANCEROSAS DE CERVIX EN MUJERES DE 20 A 49 AÑOS A TRAVES DE CITOLOGIA EN EL MUNICIPIO DE SAN CRISTOBAL, CUSCATLAN DE FEBRERO A MAYO 2018”.

PRESENTADO POR:

PABON MENJIVAR, WILLIAM LEONARDO

PEÑA PERDOMO, ANA GUADALUPE

PEREIRA PEÑA, ROBERTO CARLOS

ASESOR: DR. FRANCISCO GARAY CRUZ

SAN SALVADOR, AGOSTO 2018.

Contenido

RESUMEN	3
INTRODUCCION	4
OBJETIVOS	6
Objetivo general.....	6
Objetivos específicos:	6
MARCO DE REFERENCIA	7
GENERALIDADES	7
EL PROCESO DEL CANCER.....	8
FACTORES DE RIESGO	9
DIAGNOSTICO	13
ESTADIFICACION	14
CITOLOGIA DE CUELLO UTERINO O PAPANICOLAOU	16
TRATAMIENTO DE LESIONES PRECANCEROSAS DEL CERVIX	24
DISEÑO METODOLOGICO.....	25
TIPO DE INVESTIGACION	25
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	29
RESULTADOS.....	31
DISCUSIÓN	52
CONCLUSIONES	56
RECOMENDACIONES	58
BIBLIOGRAFIA	61
ANEXOS	62

RESUMEN

De acuerdo a estimaciones hechas en el Diagnóstico Situacional de Cáncer en El Salvador del 2009 al 2013 se reconoció que el cáncer cérvico uterino constituye la primera causa de cáncer en las mujeres convirtiéndose en un problema de salud pública por lo que fue necesario implementar un método diagnóstico-terapéutico mediante la elaboración de esta investigación. El objetivo general fue determinar la incidencia de lesiones precancerosas de cérvix en mujeres de 20 a 49 años a través de citología en el municipio de San Cristóbal en Cuscatlán en el período de febrero a mayo 2018, esta evaluación se hizo a través de la revisión de los expedientes clínicos, una entrevista estructurada que se le realizaba a las pacientes que consultaban las unidades de salud pertenecientes al municipio de San Cristóbal y que se sometían a la toma de citología cervicovaginal y con la hoja de solicitud y resultados de citología. El estudio fue de tipo descriptivo: estudios de casos, ya que nos permitió describir las características o atributos en común que tenían los sujetos en estudio a los cuales se les realizará la toma de citología; los objetos del estudio fueron los resultados de los exámenes de Papanicolaou, el tamaño muestral fueron las 170 mujeres en edad fértil que se realizaron la toma de Papanicolaou.

Los resultados obtenidos fueron: la gran mayoría de pacientes en consulta externa se les entregó el resultado de su prueba de PAP, las mujeres incluidas en ésta investigación, en su mayoría están en un rango de edad entre 20 y 29 años, han gestado entre 1 y 6 veces, con mínima presencia de abortos esporádicos. Han cursado solamente educación básica en su mayoría. El 69% de las mujeres han demostrado inflamación, dentro de este grupo están los casos de infecciones vaginales a quienes se les proporcionó el tratamiento debido. De los 170 casos estudiados el 96% no han presentado ITS y el 4% si las tuvieron. El 84% el resultado fue negativo para cáncer uterino, el 2% dio un resultado insatisfactorio para evaluación, mientras que el 14% fue una lesión precancerosa entre ellas LEI de bajo grado, hallazgo sospechoso de invasión y ASC-US.

INTRODUCCION

El cáncer cérvico uterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero debido a la persistencia de serotipos oncogénicos del virus del papiloma humano siendo este el factor de riesgo más importante el cual es transmitido sexualmente, y es una infección muy común y la mayoría de las personas pueden tenerla alguna vez en su vida. En algunas mujeres, el VPH va a persistir por mucho tiempo y si no se detecta y trata, la infección puede desarrollarse a lesiones precancerosas y posiblemente progresar a cáncer de cuello uterino.

Los determinantes principales de la infección por el VPH, tanto en los hombres como en las mujeres, están relacionados con el comportamiento sexual e incluyen la iniciación sexual a edad temprana y el número elevado de parejas sexuales. Los cofactores del VPH son el uso de tabaco, la inmunosupresión, el número de embarazos y la presencia de otras infecciones genitales.

Se dispone de tres tipos diferentes de métodos los cuales son: Citología convencional (Papanicolaou) y en medio líquido, inspección visual con ácido acético y pruebas de detección del VPH.

El desarrollo de la citología como campo de estudio de la medicina, necesitó dos condiciones: el concepto de célula y la invención del microscopio. A pesar de que la invención del microscopio data del siglo XVI, el concepto de célula logró aceptación hasta el siglo XVIII por lo que la citología como herramienta diagnóstica tiene sus comienzos a partir del siglo XIX.

Uno de los padres de la citología fue Johannes Müller, de Berlín, quien en 1838 editó una monografía sobre células tumorales malignas; a principios del siglo XIX Joseph Récamier inventó el espéculo vaginal con el cual podía visualizar el cuello uterino y obtener células de la vagina y del cuello uterino por lo que, desde su introducción en 1943, la prueba PAP o frotis cervical, se ha utilizado en todo el mundo para identificar lesiones precancerosas para su tratamiento o seguimiento.

Estudios han demostrado que el cáncer cérvico uterino es el más letal de los cánceres entre las mujeres, además de ser una neoplasia curable su detección precoz es una medida de alta eficacia y bajo costo para salvar muchas vidas por lo que fue necesario la elaboración de un Diagnóstico Situacional de Cáncer en El Salvador en los años del 2009 al 2013 permitiendo reconocer el hecho que reflejó que el cáncer cérvico uterino constituye la primera causa de cáncer en las mujeres convirtiéndose en un problema de salud pública.

La razón por investigar este tema surgió a raíz de que causa un fuerte impacto no solo emocional de quien lo sufre, sino también a nivel familiar, social e incluso económico, afectando directamente la calidad de vida de las personas.

Asimismo, el interés por investigar la incidencia que tiene este flagelo en la población femenina a través de la detección de lesiones precancerosas por medio de la toma de citología en las mujeres en edad fértil del municipio de San Cristóbal del departamento de Cuscatlán que consultan en la UCSFB San Antonio y UCSFI San Cristóbal en el periodo de febrero a mayo del 2018, fue primordialmente la detección precoz y el tratamiento oportuno de cualquier lesión potencialmente cancerosa.

Principalmente esta investigación realizada en esta área delimitada y en periodo de tiempo establecido no solo nos sirvió para establecer incidencia en el área geográfica de estudio si no que nos podría brindar una información que podía ser de relevancia nacional ya que se toman datos de pacientes que se encuentran bajo la atención de servicios de salud con los nuevos lineamientos de la reforma de salud basada en los ECOS Familiares que se encuentran en todo el país, con los cuales se podría reflejar si hay un cambio en los factores de riesgo que afectan a la población y si hay un incremento de cobertura con respecto a la realización de citologías.

Por lo que era de interés médico y para la población en general conocer cuál es la incidencia de lesiones precancerosas de cérvix en mujeres de 20 a 49 años a través de la citología en el periodo que comprendió de febrero a mayo 2018.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la incidencia de lesiones precancerosas de cérvix en mujeres de 20 a 49 años a través de citología en el municipio de San Cristóbal en Cuscatlán en el período de febrero a mayo 2018.

Objetivos específicos:

- Identificar el porcentaje de mujeres en edad reproductiva de 20 a 49 años que se someten a la toma de citología.
- Determinar las lesiones precancerosas más frecuentes de cérvix detectadas a través de la citología.
- Identificar los rangos de edad más afectados con lesiones precancerosas de cérvix.
- Mencionar los factores de riesgo detectados en las pacientes con lesiones precancerosas de cérvix.

MARCO DE REFERENCIA

GENERALIDADES

El útero es un órgano destinado a recibir el huevo fecundado y asegurar el desarrollo del embrión. Está situado entre la vejiga por delante y el recto por detrás. Se parece a un cono que tendría tres partes: el cuerpo que es la parte principal en la que se desarrolla el embrión, el istmo que es la parte intermedia entre el cuerpo y el cuello (cérvix) que se abre a la vagina.

El cuello del útero (cérvix uterino) está formado por dos zonas: el exocérvix que está recubierto por epitelio escamoso estratificado y el endocérvix recubierto por una capa de epitelio cilíndrico (columnar) y glándulas. La unión exoendocervical (Escamocolumnar), denominada zona de transformación es el lugar donde suceden cambios neoplásicos asociados a VPH (Virus de papiloma Humano), clasificados en lesiones de bajo grado (NIC I) y alto grado (NIC II, NIC III). De acuerdo a la historia natural del Cáncer Cérvico Uterino, la lesión NIC III es precursora del desarrollo a carcinoma in situ, el cual no detectado y tratado a tiempo se convierte en cáncer invasivo.

El cérvix además es un canal que conecta el útero con la vagina. Durante la menstruación, la sangre corre desde el útero por el cérvix hacia la vagina. La vagina conduce al exterior del cuerpo.

También el cérvix produce mucosidad durante la relación sexual y es lo que ayuda a los espermatozoides a moverse desde la vagina por el cérvix hacia el interior del útero.

Durante el embarazo, el cérvix se encuentra fuertemente cerrado para ayudar a mantener al bebe dentro del útero. Durante el parto, el cérvix se abre para permitir el paso del bebe por la vagina.

EL PROCESO DEL CANCER

El cáncer empieza en las células, las cuales son las unidades básicas que forman los tejidos. Los tejidos forman los órganos del cuerpo.

Las células normales crecen y se dividen para formar nuevas células a medida que el cuerpo las necesita. Cuando las células normales envejecen o se dañan, mueren; células nuevas las reemplazan.

Algunas veces, este proceso se descontrola y nuevas células se forman cuando el cuerpo no las necesita y células viejas o dañadas no mueren cuando deberían morir. La acumulación de células adicionales forma con frecuencia una masa de tejido que es lo que se llama tumor.

El cáncer cérvico uterino, cervical o carcinoma de cérvix es un tumor maligno que se desarrolla en las células del cuello uterino, con capacidad para invadir los tejidos periféricos sanos y de alcanzar órganos lejanos e implantarse en ellos.

Los tumores en el cuello uterino pueden ser benignos (pólipos, quistes o verrugas genitales) o malignos los cuales algunas veces pueden poner la vida en peligro, pueden invadir los tejidos y órganos cercanos y se pueden diseminar a otras partes del cuerpo.

El cáncer cérvico uterino suele crecer lentamente por un periodo de tiempo, antes de que se encuentren células cancerosas, sus tejidos experimentan cambios y empiezan a aparecer células anormales (proceso conocido como displasia). La citología generalmente encuentra estas células.

Con el tiempo, el cáncer cervical puede invadir más profundamente dentro del cérvix y los tejidos cercanos. Entran en los vasos sanguíneos o en los vasos linfáticos, los cuales se ramifican en todos los tejidos del cuerpo. Las células cancerosas pueden adherirse a otros tejidos y crecer para formar nuevos tumores que pueden dañar esos tejidos.

Existen dos tipos principales de cáncer cérvico uterino: el carcinoma de células escamosas (aproximadamente entre el 80 al 90% son de este tipo) y el adenocarcinoma (entre el 10 al 15%). Con menor frecuencia, el cáncer cervical tiene características tanto del carcinoma

de células escamosas como del adenocarcinoma, denominándose carcinoma adenoescamoso o carcinoma mixto.

FACTORES DE RIESGO

Los estudios han demostrado varios factores que pueden aumentar el riesgo de padecer cáncer de cérvix.

La infección por VPH oncogénico es la causa necesaria pero insuficiente para que se origine este cáncer, ya que no todas las infecciones por VPH persisten o progresan a cáncer cérvico uterino.

Factores de alto riesgo para adquirir la infección por el VPH:

- **Antecedentes sexuales (promiscuidad):** mujeres que han tenido muchas parejas sexuales tienen un riesgo mayor de este tipo de cáncer. También, una mujer que ha tenido relaciones sexuales con un hombre que ha tenido muchas parejas sexuales puede tener un riesgo mayor de padecer cáncer de cérvix. En ambos casos el riesgo de padecer este tipo de cáncer porque estas mujeres tienen un riesgo más elevado de infección por VPH.
- **No usar preservativos durante las relaciones sexuales:** el preservativo reduce, pero no elimina el riesgo de infectarse con el VPH. Esto se debe a que el virus puede existir en la mayor parte del área ano genital, incluso en áreas no cubiertas por el condón masculino.
- **Sexo anal:** los lugares más susceptibles de infección viral son aquellos donde se producen procesos de rápida replicación y diferenciación celular, como la zona de transformación del cérvix (más activa aun en mujeres jóvenes) y la línea pectínea anal, desarrollando displasia y neoplasias en estas localizaciones.
- **Consumo de alcohol:** el consumo de alcohol produce desinhibición de la persona, lo que puede llevar a prácticas sexuales no seguras. Esto aumenta el riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VPH.

- **Inicio temprano de las relaciones sexuales:** es necesario que el epitelio escamoso del cuello uterino o el epitelio de metaplasia escamosa presenten una micro abrasión para que el virus llegue al estrato basal del epitelio, siendo más susceptible el epitelio de metaplasia escamosa inmadura (típico de las mujeres adolescentes) por ser más delgado y frágil. Si no ocurre esto, la infección viral no se desarrolla, pues el virus no llega a reproducirse y se elimina.
- **Abuso sexual:** a través del abuso sexual puede adquirirse infecciones de transmisión sexual, incluido el VPH.

Cofactores de riesgo para la progresión de lesiones precancerosas a cáncer cervical:

- **Infección persistente de VPH:** causa necesaria pero insuficiente del cáncer cérvico uterino por una o más cepas oncogénicas del VPH, y son un grupo de virus ADN que infectan tejidos específicos. Una infección de VPH que no se cura puede causar cáncer de cuello uterino en algunas mujeres. El VPH es la causa de casi todos los cánceres cervicales.

Estos virus se pasan de una persona a otra por contacto sexual ya que son de alta prevalencia y fácil transmisión. La mayoría de los adultos han sido infectados en algún momento de su vida, aunque la mayoría de las infecciones desaparecen por si solas sin haber producido lesión alguna. Sin embargo, la infección por VPH oncogénico, persiste en 10% de los casos y puede provocar lesiones precancerosas.

La mayor frecuencia de la infección es por los tipos 16 y 18, en un 70% y el resto son otros tipos de VPH como el 31, 33 y 45.

Entre los modos de transmisión del VPH se encuentran:

1. Relaciones sexuales (incluyendo el coito vaginal, anal y el sexo oral).
2. Contacto de genital a genital sin penetración vaginal.
3. Contacto de piel a piel con un área del cuerpo infectada por VPH.

4. De un área del cuerpo a otra (la infección puede iniciarse en el cuello uterino y luego propagarse a la vagina y a la vulva).
5. Contacto de genitales con objetos sexuales u otros contaminados con VPH.
6. Durante el parto (por el paso del feto a través del canal de parto de una mujer con infección activa con VPH. Ejemplo: mujer con condilomatosis cervical o vaginal).

Algunos tipos de VPH pueden producir cambios en las células del cérvix ya que tienden a multiplicarse continuamente, transformándose primero en células anormales (llamadas lesiones precancerosas o displasia), luego en cáncer *in situ* y finalmente en cáncer invasor.

Si dichos cambios se detectan temprano, se puede prevenir el cáncer cervical al extraer o destruir las células alteradas antes de que puedan convertirse en células cancerosas.

Una vacuna para las mujeres de 9 a 26 años las protege contra dos tipos de infección por VPH que causan cáncer de cuello uterino.

- **Inequidades de género:** la mujer que sufre de inequidades de género tiene menos acceso a los servicios de salud, ya sea porque carece de recursos económicos o porque su pareja le impide o prohíbe buscar atenciones médicas.
- **Nivel socioeconómico bajo:** mujeres con una baja condición socioeconómica a menudo tienen bajos ingresos, limitaciones para acceder a los servicios de atención en salud, nutrición deficiente y escasa concientización acerca de los temas de salud y de una conducta preventiva.
- **Inicio tardío de las pruebas de tamizaje de cáncer de cérvix:** toda mujer sexualmente activa debe empezar a tomarse el PAP a los 20 años de edad. No tomarse esta prueba la pone en riesgo, ya que puede llegar hasta las etapas tempranas de cáncer cérvico uterino invasivo, sin presentar

síntomas, lo que atrasaría su diagnóstico, tratamiento y empeoraría el pronóstico.

- **Multiparidad (cuatro o más embarazos a término):** existe una asociación positiva entre la persistencia del VPH y los niveles altos de estrógenos que se observan durante los embarazos.
- **Uso de píldoras anticonceptivas durante mucho tiempo (5 años o más):** puede elevar ligeramente el riesgo de cáncer de cuello uterino en mujeres con infección de VPH. Sin embargo, el riesgo disminuye rápidamente cuando la mujer deja de usar dichas píldoras. No es indicación de suspensión de los ACO, pero si debe realizarse vigilancia epidemiológica y tamizaje del cáncer cérvico uterino regularmente.
- **Tabaquismo:** las fumadoras tienen el doble de probabilidades respecto a las no fumadoras. Algunos subproductos del tabaco se acumulan en la mucosidad cervical, hacen que el sistema inmunológico sea menos eficaz en combatir las infecciones con VPH y dañan el ADN de las células del cuello uterino, pudiendo contribuir al origen del cáncer cervical.
- **Infección por Clamidia o Herpes virus 2:** producen inflamación cervical crónica e inducen la formación de metabolitos mutagénicos.
- **Inmunosupresión por coinfección por el VIH:** las lesiones cervicales precancerosas tienden a ser de mayor prevalencia, persistentes y tienen mayor probabilidad de recidiva en las mujeres viviendo con VIH/SIDA.
- **Inmunosupresión:** por desnutrición, por consumo de medicamentos (esteroides o de inmunosupresores para evitar rechazo de trasplantes), por patologías inmunológicas.

El tener una infección de VPH u otro factor de riesgo no significa que la mujer va a padecer cáncer de cuello uterino. La mayoría de las mujeres que tienen factores de riesgo nunca llegan a presentar dicho cáncer.

DIAGNOSTICO

Generalmente los cánceres cervicales en etapas tempranas no causan síntomas asociados por lo que se deben hacer una serie de pruebas para buscar el cáncer. La primera prueba es la de Papanicolaou la cual es no dolorosa, que se lleva a cabo usando un espéculo de metal o plástico, una espátula de aire y un cepillo endocervical para raspar suavemente el exterior del cuello con el fin de recoger células. Esta misma muestra puede utilizarse para analizarla si existe infección de VPH.

Si se encuentran células anormales, se debe extraer una muestra de tejido (procedimiento conocido como biopsia con guía de colposcopia) del cuello uterino y se observara a través del microscopio para ver si hay células cancerosas.

Cuando el cáncer se agranda, las mujeres pueden notar uno o varios de estos síntomas precoces:

- Sangrado que ocurre entre los periodos menstruales regulares (sangrado intermenstrual).
- Sangrado poscoito, de un lavado vaginal o del examen pélvico en mujeres de cualquier edad.
- Períodos menstruales más prolongados y más abundantes que antes.
- Sangrado después de la menopausia.
- Mayor secreción o flujo vaginal fétido.

Síntomas tardíos:

- Tenesmo vesical y poliaquiuria.
- Dolor de espalda.
- Dolor en la parte inferior del abdomen.
- Dispareunia (dolor durante las relaciones sexuales).

Síntomas muy tardíos:

- Dolor de espalda intenso.
- Pérdida de peso.
- Disminución del volumen del chorro de orina (por obstrucción de los uréteres o insuficiencia renal).
- Pérdidas de orina o heces por la vagina (debido a fistulas).
- Edema de los miembros inferiores.
- Disnea (debido a anemia o raramente a metástasis pulmonares o derrame pleural).

Estos síntomas antes mencionados pueden ser causados por infecciones u otros problemas de salud. Solo un médico puede determinarlo con seguridad. Por ende, las mujeres que tengan alguno de estos síntomas deberán consultar a un médico para que el problema pueda ser diagnosticado y tratado lo antes posible.

ESTADIFICACION

El pronóstico y la selección de tratamiento depende de la etapa en que se encuentra el cáncer (si se encuentra en el cuello uterino o si se ha diseminado a otros lugares) y el estado de salud general de la paciente.

La estadificación es un intento cuidadoso para saber si el tumor ha invadido los tejidos cercanos, si el cáncer se ha diseminado y, si es así, a que partes del cuerpo se ha diseminado. El cáncer de cuello uterino suele diseminarse con más frecuencia a los tejidos cercanos en la pelvis, a los ganglios linfáticos o a los pulmones. También puede hacerlo hacia el hígado o a los huesos.

Cuando el cáncer se disemina desde su lugar original a otra parte del cuerpo, el nuevo tumor tiene el mismo tipo de células cancerosas y el mismo nombre que el tumor original. Por ejemplo, si el cáncer cervical se disemina a los pulmones, las células cancerosas en los pulmones son en realidad células cancerosas del cérvix. La enfermedad es cáncer cervical metastásico y no cáncer de pulmón.

Para conocer la extensión de la enfermedad, el médico puede pedir algunas de las siguientes pruebas:

- Radiografía de tórax.
- Tomografía computarizada.
- Resonancia magnética.
- Tomografía por emisión de positrones.

ESTADIFICACION CLINICA: se realiza con base a los criterios de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) de 2009.

ESTADIO I	El carcinoma está estrictamente limitado al cuello uterino. No se debe tener en cuenta la extensión al cuerpo uterino.	
Microinvasivo	IA	Carcinoma Microinvasivo. Se puede diagnosticar sólo por examen microscópico. La invasión se limita al compromiso del estroma que tiene un máximo de 5mm de profundidad en el plano vertical (desde que se rompe la membrana basal) y 7mm de extensión horizontal.
	IA₁	Invasión estromal menor de 3mm de profundidad y extensión horizontal de hasta 7mm.
	IA₂	Invasión estromal de más de 3mm y menos de 5mm, con extensión horizontal que no es mayor de 7mm.
IB	Lesiones clínicamente visibles del cuello uterino o cánceres preclínicos más grandes que en el estadio IA. Toda lesión macroscópicamente visible incluso con una invasión superficial es un cáncer estadio IB	
IB₁	Lesión clínicamente visible cuyo tamaño es menor o igual a 4cm en su dimensión mayor.	
IB₂	Lesión clínicamente visible de más de 4cm en su dimensión mayor.	
II	El carcinoma del cuello uterino invade más allá del útero, pero sin alcanzar la pared pélvica. Afecta la vagina, pero no más allá de sus dos tercios superiores.	
IIA	Sin invasión paramétrica. La invasión afecta los dos tercios superiores de la vagina.	
IIA₁	Lesión clínicamente visible menor o igual a 4cm en su dimensión mayor.	
IIA₂	Lesión clínicamente visible mayor de 4cm en su dimensión mayor.	
IIB	Con invasión paramétrica obvia.	

III	El tumor se extiende a la pared pélvica o compromete el tercio inferior de la vagina, o causa hidronefrosis o disfunción renal.
IIIA	El tumor compromete el tercio inferior de la vagina sin extensión a la pared pélvica.
IIIB	Extensión hasta la pared pélvica, o hidronefrosis o disfunción renal.
IV	El carcinoma se diseminó más allá de la pelvis misma o comprometió (probado mediante biopsia) la mucosa de la vejiga o recto. Un edema de Bullar, como tal, no es suficiente para clasificar en estadio IV.
IVA	Extensión del tumor a los órganos pélvicos adyacentes.
IVB	Extensión a los órganos distantes.

CITOLOGIA DE CUELLO UTERINO O PAPANICOLAOU

La prueba de PAP también llamado frotis cervical fue introducida en 1943 por el Dr. George Papanicolaou como un examen de detección temprana para el cáncer cervical. Esta prueba está diseñada para la detección de lesiones del epitelio escamoso, aunque ha demostrado efectividad variable en la detección de otras malignidades que afectan el tracto genital femenino. Debido a que el cérvix es fácilmente accesible durante el examen ginecológico y a que las lesiones cervicales se desarrollan lentamente en un periodo aproximado de 10 años, la prueba de detección de PAP ha demostrado ser muy efectiva ya que se basa en el estudio morfológico de las células obtenidas por la exfoliación del epitelio cervical, con el fin de detectar anomalías celulares.

Es fundamental para la prevención y detección del cáncer de cuello uterino y también para la detección de lesiones que pueden evolucionar hacia el cáncer. También es útil para el diagnóstico de procesos infecciosos en el cual pueden verse a veces los agentes causales de la infección.

Todo contacto con la mujer en los servicios de salud debe servir para recomendar la realización de la toma de PAP informándole sobre las condiciones que deben cumplirse previo a la toma:

- Evite relaciones sexuales dos días antes del PAP.
- Evite el uso de duchas o medicamentos vaginales dos días antes.
- Evite el uso de espumas, cremas o gelatinas espermicidas dos días antes.

- Que no se encuentre menstruando.
- En la mujer puérpera, debe programar la toma de la citología a partir de las doce semanas posparto, si no tiene PAP vigente.

El personal de salud, previo a la toma de PAP, debe revisar que las indicaciones anteriores se hayan cumplido.

El personal de salud debe tomar el PAP con la siguiente frecuencia:

- 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 de 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.
- Las mujeres que hayan tenido una histerectomía sin la extirpación del cuello uterino deben continuar con las pruebas de detección como indica el lineamiento del MINSAL para su grupo de edad.
- Mujeres que hayan tenido una histerectomía total que se haya hecho como tratamiento precáncer o cáncer de cuello uterino, el personal debe continuar el seguimiento con citología convencional según los lineamientos del MINSAL para NIC 2-3.
- Mujeres con antecedentes de NIC 2 o 3 deben continuar con las pruebas de detección, al menos por 20 años después de haberse detectado y tratado la anomalía.
- 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 2 o 3.
- En las mujeres con inmunosupresión (esteroides o inmunosupresores para evitar rechazo de trasplante) tomar la citología cada año.

- Mujeres con VIH, tomar la 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 de 20 a 29 años tomar el PAP cada dos años, si el resultado es negativo. También debe 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.
- En las clínicas o servicios de atención a las personas con Infección de Transmisión Sexual (ITS), tomar la citología cervical a toda mujer que no se haya realizado la prueba hace dos años.

Material necesario para la toma de la citología cérvicouterina:

- Consultorio con privacidad.
- Mesa ginecológica.
- Foco luminoso.
- Un espéculo de metal o plástico.
- Una espátula de Ayre.
- Un pequeño cepillo endocervical.
- Portaobjetos con banda esmerilada.
- Fijador.

Para tomar la citología cervical, el personal de salud debe ejecutar los siguientes pasos: ¹

- 1) Con la usuaria en posición de litotomía, colocar un espéculo vaginal sin lubricante hasta lograr exponer el orificio cervical externo del cuello uterino. Si fuera necesario, utilizar solución salina normal en vez de lubricante, especialmente en las mujeres de mayor edad.
- 2) 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.
- 3) Tomar la muestra del exocérvix 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 endocérvix usando el extremo delgado de la espátula de Ayre o un cepillo endocervical. Extender inmediatamente siguiendo las mismas indicaciones.
- 4) 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.
- 5) Retirar el espejo con delicadez.
- 6) Realizar tacto vaginal bimanual para completar la evaluación ginecológica.
- 7) Completar el formulario para tamizaje de cáncer cérvico uterino con letra legible con los hallazgos encontrados.
- 8) Después de tomar la citología cervical, el personal de salud debe:
 - Informar a la mujer sobre los hallazgos al examen físico. Aclarando sus dudas.
 - Programar cita en cuatro semanas para entregar el resultado de la prueba de tamizaje.

¹ Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cérvico uterino y de mama. Edición y distribución Primera edición, marzo 2015 Ministerio de Salud Viceministerio de Políticas de Salud

- Colocar y transportar las láminas portaobjetos en una caja porta láminas.
- Llevar las láminas al laboratorio de citología dentro de los primeros siete días posteriores a la toma de PAP.
- El resultado de la citología cervical debe ser reportado utilizando la nomenclatura del Sistema Bethesda 2001.

En términos generales el resultado de una citología cérvicouterina debe brindar información sobre tres componentes básicos:

- a) Calidad de la muestra: Es uno de los indicadores más importantes en la evaluación de la citología y permite brindar información al médico remitente sobre el material que ha obtenido en la toma de la muestra; esto fomenta una mayor atención al momento de tomar muestras. Las categorías que se han utilizado son: Satisfactoria (cuando en la boleta de solicitud se consigna todos los datos requeridos, el extendido contiene un número adecuado de células escamosas bien conservadas, y existe representación de la zona de transformación, que se estima con la presencia de células endocervicales), insatisfactoria (cuando la muestra no tiene boleta de solicitud, la lámina no está rotulada, la lámina está rota, la celularidad es muy escasa o existe factores (hemorragia, mala preservación, abundante presencia de células inflamatorias) que impiden valorar el extendido)) y una categoría intermedia denominada Satisfactoria pero limitada.
- b) Categorización de los resultados: Siguiendo las recomendaciones del Manual de Normas y Procedimientos para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico uterino, los hallazgos del frotis se reportan de acuerdo a las siguientes categorías generales:
 - No útil o frotis inadecuado: cuando la muestra es insatisfactoria.
 - Negativo a malignidad: el frotis no presenta alteraciones morfológicas de neoplasia maligna o de lesión premaligna (displasia).

- Sospechosa de malignidad: existen alteraciones morfológicas, pero no son concluyentes.
- Positivo por malignidad: el frotis presenta alteraciones morfológicas en células epiteliales escamosas o glandulares, incluye:
 - Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado I (NIC I) (Displasia Leve).
 - Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado II (NIC II) (Displasia moderada).
 - Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado III (NIC III) (Displasia Severa/carcinoma in Situ).
 - Carcinoma de Células Escamosas.
 - Adenocarcinoma
- c) Interpretación y diagnóstico descriptivo de los hallazgos:

Sistema Bethesda: Para informar la citología cervical, fue desarrollado por un grupo de expertos en Citología, Histopatología y Ginecología en 1988 y ha sido objeto de dos revisiones posteriores. Este sistema se realizó con el propósito de informar la citología cervical de una manera clara, proporcionar información relevante al médico y fomentar la comunicación eficaz entre el médico y el laboratorio; en él se introduce una nueva nomenclatura que en contraste con las nomenclaturas que han estado en uso (NIC o displasias), introduce una interpretación descriptiva de los hallazgos.

El Sistema de Bethesda define una clasificación general y la interpretación de resultados. La clasificación general incluye:

1.- Negativo para Lesión intraepitelial o Malignidad: cuando no existe ninguna anomalía de las células epiteliales.

2.- Anomalía en Células Epiteliales: cuando se identifican alteraciones celulares de lesiones premalignas o malignas en las células escamosas o en las células glandulares. En esta se incluyen únicamente dos categorías para las lesiones intraepiteliales escamosas, basándose en que los criterios clínicos de decisión terapéutica (seguimiento o realización de colposcopia) y en que un menor número de categorías disminuye la posibilidad de la variabilidad entre observadores en la interpretación de resultados. Las dos categorías son:

- Lesión intraepitelial Escamosa de Bajo grado (LEIBG) que incluye infección por HPV y NIC 1 (displasia leve).
- Lesión intraepitelial Escamosa de Alto Grado (LEIAG) que incluye NIC II y NIC III (displasia moderada, displasia severa y carcinoma in situ).

La clasificación de Bethesda introduce la categoría Células Escamosas Atípicas que utiliza el término ASC-US (células escamosas atípicas con significado indeterminado) la cual refleja las limitaciones inherentes al examen y la dificultad para interpretar ciertos cambios celulares con precisión y reproducibilidad que existe en ciertos casos para brindar un diagnóstico definitivo.

La categoría Carcinoma Escamoso es definida como un tumor maligno invasor que presenta diferenciación escamosa de las células.

En cuanto a las anormalidades de células glandulares, el Sistema de Bethesda también ha incorporado cambios en el modo de informar las anomalías de estas células tomando en cuenta que los hallazgos glandulares atípicos involucran un aumento de riesgo de que exista una entidad neoplásica maligna relacionada y deben ser clasificados, siempre que sea posible, según el tipo de célula glandular identificada (endocervical o endometrial), para fines de seguimiento y de tratamiento

Conducta a seguir según resultado del PAP

RESULTADO DEL PAP (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 MINSAL.
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 in situ.	
Carcinoma de células escamosas	
Células glandulares atípicas (AGC)	
Adenocarcinoma in situ.	
adenocarcinoma	

En el caso de citología cervical reportada como Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado (LEIBG) en mujeres menores de 20 años, el personal de salud debe dar seguimiento con citología cervical anualmente. Si en la citología de seguimiento la LEI progresa, el personal de salud debe referir a la mujer a colposcopia.

El personal de salud debe dar seguimiento a todas las mujeres con sospecha de lesiones precancerosas o de cáncer cérvico uterino.

TRATAMIENTO DE LESIONES PRECANCEROSAS DEL CERVIX

Los métodos de tratamiento pueden ser con destrucción de los tejidos anormales por medio de calor o frío escisionales, con extirpación quirúrgica de las lesiones precancerosas.

Se puede realizar congelación con una sonda fría (crioterapia) que es un procedimiento ambulatorio efectivo para destruir células precancerosas al congelar el cuello uterino, usando dióxido de carbono (CO₂) u óxido nitroso (N₂O) comprimido como refrigerante; o extirparse con una asa (Cono LEEP) por medio del cual se extirpa tejido cérvico uterino anómalo utilizando un asa de alambre delgado que se calienta mediante corriente eléctrica y también es llamado como escisión electroquirúrgica con asa.

DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE INVESTIGACION

El presente estudio es de tipo descriptivo: estudios de casos, ya que nos permitió describir las características o atributos en común que tendrían los sujetos en estudio a los cuales se les realizó la toma de citología; fue transversal por qué se hizo un corte en un tiempo definido; además, prospectivo debido a que solamente se abarco a la población en estudio en el año en curso.

A) PERIODO DE INVESTIGACION

Febrero, marzo, abril y mayo de 2018.

B) UNIVERSO (UNIDADES DE OBSERVACION Y ANALISIS)

Mujeres de 20 a 49 años que consultaron por atenciones preventivas de causa ginecológica en las UCSFI San Cristóbal (369 mujeres), UCSFB San Antonio (459 mujeres). Dando una población de 828 mujeres que solamente se encuentran en el rango de 20 a 49 años. El universo se encuentra formado por todas las mujeres que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión dando un resultado de 463 mujeres que pueden ser objeto de estudio.

C) MUESTRA: CALCULO Y DISEÑO MUESTRAL

Muestreo no probabilístico por conveniencia por el motivo que se tomó todas las citologías que se realizaron en los establecimientos UCSFB San Antonio y UCSFI San Cristóbal que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Tomando como muestra a 169 mujeres del universo para que la información sea representativa de la población de estudio.

Muestra:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{e^2(N - 1) + (Z^2 \times p \times q)}$$

N: Universo de estudio= 463.

Z: Nivel de confianza= 95%= 1.96.

p: Constante= 0.5

q= 1-p= 0.5

e: Limite aceptable de error muestral = 6%= 0.06

Resultado: 170 mujeres

Criterios de inclusión:

- Sexo femenino.
- Mujeres que aceptan ser parte del estudio.
- Mujeres en edad fértil de 20 a 49 años.
- Mujeres que han iniciado actividad sexual.
- Mujeres pertenecientes al municipio de San Cristóbal departamento de Cuscatlán.
- Citologías realizadas en el periodo comprendido de febrero a mayo de 2018.
- Mujeres que consultan en UCSFB San Antonio y UCSF I San Cristóbal.
- Citologías de primera vez y citologías subsecuentes atrasadas.

Criterios de exclusión:

- Mujeres a quienes se le realizó tamizaje de VPH en el año 2015 en el municipio de San Cristóbal.
- Mujeres menores de 19 años y mayores de 50 años.
- PAP subsecuente vigente.
- Mujeres en edad fértil que no pertenecen al municipio de San Cristóbal, pero que consultan en UCSFB San Antonio y UCSFI San Cristóbal.
- No desear participar en la investigación.

D) VARIABLES

Variable independiente:

Mujeres de 20 a 49 años que se les realizara toma de citología en la UCSFI San Cristóbal y UCSFB San Antonio en el periodo de febrero a mayo de 2018.

Variables dependientes:

1. Porcentaje de mujeres en edad reproductiva de 20 a 49 años que se someten a la toma de citología.
2. Lesiones precancerosas más frecuentes de cérvix detectadas a través de la citología.
3. Edad más afectada con lesiones precancerosas de cérvix.
4. factores de riesgo detectados en las pacientes con lesiones precancerosas de cérvix.

E) FUENTES DE INFORMACION

Se utilizaron fuentes primarias y secundarias.

Primarias: Se obtuvo la información de la hoja de solicitud y reporte de citología cérvico vaginal, de todas aquellas pacientes que cumplían con los requisitos previos a la toma de citología.

Secundarias: porque se obtuvieron los datos de documentos oficiales de instituciones públicas, como expedientes clínicos de las pacientes que consultaron en el año 2015 para la realización del tamizaje de VPH, lista nominal de mujeres en edad fértil que corresponden al área de responsabilidad de la UCSFI San Cristóbal y UCSFB San Antonio.

F) TECNICAS DE OBTENCION DE INFORMACION

Para obtener la información se utilizó la técnica de entrevista estructurada la cual se le realizó a mujeres de 20 a 49 años que cumplieron con los criterios de inclusión antes mencionados, además, se obtuvieron datos a través de la toma de citología cérvico vaginal

según la técnica establecida en los lineamientos técnicos brindados por el MINSAL los cual dieron resultados por medio de la hoja de solicitud y reporte de citología cérvico vaginal.

G) MECANISMO DE CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE DATOS

Se les explicó a las pacientes los motivos por los cuales se les realizaba el cuestionario y que las respuestas que brindaban no constituían de ninguna forma y en ningún momento daño a su integridad y/o privacidad. Se les explicó que no se divulgaría el nombre o los datos que las pacientes proporcionaran en dicho cuestionario.

H) PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE INFORMACION

Se realizó un estudio multivariado relacionando cada una de las respuestas obtenidas con las variables de estudio.

Para presentar los datos previamente obtenidos y procesados de una manera clara y ordenada se hizo uso de tablas resúmenes, Tablas de frecuencia y porcentaje de los datos. Dichos gráficos y tablas fueron creados de manera electrónica con la utilización de programas y herramientas de Microsoft Office 2016, teniendo en cuenta la correcta utilización de tamaño y tipos de fuente así como colores para los gráficos y tablas y de esta manera lograr la mejor representación gráfica de los datos posibles.

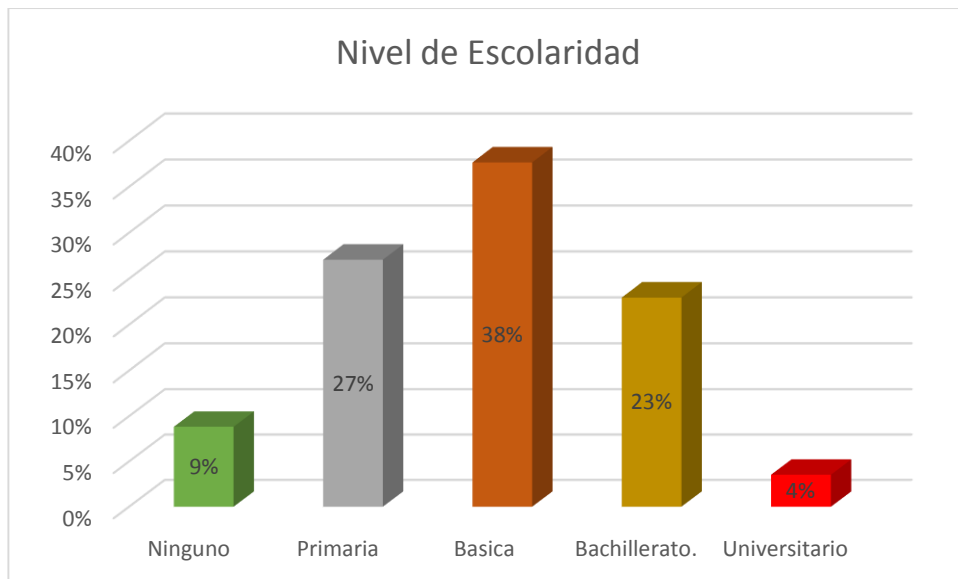
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Objetivos	Variables	Definición conceptual	Indicadores	Medio de verificación	Instrumento
Identificar el porcentaje de mujeres en edad reproductiva de 20 a 49 años que se someten a la toma de citología.	Mujeres en edad reproductiva de 20 a 49 años que se someten a la toma de citología	<p>Edad reproductiva: edad de una mujer situada entre la pubertad y la menopausia que oscila entre los 15 y 44 años.</p> <p>Toma de citología: La citología cervical es una prueba diagnóstica en la que se examinan células del cuello uterino. El cuello del útero, también conocido como cérvix, es la parte inferior y más estrecha del útero y está localizado al final de la vagina</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Edad de inicio de relaciones sexuales -Número de parejas sexuales -paridad alta -Infección persistente por VPH con riesgo oncogénico alto -uso ACO -Inmunosupresión -uso de nicotina 	Mujeres de 20-49 años de edad	Solicitud y respuesta de citología cérvico vaginal.
Determinar las lesiones precancerosas más frecuentes de cérvix detectadas a través de la citología.	Resultados de citologías.	<p>En términos generales el resultado de una citología cervical debe brindar información sobre tres componentes básicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Calidad de la muestra b) Categorización de los resultados c) Interpretación y diagnóstico descriptivo de los hallazgos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Inadecuada -Negativo para malignidad -Sospecha de malignidad -Positivo por malignidad 	Lectura de láminas con muestras.	Solicitud y respuesta de citología cérvico vaginal.
Identificar los rangos de edad más afectados con lesiones	Edades más afectadas con lesiones	Edad: es el tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	<ul style="list-style-type: none"> De 20 a 29 años. De 30 a 39 años. De 40 a 49 años. 	Número de casos positivos por	Solicitud y respuesta de citología cérvico vaginal.

precancerosas de cérvix.	precancerosas de cérvix	Lesiones precancerosas: son las precursoras del cáncer cervical y también se conocen como Neoplasias Intraepiteliales Cervicales.		rango de edad	
Mencionar los factores de riesgo detectados en las pacientes con lesiones precancerosas de cérvix.	Factores que pueden aumentar el riesgo de padecer cáncer de cérvix.	Factor de riesgo: cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	Factores de alto riesgo para adquirir la infección por el VPH: <ul style="list-style-type: none"> - Promiscuidad. - No uso de preservativos. - Consumo de alcohol. - Inicio temprano de relaciones sexuales. - Abuso sexual. Cofactores de riesgo para la progresión de lesiones precancerosas a cáncer cervical: <ul style="list-style-type: none"> - Infección persistente de VPH. - Inicio tardío de pruebas de tamizaje. - Multiparidad. - Uso de ACO. - Tabaquismo. - Inmunosupresión. 	Mujeres de 20-49 años de edad.	Encuesta.

RESULTADOS

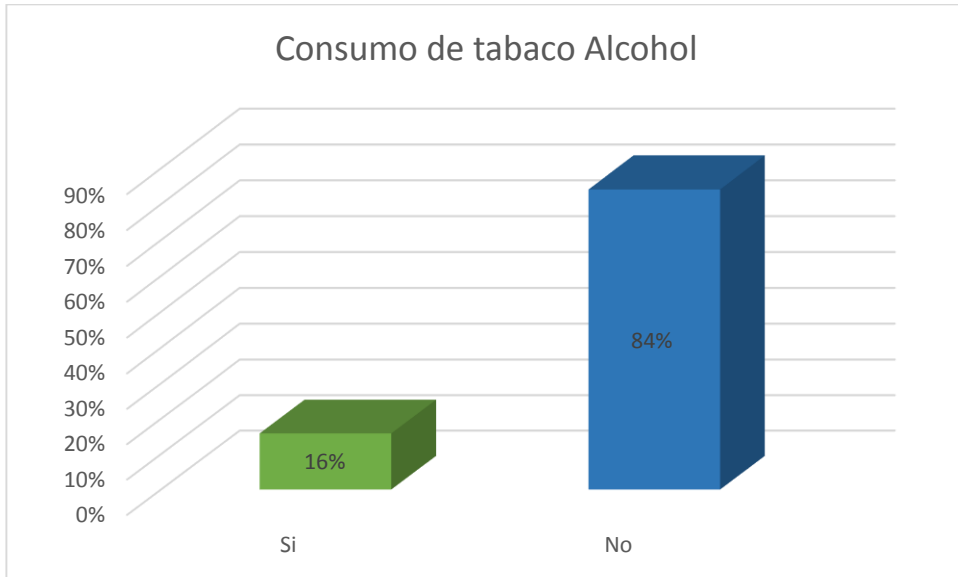
Grafica 1: Nivel de escolaridad de pacientes que consultaron UCSFI San Cristóbal y UCSFB San Antonio y se sometieron a la toma de PAP en el periodo de Febrero a Mayo 2018.



Fuente: Entrevista estructurada y expediente clínico.

Análisis y Discusión: En esta grafica se puede observar que la mayor parte de mujeres que se realizaron la prueba tiene como estudios mínimos educación básica, un segundo grupo ha realizado primaria, en tercer lugar, está la educación media (bachillerato) y un porcentaje mínimo que ocupa el 4% de las personas tamizadas está o ha realizado estudios universitarios y aún sigue existiendo analfabetismo en este municipio el cual se refleja en el 9% de la población estudiada las cuales nunca asistieron a la escuela.

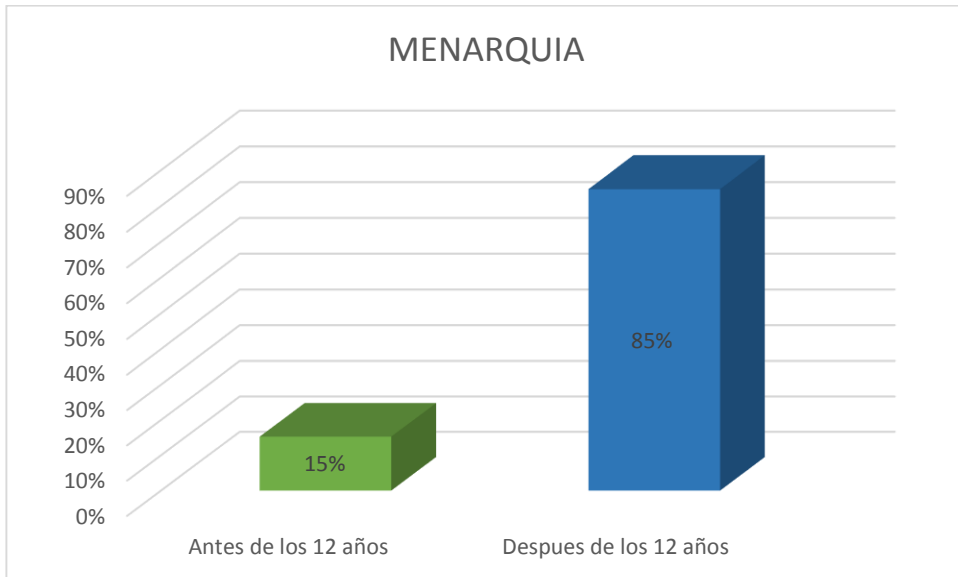
Grafica 2: Consumo de tabaco, alcohol o drogas por pacientes que consultaron UCSFI San Cristóbal y UCSFB San Antonio y se sometieron a la toma de PAP en el periodo de Febrero a Mayo 2018.



Fuente: Entrevista estructurada y expediente clínico.

Análisis y Discusión: Según la información recolectada y que se puede ver reflejada en este cuadro el 84% de la población tamizada no consume ningún tipo de bebidas embriagantes, tabaco o drogas y solo el 16% si ingiere este tipo de sustancias.

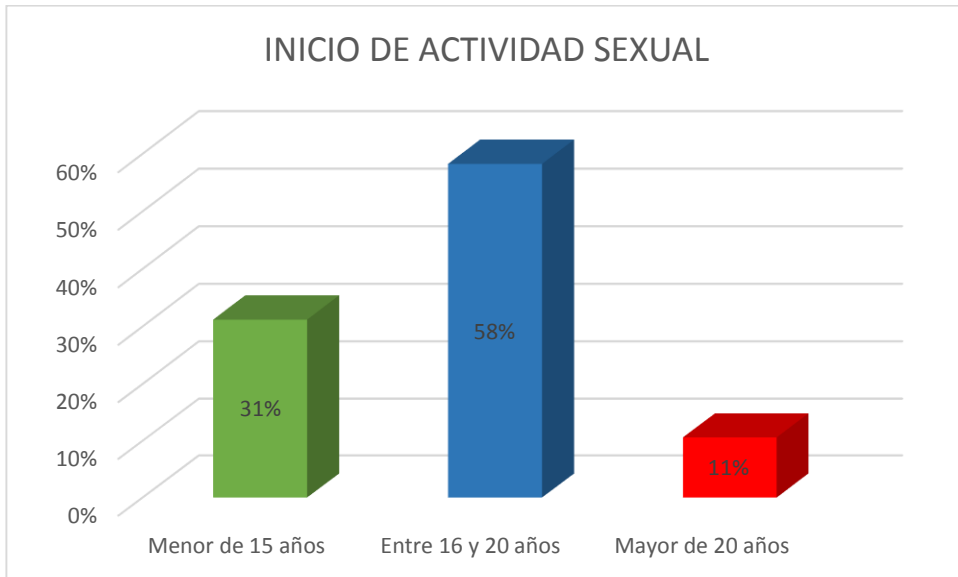
Grafica 3: Edad de inicio de menarquia en las pacientes que consultaron UCSFI San Cristóbal y UCSFB San Antonio y se sometieron a la toma de PAP en el periodo de Febrero a Mayo 2018.



Fuente: Entrevista estructurada y expediente clínico

Análisis y Discusión: La población femenina que se entrevistó indicó que su inicio de menarquia oscilaba en el rango de edad después de los 12 años que es donde se agrupó el mayor porcentaje de pacientes y un porcentaje menor fue antes de dicha edad.

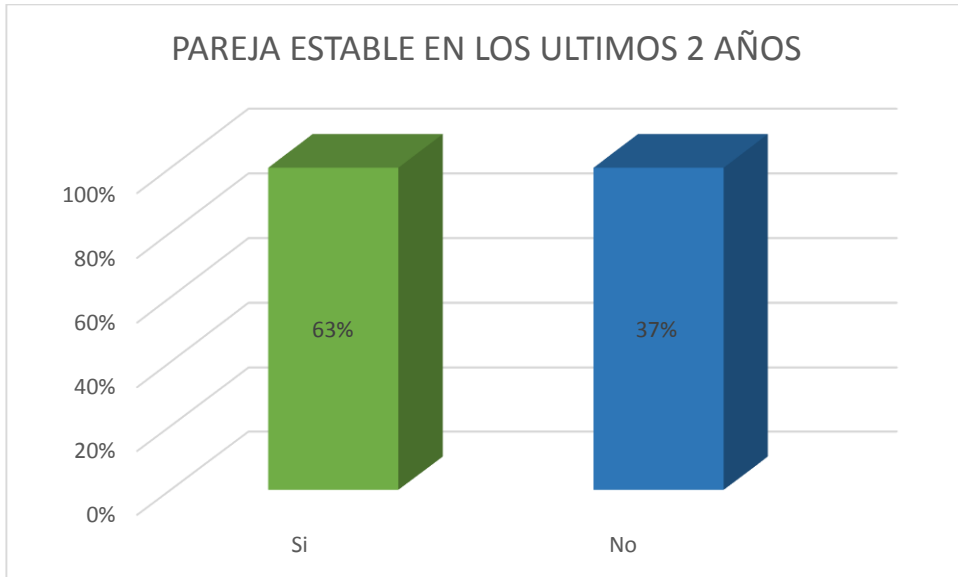
Grafica 4: Rangos de edades de inicio de actividad sexual de las pacientes que consultaron UCSFI San Cristóbal y UCSFB San Antonio y se sometieron a la toma de PAP en el periodo de Febrero a Mayo 2018.



Fuente: Entrevista estructurada y expediente clínico

Análisis y Discusión: Un primer grupo que abarcó el 58% de la población en estudio indicó en la entrevista que su sexarquia inició en el rango de edad de 16 a 20 años, un segundo lugar fue entre las edades menores de 15 años y un grupo menor fue después de los 20 años de edad.

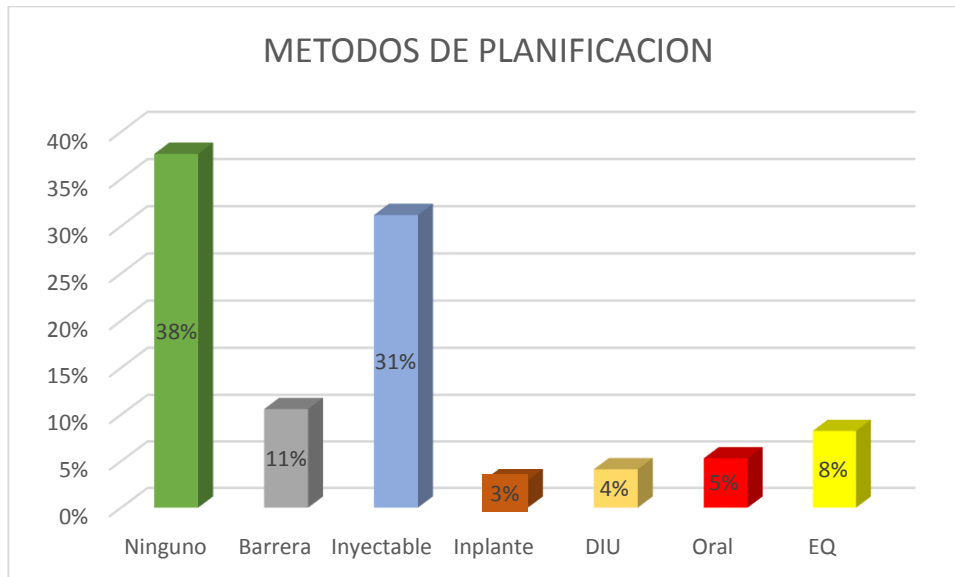
Grafica 5: Parejas estables en los últimos dos años de las pacientes que consultaron UCSFI San Cristóbal y UCSFB San Antonio y se sometieron a la toma de PAP en el periodo de Febrero a Mayo 2018.



Fuente: Entrevista estructurada y expediente clínico

Análisis y Discusión: Las pacientes a quienes se les sometió a la toma de PAP indicaron en su mayoría que han tenido pareja estable en los últimos dos años y sólo un 37% de la población femenina en estudio reflejó que han tenido más de una pareja en los últimos dos años.

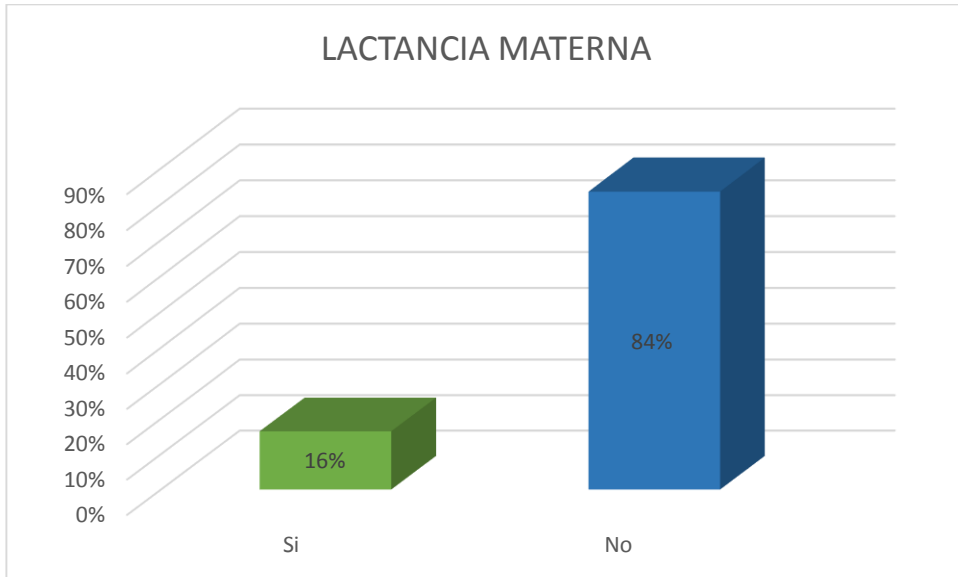
Grafica 6: Métodos de Planificación Familiar utilizados por las pacientes que consultaron UCSFI San Cristóbal y UCSFB San Antonio y se sometieron a la toma de PAP en el periodo de Febrero a Mayo 2018.



Fuente: Entrevista estructurada, expediente clínico y solicitud y respuesta de citología cérvico vaginal

Análisis y Discusión: Las pacientes entrevistadas conocen los diferentes métodos de planificación familiar disponibles y el más utilizado entre esta población es el inyectable, el segundo método más usado es el de barrera (preservativos), en tercer lugar está la esterilización quirúrgica al haber cumplido una paridad satisfecha por las usuarias, luego se encuentran los anticonceptivos orales combinados y como último método el dispositivo intrauterino. Lamentablemente aun un gran porcentaje de mujeres no utiliza ningún método a pesar de conocerlos teniendo un porcentaje del 38%.

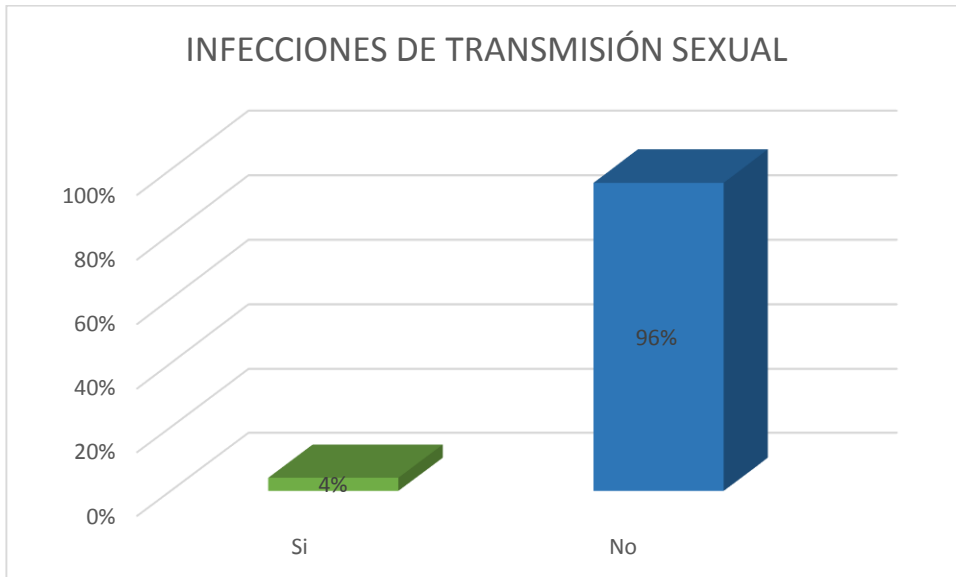
Grafica 7: Porcentaje de mujeres que se encuentran brindando lactancia materna y que consultaron UCSFI San Cristóbal y UCSFB San Antonio y se sometieron a la toma de PAP en el periodo de Febrero a Mayo 2018.



Fuente: Entrevista estructurada, expediente clínico y solicitud y respuesta de citología cérvico vaginal

Análisis y Discusión: Un grupo mayoritario de mujeres que se sometieron a la toma de PAP no está brindando lactancia a menores de 2 años de edad y sólo un pequeño porcentaje de un 16% si está dando lactancia materna.

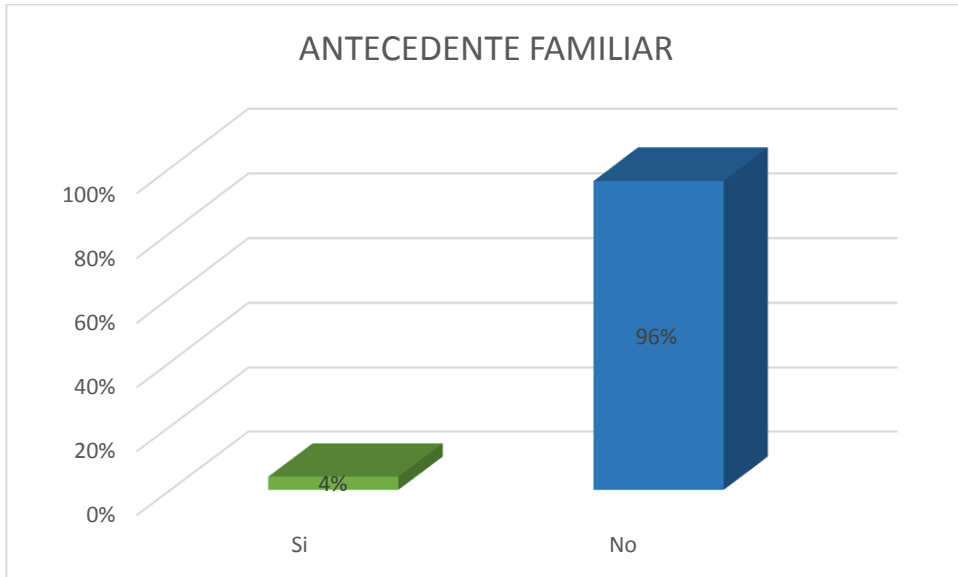
Grafica 8: Antecedente de Infecciones de Transmisión Sexual entre las pacientes que consultaron UCSFI San Cristóbal y UCSFB San Antonio y se sometieron a la toma de PAP en el periodo de Febrero a Mayo 2018.



Fuente: Entrevista estructurada, expediente clínico y solicitud y respuesta de citología cérvico vaginal

Análisis y Discusión: La información brindada por las pacientes que se realizaron el tamizaje arrojó el porcentaje que un 96% de ellas no tiene antecedentes de infecciones de transmisión sexual ya sea porque nunca tuvieron o porque nunca se realizaron una evaluación médica y solo un 4% sí indicó que en alguna etapa de su vida sexualmente activa si tuvo dicho diagnóstico.

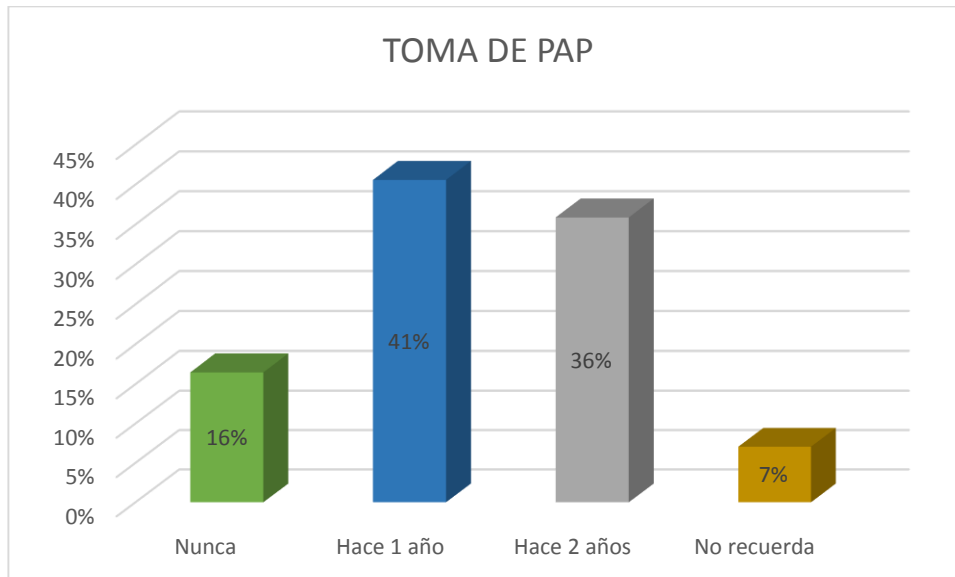
Grafica 9: Antecedentes de cáncer cérvico uterino en la familia de las pacientes que consultaron UCSFI San Cristóbal y UCSFB San Antonio y se sometieron a la toma de PAP en el periodo de Febrero a Mayo 2018.



Fuente: Entrevista estructurada y expediente clínico

Análisis y Discusión: Un porcentaje bajo de mujeres indicó que en su familia existe el antecedente de cáncer de cérvix y un porcentaje alto del 96% manifestó que no existe esta enfermedad en ninguna generación de mujeres pertenecientes a su familia.

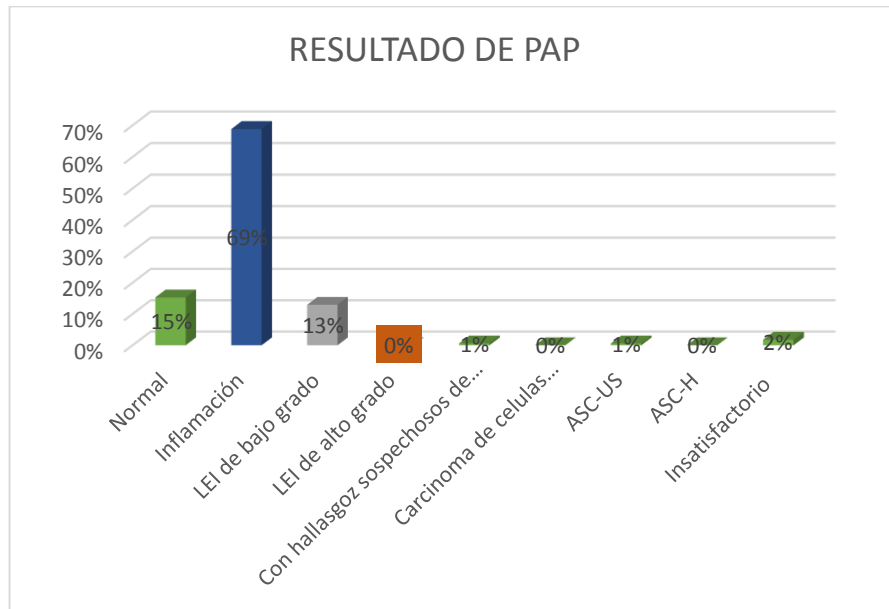
Grafica 10: Ultima toma de PAP por parte de las pacientes que consultaron UCSFI San Cristóbal y UCSFB San Antonio y se sometieron a la toma de PAP en el periodo de Febrero a Mayo 2018.



Fuente: Entrevista estructurada, expediente clínico y solicitud y respuesta de citología cérvico vaginal

Análisis y Discusión: En esta tabla se evidencia si las pacientes femeninas pertenecientes a ese municipio en estudio tienen su toma de PAP en las fechas que corresponden es decir si está vigente o es atrasado por lo que se refleja que un 41% si tiene su PAP vigente en fechas que corresponden según los lineamientos establecidos por el MINSAL, un 36% se realizó su última citología hace 2 años es decir está atrasado, un 16% nunca se ha realizado dicho tamizaje encontrándose en este grupo aquellas pacientes que se lo realizan por primera vez en el tiempo que se estaba realizando el presente estudio y un grupo mínimo de solo un 7% no recuerda cuando fue la última toma de citología cervical.

Grafica 11: Resultados de PAP actual de las pacientes que consultaron UCSFI San Cristóbal y UCSFB San Antonio y se sometieron a la toma de PAP en el periodo de Febrero a Mayo 2018.

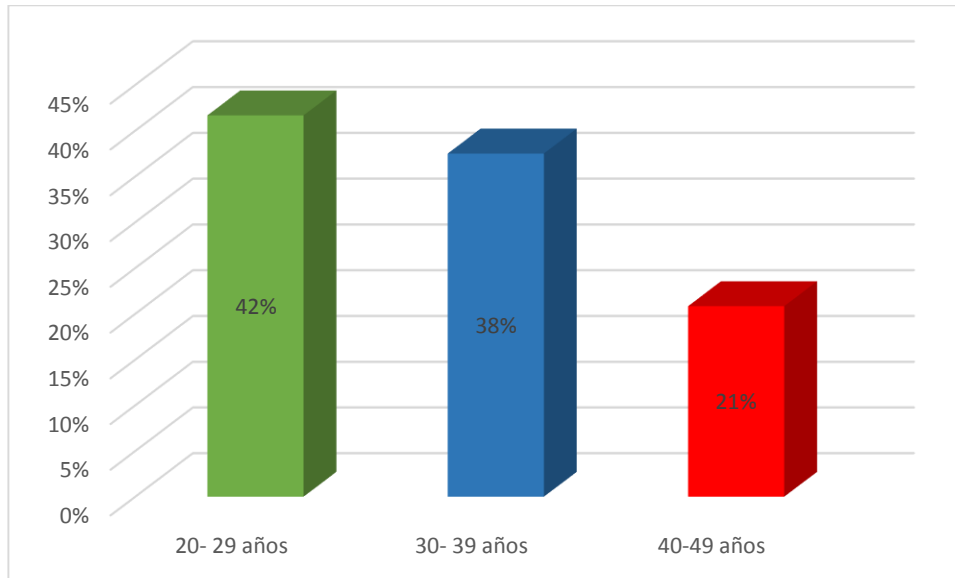


Fuente: Solicitud y respuesta de citología cérvico vaginal

Análisis y Discusión: Según la respuesta de citología cérvico vaginal tomada en el periodo de tiempo en que se llevó a cabo esta investigación en primer lugar los resultados reflejados fue negativo a lesión intraepitelial más inflamación y dentro de este grupo la mayoría de pacientes que se realizaron el tamizaje tenían una infección vaginal en el momento de la toma a las cuales se les brindó además el tratamiento oportuno y el seguimiento por dicha patología, en según lugar los resultados normales que se traducen en aquellos resultados que fueron negativos a lesión intraepitelial sin inflamación y que tampoco tenían infección vaginal en el momento de la toma de la muestra, el tercer lugar en resultados fue para aquellas pacientes que tenían lesión intraepitelial positiva, en el grupo ésta muestra un 2% pertenecen a pacientes que la muestra fue insatisfactoria para evaluación y a quienes en fechas posteriores se les realizó nuevamente el PAP como seguimiento y como indicación que brinda patología al brindar el retorno de la hoja de solicitud de la citología cérvico vaginal, hay un 1% que pertenece a 1 paciente de la población que dio resultado con hallazgos sospechosos de invasión y otro 1% que igualmente pertenece a una paciente con resultado ASC-US.

Grafica 12:

Edades más afectadas con lesiones precancerígenas entre las pacientes que consultaron UCSFI San Cristóbal y UCSFB San Antonio y se sometieron a la toma de PAP y dieron resultado positivo para lesiones precancerígenas en el periodo de Febrero a Mayo 2018.

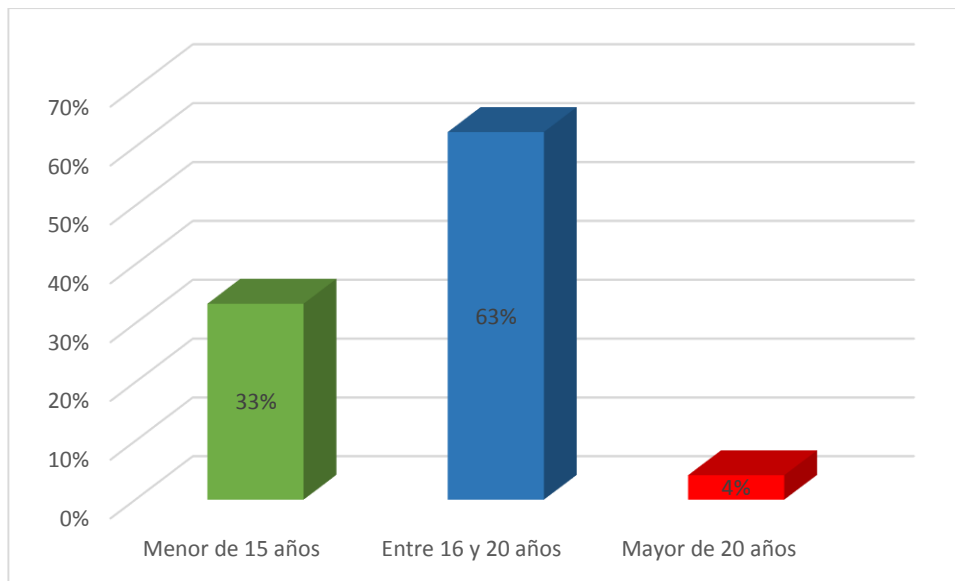


Fuente: Solicitud y respuesta de citología cérvico vaginal

Análisis y Discusión: Entre en las 24 pacientes que se sometieron al tamizaje y dieron resultado positivo para Lesión Intra Epitelial, Con hallazgos sospechosos de invasión y ASC-US un 42% pertenece al rango de edad entre 20 a 29 años, un 38% de esta población está entre las edades de 30 a 39 años y solo un 20% pertenece a las edades de 40 a 49 años.

Grafica 13:

Rangos de edades de inicio de actividad sexual de las pacientes que consultaron UCSFI San Cristóbal y UCSFB San Antonio y se sometieron a la toma de PAP y dieron resultado positivo para lesiones precancerígenas en el periodo de Febrero a Mayo 2018.

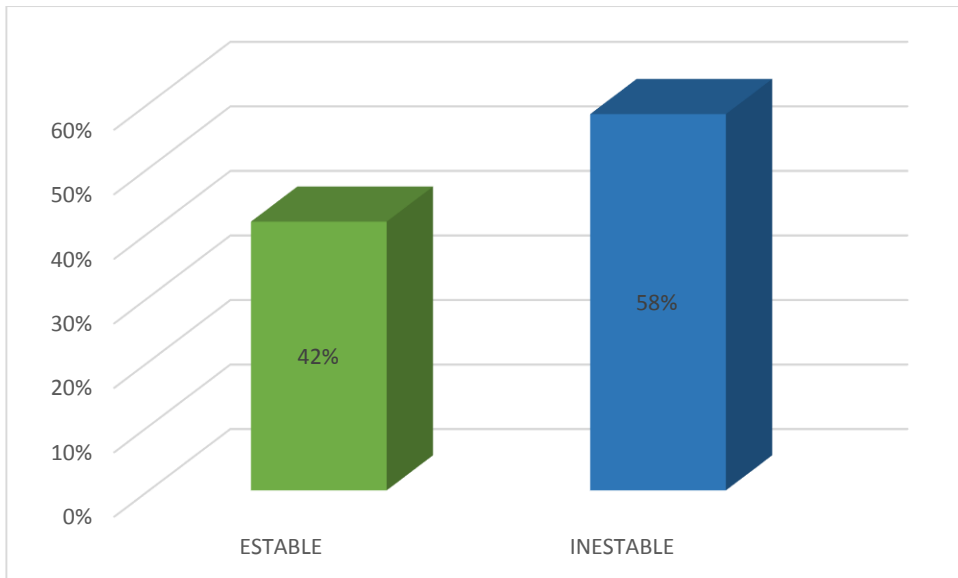


Fuente: Solicitud y respuesta de citología cérvico vaginal

Análisis y Discusión: El 63% de las pacientes con resultados positivos a lesiones precancerígenas según resultados de la citología iniciaron actividad sexual entre los 16 y 20 años, en segundo lugar está el rango de edad de menor de 15 años con un 33% y en mínimo porcentaje abarcando solo el 4% están las mujeres que iniciaron relaciones sexo coitales a edades mayores de 20 años.

Grafica 14:

Parejas estables en los últimos dos años de las pacientes que consultaron UCSFI San Cristóbal y UCSFB San Antonio y se sometieron a la toma de PAP y dieron resultado positivo para lesiones precancerígenas en el periodo de Febrero a Mayo 2018.

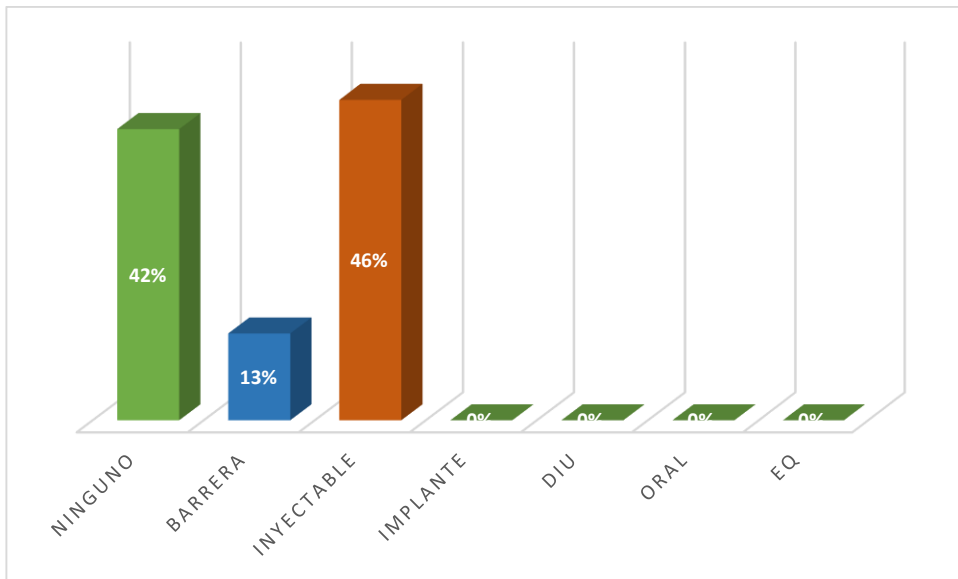


Fuente: Solicitud y respuesta de citología cérvico vaginal

Análisis y Discusión: El 58% de la población femenina con resultado positivo a lesión precancerígenas indicó que no ha tenido pareja estable en los últimos dos años y un 42% si ha tenido por parte de ellas pareja estable en el mismo periodo de tiempo.

Grafica 15:

Métodos de Planificación Familiar utilizados por las pacientes que consultaron UCSFI San Cristóbal y UCSFB San Antonio y se sometieron a la toma de PAP y dieron resultado positivo para lesiones precancerígenas en el periodo de Febrero a Mayo 2018.

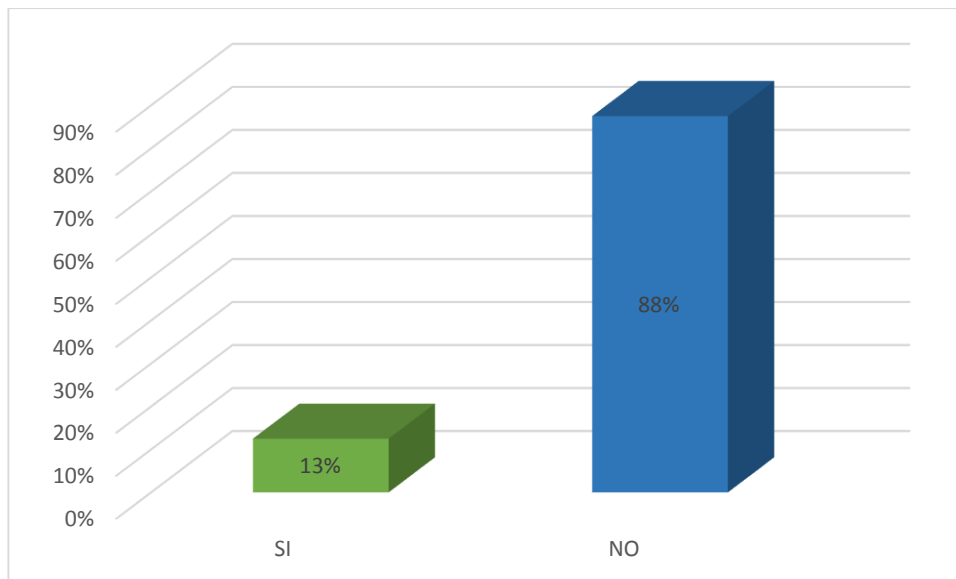


Fuente: Solicitud y respuesta de citología cérvico vaginal

Análisis y Discusión: El método de planificación más utilizado por esta población con resultado positivo a LEI de bajo grado, con hallazgos sospechosos de invasión y ASC-US es el inyectable con un total de un 46%, un 42% no utiliza ningún método y solo un 13% ocupa métodos de barrera (preservativos).

Grafica 16:

Antecedente de Infecciones de Transmisión Sexual entre las pacientes que consultaron UCSFI San Cristóbal y UCSFB San Antonio y se sometieron a la toma de PAP y dieron resultado positivo a lesiones precancerígenas en el periodo de Febrero a Mayo 2018.

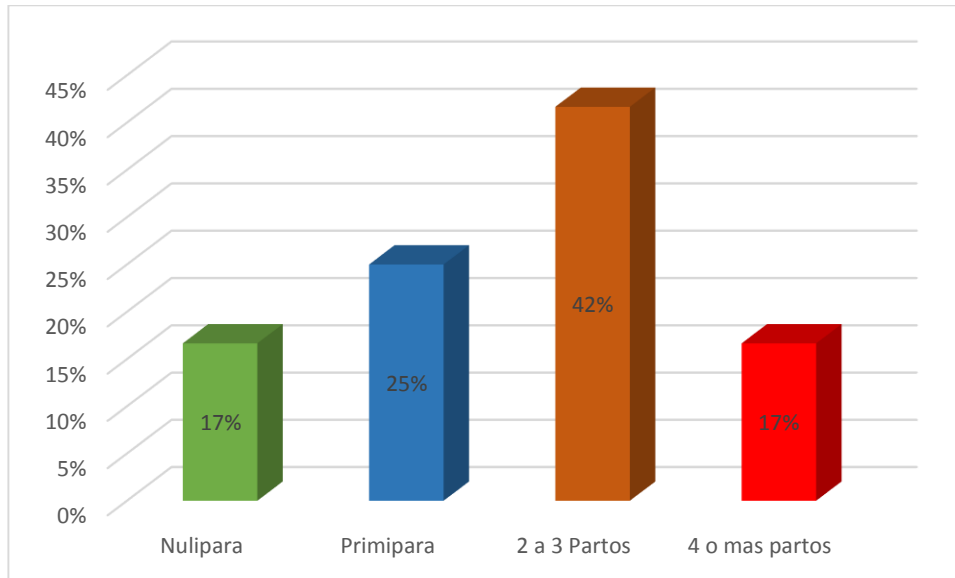


Fuente: Solicitud y respuesta de citología cérvico vaginal

Análisis y Discusión: El 88% de la población afectada reflejó que no tenía antecedente de ningún tipo de infección de transmisión sexual y un 12% si reportó en algún momento de su vida sexualmente activa tuvo en una ocasión el diagnóstico de infección de transmisión sexual.

Grafica 17:

Paridad entre las pacientes que consultaron UCSFI San Cristóbal y UCSFB San Antonio y se sometieron a la toma de PAP y dieron resultado positivo a lesiones precancerígenas en el periodo de febrero a mayo 2018.

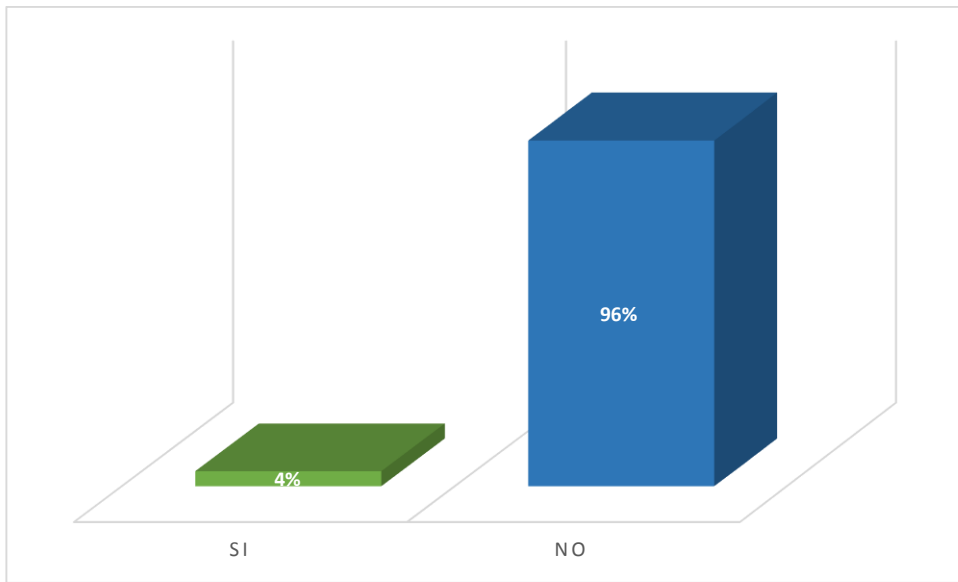


Fuente: Solicitud y respuesta de citología cérvico vaginal

Análisis y Discusión: De las 24 pacientes con cuadro positivo a lesiones precancerosas 10 resultaron ser multíparas de 2 a 3 partos dando un porcentaje del 42%, luego 6 fueron primíparas y 4 nulíparas dando un porcentaje del 25% y 17% respectivamente y 4 resultaron tener 4 o más partos dando un porcentaje del 17% .

Grafica 18:

Antecedentes de cáncer cérvico uterino en la familia de las pacientes que consultaron UCSFI San Cristóbal y UCSFB San Antonio y se sometieron a la toma de PAP y dieron resultado positivo a lesiones precancerígenas en el periodo de Febrero a Mayo 2018.

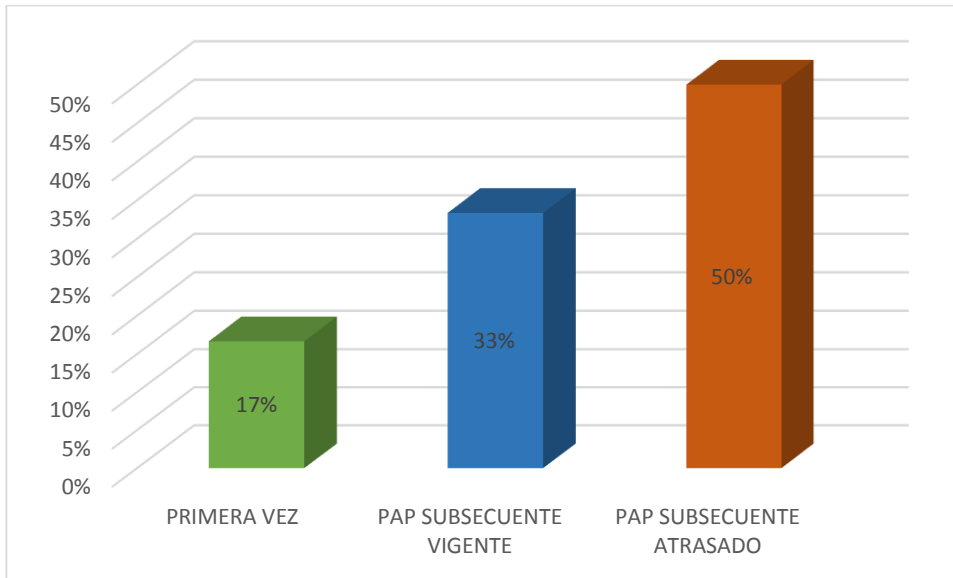


Fuente: Solicitud y respuesta de citología cérvico vaginal

Análisis y Discusión: De las 24 pacientes que tiene el resultado positivo ya sea para Lesión Intra Eitelial, con hallazgos sospechosos de invasión y ASC-US un 96% indicó que en sus familia no hay antecedentes de cáncer cérvico uterino y solo un 4% si dijo que contaba con dicho antecedente.

Grafica 19:

Ultima toma de PAP por parte de las pacientes que consultaron UCSFI San Cristóbal y UCSFB San Antonio y se sometieron a la toma de PAP y dieron resultado positivo a lesiones precancerígenas en el periodo de Febrero a Mayo 2018.

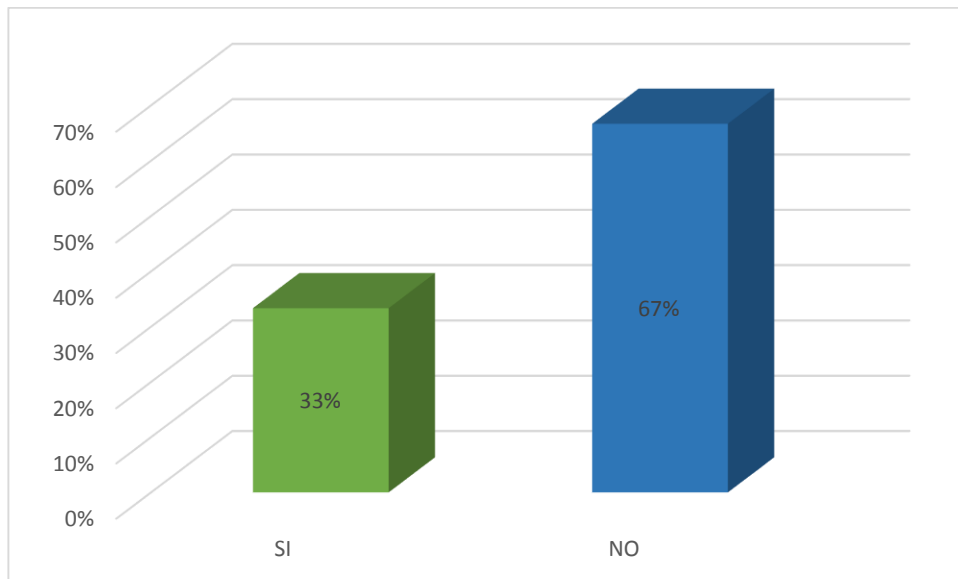


Fuente: Solicitud y respuesta de citología cérvico vaginal

Análisis y Discusión: El 50% de la población femenina que se sometió a este estudio y obtuvo resultado positivo para lesión precancerígena no se realiza el tamizaje de PAP y estaba atrasado, el 33% lo tenía vigente y se lo realiza en las fechas establecidas según los lineamientos del MINSAL y un 17% nunca se lo ha realizado y este tamizaje durante el presente estudio era la primera vez que se lo realizaba.

Grafica 20:

Consumo de tabaco, alcohol u otras drogas entre las pacientes que consultaron UCSFI San Cristóbal y UCSFB San Antonio y se sometieron a la toma de PAP y dieron resultado positivo a lesiones precancerígenas en el periodo de febrero a mayo 2018.

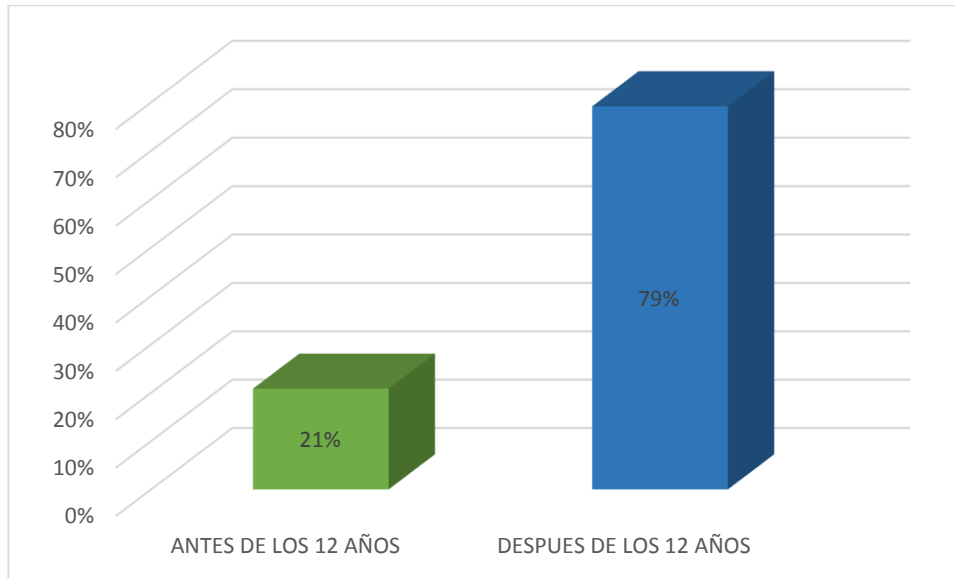


Fuente: Solicitud y respuesta de citología cérvico vaginal

Análisis y Discusión: El 67% de la población afectada refiere no consumir ni haber consumido tabaco en ocasiones previas, alcohol u otra drogas y el 33% si consume o a consumido alguna vez en su vida tabaco u otras drogas.

Grafica 21:

Edad en la que se presentó la menarquia en las pacientes que consultaron UCSFI San Cristóbal y UCSFB San Antonio y se sometieron a la toma de PAP y dieron resultado positivo a lesiones precancerígenas en el periodo de febrero a mayo 2018.



Fuente: Solicitud y respuesta de citología cérvico vaginal

Análisis y Discusión: De las pacientes afectadas el 79% refiere haber visto por primera vez su periodo menstrual después de los 12 años y el 21% refiere que vio su primer periodo menstrual conocido como menarquia antes de los 12 años.

DISCUSIÓN

La información y datos obtenidos a lo largo de esta investigación, permite conocer la incidencia de las lesiones precancerosas de cérvix en la población de estudio, constituyendo así una fuente de análisis para la comprensión del comportamiento de esta patología en la mujer salvadoreña y conocer que factores de riesgo son más prevalentes. Con esta información obtenida nos ayudará a valorar en qué áreas se puede actuar para prevenir el apareamiento de cáncer de cérvix en la mujer salvadoreña.

Es entonces que los datos obtenidos sobre la incidencia de lesiones precancerosas de cérvix se hacen con la información brindada por las pacientes que se realizan la citología en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica San Antonio y Unidad Comunitaria de Salud Intermedia San Cristóbal del municipio de San Cristóbal. La forma de obtención de la información fue en base a una entrevista estructurada y los resultados de la citología realizada a cada una de las pacientes entrevistadas. Se estudiaron 170 pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos en el informe y este número fue la muestra representativa de la población de mujeres en edad fértil entre la edad de 20 a 49 años.

De la muestra de 170 mujeres los resultados obtenidos como conocimiento general y parte de conocer la incidencia de cada uno de los factores de riesgo para el apareamiento de lesiones precancerosas de cérvix, podemos observar que el 38% tiene educación básica y el 27% solo tienen educación primaria siendo esto un dato concerniente a el factor de riesgo socio económico y cultural establecido por la literatura sobre el cáncer de cérvix que establece que el bajo poder adquisitivo y mala educación inciden en el apareamiento de cáncer de cérvix, dicho factor de riesgo se confirma con esta información recién comentada ya que solo el 27% de la población estudiada cuenta con educación superior o como mínimo bachillerato general. En cuanto al factor de riesgo del hábito de fumar y el consumo de alcohol u otras drogas podemos ver que solo el 16% dijo que, si consumía cigarro u otra droga, más adelante se discutirá este factor con los casos confirmados. Otro factor de riesgo estudiado es la edad de inicio de relaciones sexuales el refleja que el 89%

inicio relaciones sexuales antes de los 20 años y de estos el 31% fue antes de los quince, un dato que demuestra que las mujeres inician relaciones sexuales a temprana edad y están expuestas a más temprana edad a los agentes causantes de cáncer de cérvix como es el Virus del Papiloma Humano (más adelante mencionado como VPH). Los datos también reflejan que el 37% no tienen un pareja estable en los últimos 2 años y que muy probablemente cuenten con múltiples parejas sexuales y un 63% si refieren tener pareja estable por lo menos en los últimos 2 años estos datos van referido a que las múltiples parejas sexuales también son un factor de riesgo para la patología en estudio pero que no es tan prevalente en la población, aunque hay que aclarar que el número de parejas solo es para el caso de las mujeres entrevistadas, no se indagó sobre el número de parejas de la pareja masculina de las entrevistadas que también son un factor de riesgo muy importante para esta patología. En cuanto al uso de anticonceptivos en lo concerniente a los orales hay un uso solo del 5% siendo un factor de riesgo no prevalente ya que la literatura refiere que el uso prolongado de anticonceptivos orales aumenta la incidencia de cáncer de cérvix en la mujer, aunque hay que tomar en cuenta que solo el 11% usa preservativo lo cual aumenta la exposición al VPH en esta población.

Las edades más afectadas con lesiones precancerígenas de cérvix se concentran en su mayoría entre las edades de 20 y 40 años conformando un 80%. Estos datos concuerdan con la literatura que dice que el cáncer cérvicouterino es uno de los tumores ginecológicos que se desarrolla en población de mujeres más jóvenes, con una edad promedio de 30 a 39 años. Con los datos recién mencionados también concordamos con la importancia de iniciar una detección temprana de estas lesiones precancerosas de cérvix en la población femenina.

La edad de inicio de relaciones sexuales en las pacientes con lesiones precancerosas es menor a los 20 años en su mayoría siendo un 93%. Este dato nos revela que el inicio de relaciones sexuales a temprana edad incide en la aparición de lesiones precancerosas de cérvix, afirmando el conocimiento ya mencionado en la literatura en investigaciones anteriores sobre el tema. Otro dato relacionado con el tema de relaciones sexuales es el de las múltiples parejas sexuales en este caso donde el 58% de los casos positivos afirma no

tener una pareja estable en los últimos 2 años contrastando con los datos de la población en general que se discutió anteriormente y nos indica que las pacientes que tuvieron múltiples parejas sexuales tuvieron más probabilidad de presentar lesiones precancerosas de cérvix que aquellas que tuvieron un número bajo de parejas sexuales, también esta información confirma el conocimiento ya establecido por estudios de esta patología.

En cuanto al uso de ACO como factor que favorece el apareamiento de cáncer de cérvix en la población podemos decir que en la población de estudio no es un factor de riesgo prevalente y no incide en el apareamiento de estas lesiones ya que ninguno de los casos positivos utilizaba este método de planificación familiar.

Uno de los factores de riesgo que predomina en el apareamiento de cáncer de cérvix es el de la multiparidad y aunque la literatura habla de 6 o 7 embarazos en este estudio se muestra que el 59% de los casos positivos presentan más de 2 embarazos. No es un dato que colabore a confirmar la incidencia de este factor de riesgo, pero si establece una relación en la que si, la paridad aumenta también la posibilidad de presentar lesiones precancerosas de cérvix y su posterior desarrollo a malignidad.

El 50% de los casos positivo refirieron tener PAP subsecuente atrasado y un 17% refirió nunca haberse realizado este examen, indicando que el no realizarse el tamizaje a tiempo es también un factor presente en las mujeres que presentan lesiones precancerosas de cérvix ya que en los datos de la población en estudio reflejaba que el 77% contaban con PAP subsecuente activo y que la mayoría de las pacientes con retraso o que nunca se habían tomado este examen resultaron positivo. Esto vuelve a reafirmar la importancia de promover la citología no solo como prueba de tamizaje si no que es también una medida de prevención de cáncer de cérvix en la población.

El consumo de tabaco u otras drogas en las pacientes con PAP positivo fue solo del 33% contra un 67% que refirió no consumir ninguna droga o tabaco. Este dato refleja que el factor de riesgo del tabaco no es prevalente en las paciente con lesiones precancerosas pero no podemos afirmar que no incide en estas ya que la literatura comenta que el consumo de tabaco incide en el apareamiento y desarrollo del cáncer de cérvix y que para

poder realizar dicha afirmación o refutar esos estudios previos necesitaríamos hacer un estudio más enfocado en aquellas pacientes con dicho hábito y con mayor cobertura que el estudio que se realiza en esta ocasión.

Hay que mencionar en esta discusión que el factor de riesgo más importante y relacionado con el cáncer de cérvix es el de la infección por el virus del papiloma humano y que no fue abordado en este estudio por no contar con la posibilidad de realizar el examen de detección de dicho agente y también como equipo de investigación tomábamos en cuenta que el VPH es uno de los factores de riesgo más estudiados y comprobado su relación con el apareamiento del cáncer de cérvix siendo considerado su agente patógeno.

CONCLUSIONES

Luego de aplicar los instrumentos de investigación y sistematizado la información, se puede concluir:

1. El cáncer cérvico uterino es un problema de salud para las mujeres no solo a nivel nacional sino a nivel internacional, por los valores de incidencia y mortalidad particularmente altos, convirtiéndose en la principal causa de muerte por cáncer en la mujer.
2. La citología es un método de tamizaje importante para el diagnóstico temprano de lesiones precancerosas, además de poseer pocas contraindicaciones y múltiples ventajas como lo son bajo costo, alta sensibilidad y rápida realización.
3. Las mujeres objeto de estudio, pertenecen al grupo poblacional de 20 a 49 años de edad que proceden del municipio de San Cristóbal, sexualmente activas, han cursado por la educación básica en su mayoría y un porcentaje inferior cuenta o está cursando estudios universitarios siendo un factor de riesgo debido a que, a menor educación mayor probabilidad de practicar estilos de vida no saludables, además, han presentado de 1 a 6 gestas y dentro del grupo que presentaron lesiones precancerosas el mayor porcentaje esta en las multíparas con 2 a 3 partos pero hay un porcentaje intermedio que son nulíparas siempre dentro del mismo grupo clave, han presentado además infecciones de transmisión sexual aunque de estas solo 4 pacientes cuentan con este antecedente para el cual en su momento recibieron el respectivo tratamiento y el tratamiento actual recibido es por inflamaciones debido a vaginosis bacteriana.
4. La estratificación de los resultados de Papanicolaou son el 84% el resultado fue negativo para cáncer uterino dentro de este se desglosa aquellos resultados que presentaron inflamación el cual fue en su mayoría y los que no la presentaron y dieron resultado normal, el 13% fue positivo a LEI de bajo grado, el 1% fue con hallazgos sospechosos de invasión, con resultado de ASC-US un 1%, mientras que el 2% su resultado fue insatisfactorio para evaluación.

5. La población de mujeres en edad fértil más afectada con resultado positivo para lesiones precancerosas son las del grupo de mujeres de 20 a 29 años de edad con el 42%.
6. En relación al inicio precoz de relaciones sexuales, podemos concluir que nuestra población es considerada de riesgo ya que el 80% de las pacientes encuestadas inició sus relaciones sexuales entre los 16 a 20 años y en un segundo lugar iniciaron antes de los 15 años de edad.
7. El 58% de las pacientes refirió no tener pareja sexual estable en los últimos dos años por lo que consideramos que es una variable de alto riesgo de nuestra población y el 42% si ha tenido pareja sexual estable en los mismos últimos dos años.
8. El uso de ACO como factor que favorece el apareamiento de cáncer de cérvix en la población podemos decir que en las mujeres de estudio en esta ocasión no es un factor de riesgo prevalente y no incide en el apareamiento de estas lesiones ya que ninguno de los casos positivos utilizaba este método de planificación familiar.
9. El 33% de las pacientes con resultado positivo consumían tabaco, alcohol o algún tipo de drogas que favorecen y potencian la aparición de problemas de salud en general incluidas en lesiones en el cérvix, además de que incrementa la probabilidad de prácticas sexuales irresponsables, por lo que podemos concluir que un gran porcentaje de la población encuestada no presenta este factor de riesgo abarcando el 67%.

RECOMENDACIONES

Como grupo de investigación recomendamos las siguientes acciones en pro de la salud de las mujeres y de la sociedad en general.

Al Ministerio de salud pública, MINSAL:

- Que se destinen mayor cantidad de recursos y equipamiento adecuado a los centros de salud de primer nivel de atención y ECOSF para la detección temprana de lesiones potencialmente cancerosas.
- Que los centros de salud de primer nivel estén abastecidos de medicamentos adecuados para el tratamiento de infecciones vaginales así como para otros problemas relacionados con el aparato reproductor femenino.
- Que los tiempos de espera en la atención de las pacientes detectadas y referidas con lesiones atípicas sean más cortos y oportunas a nivel hospitalario, acompañado de una atención integral de calidad y calidez.

A los centros de salud de primer nivel de atención y equipos comunitarios de salud familiar ECOSF:

- Concientizar a todo el personal de salud sobre la importancia de la toma de citología y los beneficios que conlleva detectar lesiones atípicas de forma temprana en la salud de las consultantes.
- Crear espacios físicos adecuados y debidamente equipados con material estéril en los centros de salud para realizar la toma de la citología en las condiciones óptimas, tanto para las pacientes como para el personal de salud, cumpliendo las normas de bioseguridad.
- Educar y concientizar a los usuarios de los centros de salud sobre la importancia de la detección temprana de lesiones precancerosas a través de la toma de citología, además de informar sobre los diferentes factores de riesgos que pueden

producirlas, inculcándoles siempre practicar estilos de vida saludables y responsables.

- Coordinar campañas de toma de citología con la municipalidad, iglesias, directivas y líderes comunitarios, especialmente en zonas de difícil acceso a los centros de salud.

A la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de El Salvador:

- Mayor participación de los estudiantes del área clínica en los establecimientos de salud con el fin de promover campañas, charlas informativas y temáticas sobre la salud ginecológica y otros temas relacionados a la salud pública.
- Enseñar a través de personal capacitado a los estudiantes de medicina así como a técnicos de salud y estudiantes de licenciatura en enfermería, la técnica adecuada para la toma de citología, la interpretación de los resultados y la importancia de la promoción de este tamizaje.

Al personal médico y población en general:

- Concientizar y ofertar a las pacientes la toma de la citología como un método fácil y rápido de detección de lesiones atípicas a nivel del cérvix, así como las recomendaciones previas que se deben de tener previo a la realización del examen.
- Educar a las pacientes sobre los diferentes factores de riesgo que existen y que pueden detonar la aparición de lesiones. Asimismo promover prácticas sexuales responsables y estilos de vida saludables.
- Brindar el seguimiento correspondiente a cada paciente detectada con lesiones atípicas, para verificar el cumplimiento de los protocolos establecidos por el MINSAL, así mismo tratar las infecciones vaginales con el medicamento oportuno y verificar su resolución.

- Acudir a los centros de salud al detectar cualquier anomalía en el área vaginal para brindar el diagnóstico y tratamiento correspondiente.
- Realizarse de forma anual la citología, o según el tiempo establecido por el especialista y por los resultados en exámenes previos.
- Seguir los consejos brindados en los centros de salud, asimismo promover en el ámbito familiar, comunitario la realización de dicha prueba diagnóstica.

BIBLIOGRAFIA

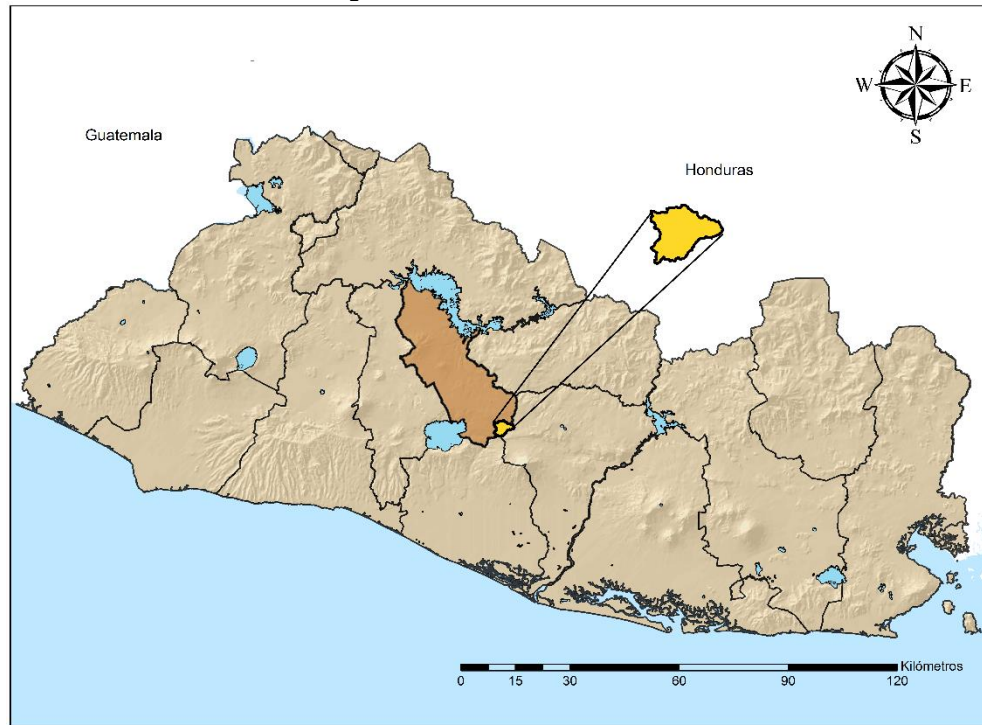
- INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER. Hoja Informativa. Cáncer de cuello del útero o uterino. <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino>
- Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cérvico uterino y de mama. Edición y distribución Primera edición, marzo 2015 Ministerio de Salud Viceministerio de Políticas de Salud
- Lacruz C. Nomenclatura de las lesiones cervicales (de Papanicolaou a Bethesda 2001). Revisión Especial. Patología. Ediciones Journal. Buenos Aires, 2003. Primera edición.
- Patología estructural y funcional. Robbins y Cotran, 8ª Edición, Elseiver 1449 pág.
- Tesis factores socioculturales que influyen en la toma de citología en las mujeres entre 20 a 59 años que consultan las unidades de salud de la playa, san alejo en la Unión y Santa Elena en Usulután periodo de septiembre a noviembre del año 2010, Universidad de El salvador autores Jorge Alberto Meléndez Andrade, Julio César Montesinos Herrera, Lisseth Cristina Reyes Castro, Documento disponible en www.ues.edu.sv/ consultado el día 15 de Enero de 2018.
- Tortora, Gerard J. y Grabowski Sandra Reynolds, "Principios de Anatomía y Fisiología", novena edición. Año abril 2006.

ANEXOS
GLOSARIO

- **ASC-US:** células escamosas atípicas con significado indeterminado.
- **Cáncer:** Es una masa anormal de tejido cuyo crecimiento excede del de los tejidos normales y no está coordinado con estos, y que persiste del mismo modo excesivo aún después de finalizar el estímulo que le dio origen.
- **Citología vaginal :** O prueba de Papanicolaou, llamada así en honor de Georgios Papanicolaou, médico griego pionero en citología y detección temprana de cáncer, es una exploración complementaria que se realiza para diagnosticar el cáncer cervicouterino a través del estudio de las células del cuello uterino.
- **Coito:** Acto consistente en la introducción del pene en la vagina.
- **Disnea:** Se refiere a la dificultad respiratoria que se manifiesta como una sensación de falta de aire en los pulmones.
- **Dispareunia:** O coitalgia es el coito doloroso tanto en mujeres como en hombres. Que abarca desde la irritación vaginal postcoital hasta un profundo dolor.
- **ECOSF:** Equipos Comunitario de Salud Familiar
- **Edema:** Acumulación de líquido en el espacio extracelular o intersticial, además de las cavidades del organismo.
- **Estadificación:** La estadificación del cáncer es una manera de describir cuánto cáncer hay en su cuerpo y en qué partes de está localizado.
- **Incidencia:** Dícese el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.
- **Inmunosupresión:** Supresión o disminución de las reacciones inmunitarias. Puede ser debida a la administración deliberada de fármacos inmunosupresores, empleados en el tratamiento de enfermedades autoinmunes, o en receptores de órganos trasplantados para evitar el rechazo. También puede ser secundaria a procesos patológicos como inmunodeficiencias, tumores o malnutrición.
- **LEIAG:** Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado
- **LEIBG:** Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo grado.
- **Menarquia:** Es el día en el cual se produce el primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual, o primera hemorragia menstrual de la mujer.
- **NIC:** Neoplasia Intraepitelial Cervical.
- **Prevalencia:** Es la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado.
- **Promiscuidad:** Práctica de relaciones sexuales con varias parejas o grupos sexuales.
- **Sexarquia:** Es la edad a la que se mantiene la primera relación sexual.

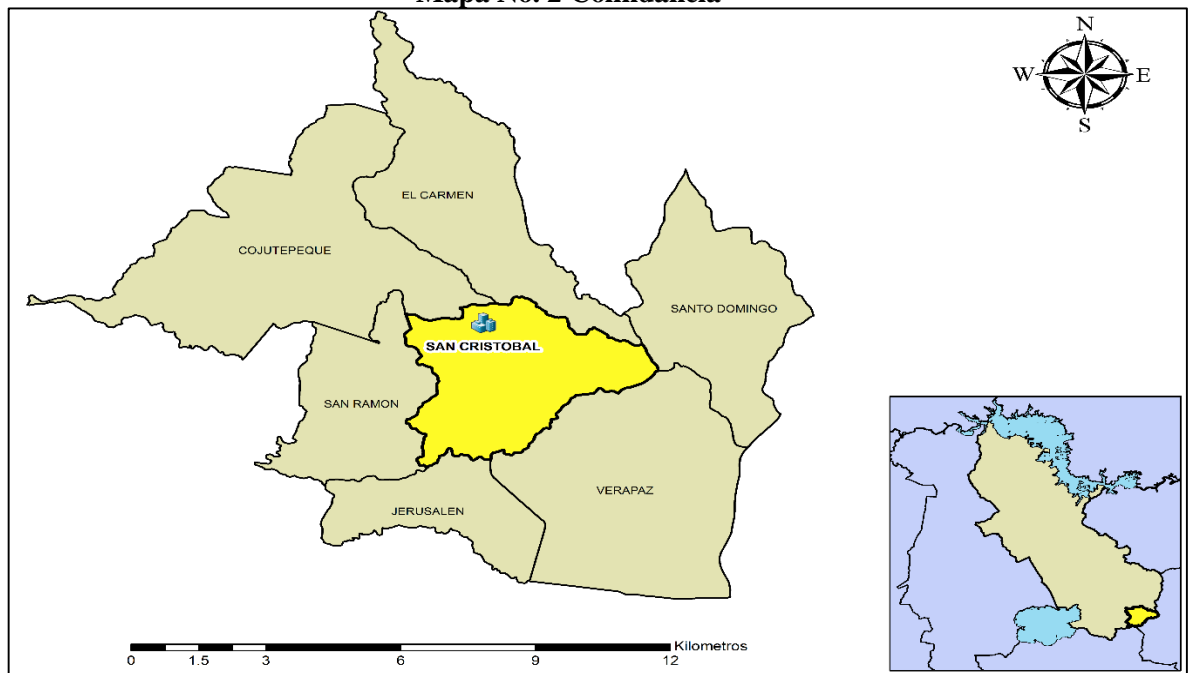
- **Sistema Bethesda:** Es el sistema que se realizó con el propósito de informar la citología cervical de una manera clara, proporcionar información relevante al médico y fomentar la comunicación eficaz entre el médico y el laboratorio.
- **Tenesmo:** Contracción violenta y dolorosa que sufre un órgano, especialmente el recto y la vejiga urinaria, para expulsar o expeler alguna cosa; se acompaña de la sensación de vaciado incompleto.
- **UCSF:** Unidad Comunitaria de Salud Familiar.
- **UCSFB:** Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica.
- **UCSFI:** Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia.
- **VPH:** Virus del Papiloma Humano, son grupos diversos de virus ADN pertenecientes a la familia de los *Papillomaviridae*, y representa una de las enfermedades de transmisión sexual más comunes.

Mapa No. 1 Ubicación General



Está limitado por los siguientes municipios: al norte, por El Carmen y Cojutepeque; al este, por Santo Domingo y Verapaz (ambos del departamento de San Vicente); al sur, por Jerusalén (departamento de La Paz); al oeste, por San Ramón.

Mapa No. 2 Colindancia



El **análisis de costo-efectividad** (ACE) o cost-effectiveness analysis (CEA) es una forma de análisis económico que compara los costos relativos con los resultados (efectos) de dos o más cursos de acción. El análisis de costo-efectividad es distinto del análisis de costo-beneficio, que asigna un valor monetario a la medida del efecto.¹ El análisis de costo-efectividad es de uso frecuente en el ámbito de los servicios de salud, donde puede ser inapropiado monetizar el efecto sobre la salud. Normalmente, el ACE se expresa en términos de una relación donde el denominador es una ganancia en la salud en cierta medida (años de vida, nacimientos prematuros evitados, vista-años ganados) y el numerador es el costo asociado con el aumento de la salud

ANEXO3

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



Yo, paciente de la UCSFI San Cristóbal 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 y 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 por técnicos y/o médicos Patólogos del MINSAL y que además la información es confidencial y únicamente serán utilizadas para dicha investigación.

Por lo anterior descrito acepto ser parte de la investigación.

NOMBRES

FIRMA

ANEXO 4

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



Yo, paciente de la UCSFB San Cristóbal, Cu San Antonio 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 y 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 por técnicos y/o médicos Patólogos del MINSAL y que además la información es confidencial y únicamente serán utilizadas para dicha investigación.

Por lo anterior descrito acepto ser parte de la investigación

NOMBRES

FIRMA

ANEXO 5



Universidad de El Salvador

Facultad de Medicina

Escuela de Medicina.

Instrumento sobre tema de investigación: *“INCIDENCIA DE LESIONES PRECANCEROSAS DE CERVIX EN MUJERES DE 20 A 49 AÑOS A TRAVÉS DE CITOLOGÍA EN EL MUNICIPIO DE SAN CRISTOBAL, CUSCATLAN DE FEBRERO A MAYO 2018”.*

Nota: La información proporcionada en dicho instrumento es únicamente para fines de investigación y de carácter confidencial, los datos obtenidos serán anexados únicamente al historial clínico.

Fecha: __/__/__

Nombre: _____ **Edad:**

—

No. de expediente: _____

1. Nivel de escolaridad:
 Ninguno Primaria Básico Bachillerato Universitario

2. Consumo de tabaco, bebidas alcohólicas u otras drogas
 Sí No

3. Edad de la Menarquía:
 Antes de los 12 años Después de los 12 años.

4. Inicio de actividad sexual:
 Menor de 15 años entre los 16 y 20 años Mayor de 20 años.

5. Pareja estable en los últimos 2 años:
 Sí No

6. Utiliza algún método de planificación familiar:

Ninguno Barrera Inyectable Implante DIU Píldoras EQ

7. Lactancia materna:

Si No

8. FUR. / /

Formula obstétrica: G P P A V

9. Antecedente previo de Infección de Transmisión sexual:

Si No

10. Antecedentes de cáncer cérvico uterino en la familia:

Si No

11. Ultima toma de PAP:

Nunca se ha realizado Hace 1 año Hace 2 años No recuerda

12. Resultado de PAP actual:
